

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
імені П. Л. ШУПИКА

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

АВГУСТИНОВИЧ ЯРОСЛАВА ІГОРІВНА

УДК 614.2:362.121:616.45-001.1/.3:159.9]-082-039.57

ДИСЕРТАЦІЯ
МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ВДОСКОНАЛЕНОЇ
МОДЕЛІ ЦЕНТРУ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ (МЕДИКО-САНІТАРНОЇ)
ДОПОМОГИ

222 «Медицина»

22 «Охорона здоров'я»

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії.

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

_____ Я.І. Августинович

Науковий керівник:

доктор медичних наук, професор
Василь Миколайович Михальчук

Київ – 2023

АНОТАЦІЯ

Августинівич Я.І. Медико-соціальне обґрунтування вдосконаленої моделі центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю 222 «Медицина» (наукова спеціальність «Соціальна медицина»), Київ, 2023.

ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

У зв'язку з тим, що політика держави передала багато управлінських функцій до місцевих органів управління, у Васильківському районі Київської області розпочалися великі адміністративно-територіальні зміни. Спочатку створилися об'єднані територіальні громади (ОТГ) – територія Васильківського району була поділена на чотири ОТГ – Васильківську, Глевахівську, Гребінківську, Хотівську. Також територію Васильківського району було розділено на три адміністративні райони – Обухівський, Фастівський і Білоцерківський. Наш Центр первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) передано у власність Васильківської ОТГ. Амбулаторії загальної практики сімейної медицини (АЗПСМ) та Фельдшерсько-акушерські пункти (ФАП), які входять у структуру ЦПМСД, тепер перебувають у власності трьох адміністративних районів та чотирьох ОТГ. Маємо дуже складну систему в первинній медичній допомозі (ПМД), яка з перших днів децентралізації дає більше запитань, аніж відповідей, стосовно інструментів подальшої роботи. Для ефективного реформування охорони здоров'я з пріоритетним розвитком первинної медичної допомоги на засадах загальної практики – сімейної медицини в Україні дедалі більшого значення набуває аналіз проблемних питань, які потребують першочергового вирішення на регіональному рівні. В умовах децентралізації та створення ОТГ із широким спектром повноважень і можливостей актуальності набуває пошук шляхів взаємодії мережі закладів, що надають первинну медичну допомогу, орієнтованих на реальну ситуацію стану здоров'я населення, яке

проживає на окремій території. Зокрема, це стосується функціонування ЦПМСД для забезпечення населення ОТГ доступною й ефективною ПМСД, з урахуванням усіх сучасних вимог задоволення потреб населення, а саме: територіальна доступність; профілактична спрямованість медичних утручань; спроможність негайного реагування на суспільні негаразди та виклики, пов'язані з поширенням інфекційних, соціально небезпечних захворювань; ефективність; орієнтованість на пацієнта. Отже, пошук оптимальної моделі функціонування ЦПМСД на території ОТГ в умовах децентралізації та реформування охорони здоров'я набуває актуальності.

Програмою дисертації передбачено реалізацію п'яти організаційних етапів, на кожному з яких обґрунтовано застосування сучасного комплексу методів наукового дослідження. Послідовна реалізація запланованих етапів дозволила виконати всі його завдання для досягнення поставленої мети – обґрунтування та розробки вдосконаленої моделі організації роботи ЦПМСД для обслуговування населення ОТГ.

Послідовно було проведено п'ять етапів дослідження й виконано завдання, що полягало в: здійсненні аналізу світового та вітчизняного досвіду з проблеми розвитку ПМСД на засадах загальної практики – сімейної медицини (ЗПСМ) в сучасних умовах децентралізації з утворенням ОТГ; розробленні програми наукового дослідження, визначенні його мети, завдання, об'єкта, предмету, наукової бази й методичного апарату дослідження; проведенні комплексного аналізу динаміки захворюваності та поширеності хвороб серед різних верств населення в межах регіону, району та в цілому в Україні; вивченні ставлення населення, лікарів і сестер медичних, які надають медичну допомогу на вторинному й третинному рівнях, а також лікарів і сестер медичних загальної практики – сімейної медицини (СМЗПСМ) до оптимізації організації надання ПМСД для забезпечення її доступності та покращення якості; виявленні проблемних аспектів та науковому обґрунтуванні вдосконаленої моделі організації роботи ЦПМС для обслуговування населення ОТГ, вивченні її ефективності.

На першому етапі здійснено аналітичне дослідження світового й вітчизняного досвіду розвитку ПМД на засадах ЗПСМ із критичним осмисленням невирішених питань і проблем у різних країнах світу й в Україні, зокрема. Підтверджено актуальність наукових досліджень з удосконалення функціонально-організаційних змін з урахуванням багатоаспектності напрямів, необхідності поєднання міждисциплінарних підходів при наданні ПМД. Виконання етапу ґрунтувалося на вивченні та критичному аналізі 182 джерел наукової літератури, у т.ч. 31 англомовного.

Результатами виконання другого етапу роботи, період якого охоплював 2014 – 2017 рр., стало обґрунтування мети, завдання, об'єкта, предмету, методичного апарату, наукової бази та програми дисертації.

На третьому етапі наукового дослідження вивчено статево-вікові особливості динаміки захворюваності, поширеності хвороб серед населення, різного за статтю, віком, територіальним розташуванням (міське або сільське), способом життя, умовами праці, – людей, які мешкають на території Васильківського району Київської області, в порівнянні з людьми загалом по Україні. Прицільному вивченню підлягали класи хвороб, яким належали перші п'ять місць у структурі захворюваності та поширеності саме в нашому закладі первинної медичної допомоги. Були досконало проаналізовані всі зміни, які відбувалися в структурах таких класів хвороб, і чинники, які найбільше впливають на здоров'я населення, визначені тенденції до покращення або погіршення, що особливо актуально в умовах децентралізації з розбудовою ОТГ. Так, виявлено зростання поширеності хвороб серед дорослого населення, особливо в Київській області (на 6,2% до 205 827,3), Васильківському районі (на 1,8% до 154 879,6), тоді як загалом в Україні – до 170 634,5 на 100 тис. Приріст переважав серед міських жителів (на 6,1%, 1,3% та 1,2% відповідно), працездатних (на 7,6%, 0,4% та 1,7% відповідно), на тлі більших величин серед осіб, старших працездатного віку, при зменшенні їх у цілому по Україні (на 1,8%) та жінок (на 4,0% в області та на 1,2% в Україні) при зменшенні серед чоловіків на 3,5%. Серед досліджуваних нами

хвороб левову частку поширеності серед усього населення формували класи хвороб: системи кровообігу, органів дихання, органів травлення. Рівень загальної захворюваності на тлі спаду по Україні (на 0,8%) зріс в області (на 8,8%) та районі (на 2,2%). Особливість в області проявилася удвічі більшим його зростанням серед сільського населення (на 12,4% проти 6,5% міського), працездатних (на 10,1% проти 9,4% старших за працездатних), жінок (на 9,7%) при зменшенні серед чоловіків (на 9,7%); у районі – серед міських (на 0,8% проти 0,2% сільських), працездатних (на 1,3% проти 0,9% старших за працездатних) та жінок (на 0,8% проти 0,4% чоловіків). При незначному зниженні захворюваності серед дітей 0–14 років в Україні (на 1,1%), вона зростає серед підлітків (на 9,0% по Україні, в 3,5 раза в Київській області). У структурі захворюваності дітей перші місця посіли хвороби органів дихання, шкіри, травми та отруєння. Структура поширеності захворювань серед різних вікових груп дитячого населення відрізнялася суттєвими варіаціями класів хвороб в територіальному аспекті, відносно стабільно перші два місця належали хворобам органів дихання та травлення. Методичний апарат третього етапу включав системний підхід, епідеміологічний та медико-статистичний методи, а також аналітико-синтетичний, порівняльний аналізи.

Результати проведеного на четвертому етапі соціологічного дослідження виявили, що задоволеність медичною допомогою достовірно зростає з віком респондентів та знижується зі зростанням їх рівня освіти; виявлений зв'язок між чоловіками сільської місцевості з кваліфікаційним, організаційним та інформаційним факторами ($r = 0,5253$, $r = 0,5228$, $r = 0,5492$ відповідно). Переважна більшість респондентів ($64,7\% \pm 0,6\%$ та $60,0\% \pm 0,8\%$ – міських та сільських відповідно) підтримують втілення інноваційних комунікаційних процесів. Територіальні зміни зі створенням ОТГ населення пов'язує з організаційними факторами надання амбулаторної допомоги та підтримує у 69,3% випадках, повну підтримку реформи медичної галузі висловило 62,7% опитаних. ЛЗПСЛ задоволені процесом оформлення декларацій і вказують на збільшення навантаження (80,7% і 90,7% міських та сільських відповідно), до чого приєднуються інші фахівці ($62,8\% \pm 8,1\%$ та $86,4\% \pm 7,3\%$ відповідно). Зростання числа конфліктних ситуацій

(65,0% ± 4,7% та 43,9% ± 6,5% відповідно лікарі первинної ланки (ЛЗПСЛ) та лікарі вторинної й третинної ланок), на думку медичних працівників, обумовлено недосконалістю налагодження взаємозв'язків і маршрутів пацієнта (34,0% ± 4,7% і 29,8% ± 6,0% відповідно), особливо в сільській місцевості. Виявлена потреба в підвищенні рівня знань про сучасні інформаційно-комунікативні системи, розширення професійного кругозору в 95,3% та 87,7% лікарів із ЛЗПСЛ сільської та міської місцевостей відповідно. Покращення якості надання МД із реалізацією реформи в галузі очікують 69,0% ± 4,9% сімейних лікарів та 73,6% ± 5,8% фахівців інших спеціальностей. Підтримуючи територіальні зміни й утворення ОТГ, кожен третій лікар вагається щодо можливості досягнення позитивних результатів за умов відсутності відповідальності з боку органів місцевого самоврядування при утворенні ними установ, доступних і зручних для надання якісних медичних послуг. Більшість (88,2%) медичних працівників вказують на збільшення навантаження та непорозумінь у взаєминах з пацієнтами та колегами. 64,7% опитаних вважають недостатньою комп'ютерну грамотність персоналу для збирання, оброблення, передання інформації при розумінні (84,7%) важливості й необхідності переходу на електронні носії інформації. Методами дослідження четвертого етапу стали: системний підхід, соціологічний (анкетне опитування), медико-статистичний.

На заключному, п'ятому, етапі програми дослідження здійснено наукове обґрунтування механізму обслуговування населення громад з різних адміністративних районів і методів застосування управлінських рішень щодо вдосконаленої моделі організації роботи ЦПМСД для обслуговування населення різних ОТГ, в які входять АЗПСМ і ФАПи нашого Центру, організовано вивчення її ефективності. Дослідження базувалися на результатах передового вітчизняного та світового досвіду з вирішення означеного завдання, а також на отриманих результатах власного дослідження. Позитивна експертна оцінка запропонованих інноваційних елементів удосконаленої моделі в цілому та її складових, зокрема, дозволяє спрогнозувати позитивний медико-соціальний та економічний ефект від її впровадження за рахунок покращення доступності й ефективності ПМД населенню ОТГ.

Наукова новизна отриманих результатів.

Дисертанткою вперше в Україні:

- реалізовано на регіональному рівні (Васильківський район) компетенцію сімейного лікаря щодо орієнтації на громаду, а саме – визначено потреби громади щодо послуг з охорони здоров'я ПМД, визначено поширеність патології в громаді;

- запроваджено на регіональному рівні (Васильківський район) компетенцію сімейного лікаря щодо управління первинною медичною допомогою: запропонована удосконалена модель ЦПМСД з урахуванням регіональних особливостей поширеності захворювань, структури причин звернень по ПМД, госпіталізацій, смертності, демографічної ситуації;

- досліджено контекст надання ПМД на регіональному рівні (Васильківський район): умови праці лікарів (матеріально-технічне оснащення АЗПСМ), кадровий ресурс, механізми взаємодії Центру ПМД з іншими надавачами медичних послуг, потребу медичних працівників щодо знань інформаційно-комунікативних систем, комп'ютерної грамотності; ставлення пацієнтів до реформування ПМД та адміністративно-територіальної реформи;

- доведено ефективність удосконаленої моделі ЦПМСД за умови обслуговування населення кількох територіальних громад.

Зазначений підхід обумовив обґрунтовані положення наукової новизни, розроблені особисто дисертанткою:

- виявлені сучасні особливості динаміки захворюваності та поширеності хвороб на регіональному рівні;

- проведена систематизація проблемних питань створення ЦПМСД в умовах децентралізації;

- обґрунтовані механізми взаємодії ЦПМСД з іншими надавачами медичних послуг;

– науково обґрунтована потреба в наданні ПМД пацієнту протягом усього його життя;

– науково обґрунтована вдосконалена модель ЦПМСД в умовах децентралізації та доведено її ефективність.

Удосконалено:

– надання ПМД в умовах ОТГ зі збереженням стандартів надання якісної та доступної ПМД відповідно до специфікацій і встановлених законодавством вимог;

– розподіл адміністративних функцій управління структурними підрозділами ОТГ для досягнення максимальної ефективності надання ПМД;

– управління внутрішньою системою контролю якості та безпеки медичної діяльності з дотриманням вимог до їх організації та проведення відповідно до чинного законодавства в умовах ОТГ на основі розвитку соціального маркетингу.

Набули подальшого розвитку:

– підходи до розподілу функцій між лікарями ПМД і спеціалістами в умовах реформування медичної галузі й створення ОТГ;

– вивчення особливостей змін стану здоров'я різних груп населення в умовах створення ОТГ;

– науково-методичні підходи із забезпечення міжтериторіальної інтеграції, що дозволить підвищити ефективність профілактичних заходів з упередження захворювання та збереження здоров'я;

– розподіл адміністративних функцій управління структурними підрозділами ОТГ для досягнення ефективності надання ПМД;

– заходи щодо формування здорового способу життя з використанням сучасних інформаційних технологій.

Теоретичне значення одержаних результатів полягає в доповненні теорії соціальної медицини в частині вчення про здоров'я населення та управління

охороною здоров'я, зокрема вдосконалення організації роботи ЦПМСД для обслуговування населення суміжних ОТГ.

Практичне значення дослідження полягає в тому, що його результати вперше стали підставою для: впровадження вдосконаленої моделі ЦПМСД для обслуговування населення Васильківської, Гребінківської, Ходосівської та Глевахівської ОТГ, доведення її ефективності; впровадження вдосконалених структур і функцій АЗПСМ, лікувально-профілактичної служби ЦПМСД для обслуговування населення ОТГ; доповнення навчальних програм підготовки ЛЗПСЛ на післядипломному рівні з питань удосконалення організації роботи ЦПМСД для обслуговування населення чотирьох ОТГ.

Ключові слова: захворюваність, поширеність хвороб, опитування медичних працівників, населення об'єднаних територіальних громад, центр первинної медико-санітарної допомоги.

ANNOTATION

AVGUSTINOVYCH Y. I. Medico-social substantiation of the primary health care center improved model. Qualifying scientific work on the rights of the manuscript.

The dissertation on competition of a scientific degree of the candidate of medical sciences on a specialty 222 – social medicine. – Shupyk National Healthcare University of Ukraine. – Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, 2023.

MAIN RESULTS OF THE RESEARCH

For the effective reform of health care with the priority development of primary health care on the basis of general medical practice-family medicine in Ukraine, the analysis of problematic issues that need to be implemented at the regional level is becoming increasingly important. In the conditions of decentralization and creation of united territorial communities with a wide range of powers and opportunities, the search for ways of interaction of the network of institutions providing primary health care,

focused on the real state of health of the population living on a separate territory. In particular, the PHC Center with territorial communities to jointly provide the population with affordable and effective primary health care, taking into account all modern requirements to meet the needs of the population in its provision, namely: territorial accessibility; preventive orientation of medical interventions; the ability to respond immediately to social ills and challenges associated with the spread of infectious, socially dangerous diseases; efficiency; patient orientation. Therefore, the search for the optimal model of functioning of the PHC Center in the territory of the united territorial communities in the conditions of decentralization and health care reform becomes relevant.

The dissertation research program provided for the implementation of five organizational stages, in each of which justifies the use of a modern set of research methods. Consistent implementation of the planned stages allowed to fulfill all its tasks to achieve the goal, which was to substantiate and develop an improved model of organization of the Center for Primary Health Care to serve the population of the united territorial communities.

To achieve this goal, the following tasks have been consistently implemented: to analyze the world and domestic experience in the development of primary health care on the basis of general practice-family medicine in modern conditions of decentralization with the formation of united territorial communities; to develop the program of scientific research, to determine its purpose, tasks, object, subject, scientific base and methodical apparatus of research; to conduct a comprehensive analysis of the dynamics of morbidity and prevalence of diseases among different segments of the population in terms of region, district and in general in Ukraine; to study the attitude of the population, doctors and family nurses to the optimization of the organization of PHC to ensure its accessibility and quality improvement; to identify problematic aspects and scientifically substantiate the improved model of organization of work of the Center of primary medical care for service of the population of the united territorial communities, to study its efficiency.

At the first stage, an analytical study of world and domestic experience in the development of primary health care on the basis of general medical practice and family medicine with a critical understanding of unresolved issues and problems in different countries and Ukraine, in particular were done. The relevance of scientific research to improve the functional and organizational changes, taking into account the multifaceted areas, the need for a combination of interdisciplinary approaches in the provision of primary care were confirmed. The implementation of the stage was based on the study and critical analysis of 182 sources of scientific literature, including 31 English-speaking.

Based on the results of the second stage of the work, the purpose, tasks, object, subject, methodical apparatus, scientific base and program of the dissertation research, the period of which covered 2014–2020, are substantiated. At the third stage of the dissertation research the sex and age peculiarities of the dynamics of morbidity, prevalence of diseases among the population of different segments of the population of Kyiv region, Vasylkiv district in comparison with the data in Ukraine as a whole are studied. The classes of diseases, which belonged to the first five places in the structure of morbidity and prevalence of diseases, taking into account the tendencies of their changes, were especially studied, which is especially relevant from the point of view of decentralization with the development of the united territorial communities. Thus, the prevalence of diseases among the adult population increased, especially in Kyiv region (by 6,2% to 205827,3), Vasylkiv district (by 1,8% to 154879,6), while in Ukraine – by up to 170634.5 The increase prevailed among urban residents (by 6,1%, 1,3% and 1,2%, respectively), able-bodied (by 7,6%, 0,4% and 1,7%, respectively) against the background of larger values among persons older than working age with a decrease in Ukraine as a whole (by 1,8%) and women (by 4,0% in the region and by 1.2% in Ukraine) with a decrease among men by 3,5%. Among the revealed variety of variants of distribution of classes of diseases and their nosological forms, the lion's share of prevalence of diseases among all population was formed by classes of diseases: circulatory systems, respiratory organs, digestive organs. The incidence rate in Ukraine (by 0,8%) increased in the region (by 8,8%) and the district (by 2,2%). The peculiarity in the region was manifested by twice its growth among the rural population (by 12,4% against 6,5% of the urban population),

able-bodied (by 10,1% against 9,4% of older able-bodied), women (by 9,7%) at decrease among men (by 9,7%); in the district – among urban (0,8% vs. 0,2% rural), able-bodied (1,3% vs. 0,9% older than able-bodied) and women (0,8% vs. 0,4% men).

With a slight decrease in the incidence among children aged 0–14 in Ukraine (by 1,1%), it increased among adolescents (by 9,0% in Ukraine, 3,5 times in the Kiev region). Respiratory, skin, trauma and poisoning diseases took the first places in the structure of children's morbidity. The structure of the prevalence of diseases among different age groups of the child population differed significantly in the classes of diseases in the territorial aspect, relatively stable first two places belonged to diseases of the respiratory and digestive systems. The methodological apparatus of the third stage included a systematic approach, epidemiological and medical-statistical methods, as well as analytical-synthetic, comparative analyzes.

The results of the fourth stage of the sociological study showed that satisfaction with medical care significantly increases with the age of respondents and decreases with increasing level of education; the relationship between rural men with qualification, organizational and informational factors was noticeable ($r = 0,5253$, $r = 0,5228$, $r = 0,5492$, respectively). The vast majority of respondents ($64,7 \pm 0,6\%$ and $60,0 \pm 0,8\%$ of urban and rural, respectively) support the implementation of innovative communication processes. Territorial changes with the creation of united territorial communities are associated with the organizational factors of outpatient care and support in 69,3% of cases, full support for the reform of the medical sector expressed only 62,7% of respondents. Family doctors are satisfied with the process of making declarations and indicate an increase in workload (80,7% and 90,7% of urban and rural, respectively), which is joined by other specialists ($62,8\% \pm 8,1\%$ and $86,4\% \pm 7,3\%$). in accordance). The increase in the number of conflict situations ($65,05 \pm 4,7\%$ and $43,9\% \pm 6,5\%$, respectively, family and "narrow" doctors), according to physicians, due to imperfect processing of relationships and routes of the patient ($34,0\% \pm 4,7\%$ and $29,8\% \pm 6,0\%$, respectively), especially in rural areas. There is a need to increase the level of knowledge about modern information and communication systems, expanding the professional horizons of 95,3% and 87,7% of

family doctors in rural and urban areas, respectively. $69,0\% \pm 4,9\%$ of family and $73,6\% \pm 5,8\%$ of «narrow» specialists expect improvement in the quality of medical care with the implementation of the reform in the industry. Supporting territorial change and the formation of united territorial communities, every third doctor doubts the possibility of achieving positive results in the absence of responsibility on the part of local governments in establishing institutions that are accessible and convenient for providing quality medical services. The majority (88,2%) of physicians indicate an increase in workload and misunderstandings in the relationship with the patient and colleagues. 64,7% of respondents believe that the computer literacy of staff is insufficient for the collection, processing, transmission of information, while understanding (84,7%) the importance and necessity of the transition to electronic media. The research methods of the fourth stage were: a systematic approach, sociological (questionnaire), medical and statistical.

At the final, fifth, stage of the dissertation research program the scientific substantiation of the improved model of the organization of work of the Center of primary medical care for service of the population of the united territorial communities is carried out, the study of its efficiency is organized. The research was based on the results of advanced domestic and world experience in solving this problem, as well as on the results of our own research. Positive expert assessment of the proposed innovative elements of the improved model in general and its components, in particular, allows to predict the positive medical, social and economic effect of its implementation by improving the availability and efficiency of primary health care to the population of the united territorial communities.

The **scientific novelty** of the obtained results is that for the first time in Ukraine:

- the scientific substantiation of the improved model of the Center of primary medical care for service of the population of the united territorial communities is carried out, its efficiency is proved;
- comprehensively presented assessment of problematic issues of the PHC Center in terms of reforming the industry, decentralization with the creation of united territorial communities and substantiated conceptual organizational and functional areas to improve

the situation by studying and identifying dissonance between the dynamics of disease and disease prevalence, their structure among different segments of the population of their ambiguity, even within one administrative unit;

- substantiated approaches to further improve the model of the PHC Center and proposed organizational and functional innovations for optimal provision of various segments of the population of the united territorial communities with medical care in compliance with the principles of continuity, formation of routes, interaction of system components;

- the causal relationship between the provision of PHC, the introduction of innovative technologies and the degree of ownership of medical workers, public awareness of the use of communication innovations and mechanisms for its leveling by creating targeted information and educational systems;

- the mechanisms of interaction of the PHC Center with the united territorial communities with health care institutions of all forms of ownership, which provide various types of medical care and institutions interested in preserving the health of the population, are substantiated and proposed;

- scientifically substantiated need to approach medical care to the population at the place of residence in compliance with the principles of continuity of its provision.

Improved: the structure and functions of outpatient general practice – family medicine, taking into account the health of the population of the united territorial community; forms and methods of implementation of regulatory measures at the state, regional, local levels to ensure the dissemination in clinical practice of the proposed organizational innovations, innovation processes and policy decisions to supplement the regulatory and economic bases; provisions of educational programs among the population taking into account their place of residence, age and sex in order to raise awareness of current areas of improvement of medical care with their expected effectiveness, as well as the priority of innovative technologies; functions of management on quality control of medical care of the population of the united territorial communities on the basis of development of social marketing.

Further developments: approaches to the division of functions between primary care physicians and specialists in the context of reforming the medical sector and the creation of united territorial communities; study of features of spatio-temporal changes in the state of health of different segments of the population in the conditions of creation of united territorial communities; scientific and methodological approaches to ensure inter-territorial integration that will increase the effectiveness of preventive measures to prevent disease and maintain health.

The theoretical significance of the results is to supplement the theory of social medicine in terms of public health doctrine and health management, in particular to improve the organization of the Center for Primary Health Care to serve the population of the united territorial communities.

The practical significance of the study is that its results for the first time became the basis for: development and implementation of an improved model of the Center for Primary Health Care to serve the population of the united territorial communities, studying its effectiveness; introduction of improved structure and functions of the outpatient clinic of general practice-family medicine, treatment and prevention service of the Center of primary health care for servicing the population of the united territorial communities; improvement of training programs for general practitioners-family medicine at the postgraduate level on improving the organization of the Centers of primary health care to serve the population of the united territorial communities.

Key words: morbidity, prevalence of diseases, surveys of medical workers, population of united territorial communities, center of primary health care.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковані основні результати дисертації

1. Августинівич Я. І., Михальчук В. М. Бізнес – планування, як інструмент реформування ПМСД. *Ведомості лікарськіє*. 2018. № 8. С. 1582–1587 (дисертанткою проведено обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів).

2. Михальчук В. М., Августинівич Я. І. Оренда як організаційно-правова форма трансформації ПМСД. *Україна. Здоров'я нації*. 2018. № 2. С. 89–90 (дисертанткою проведено обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів).

3. Августинівич Я. І. Сучасні особливості захворюваності дорослого населення. *Україна. Здоров'я нації*. 2019. № 2. С. 13 (дисертанткою проведено обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів).

4. Августинівич Я. І. Оцінка населення первинної медико-соціальної допомоги на рівні об'єднаних територіальних громад. *Україна. Здоров'я нації*. 2019. № 3. С. 5 (дисертанткою проведено обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів).

5. Августинівич Я. І. Амбулаторно-поліклінічна допомога з точки зору медичних працівників в аспекті сучасних змін. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2019. № 2. С. 5 (дисертанткою проведено обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів).

6. Августинівич Я. І. Михальчук В. М. Сучасний погляд на необхідність удосконалення організації роботи Центру первинної медико-санітарної допомоги для обслуговування населення об'єднаних територіальних громад. *Україна. Здоров'я нації*. 2019. № 2. С. 14 (дисертанткою проведено обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів).

7. Августинівич Я. І., Михальчук В. М. Деякі проблемні питання організації первинної медичної допомоги в умовах об'єднаних територіальних громад. VIII Міжнародний медичний конгрес «Впровадження сучасних досягнень медичної науки у практику охорони здоров'я України». 2019. С. 13 (дисертанткою проведено

обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів).

8. Августинович Я. І., Михальчук В. М. Правовий та організаційно-правовий та економічний механізми державного регулювання у галузі первинної медичної допомоги в умовах об'єднаних територіальних громад. Міжнародний медичний форум «Менеджмент в охороні здоров'я» та XI Міжнародний медичний конгрес VI. 2022 С. 11 (*дисертанткою проведено обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів).*

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	20
ВСТУП.....	22
РОЗДІЛ 1. ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ.....	32
1.1. Аналіз актуальних проблем, які існують в сучасній системі надання первинної медико-санітарної допомоги.....	32
1.2. Етапи становлення.....	47
1.3. Реорганізація.....	51
1.4. Реформа адміністративно-територіальних районів.....	55
Висновки до розділу 1.....	61
РОЗДІЛ 2. ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ Й МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	63
Висновок до розділу 2.....	77
РОЗДІЛ 3. ОСОБЛИВОСТІ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НАСЕЛЕННЯ З УРАХУВАННЯМ ВІКУ ТА АДМІНІСТРАТИВНИХ ТЕРИТОРІЙ (УКРАЇНА, КИЇВСЬКА ОБЛАСТЬ, ВАСИЛЬКІВСЬКИЙ РАЙОН).....	78
3.1. Темп приросту серед різних верств дорослого населення в розрізі України, Київської області, Васильківського району.....	78
3.2. Первинна захворюваність.....	91
3.3. Динаміка захворюваності серед дитячого населення з урахуванням вікових груп, місця проживання в розрізі країни, регіону, району.....	102
Висновки до розділу 3.....	110

РОЗДІЛ 4. РЕЗУЛЬТАТИ СОЦІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЩОДО ВДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ЯКОСТІ НАДАННЯ ПМД НАСЕЛЕННЮ НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ.....	113
4.1. Результати опитування населення щодо оптимізації організації надання ПМД для забезпечення її доступності та покращення якості	113
4.2. Результати опитування лікарів	129
4.3. Результати опитування медичних сестер загальної практики – сімейної медицини	139
Висновки до розділу 4	146
РОЗДІЛ 5. МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ВДОСКОНАЛЕНОЇ МОДЕЛІ ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ ЦЕНТРУ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ ДЛЯ ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ ОБ’ЄДНАНИХ ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАД	150
5.1. Децентралізація Васильківського району та реформування ПМД в регіоні	150
5.2. Обґрунтування вдосконаленої моделі організації роботи Центру первинної медико-санітарної допомоги для обслуговування населення об’єднаних територіальних громад	151
5.3. Результати вивчення ефективності запропонованої вдосконаленої моделі первинної медичної допомоги для обслуговування населення об’єднаних територіальних громад	172
Висновки до розділу 5	177
ВИСНОВКИ	179
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	183
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	185
ДОДАТКИ.....	207

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АЗПСМ	– амбулаторія загальної практики – сімейної медицини;
ВООЗ	– Всесвітня організація охорони здоров'я;
ВРУ	– Верховна Рада України;
ДМ	– доказова медицина;
ЄС	– Європейський Союз;
ЗОЗ	– заклади охорони здоров'я;
ЗПСМ	– загальна практика – сімейна медицина;
ЗСЖ	– здоровий спосіб життя;
КМУ	– Кабінет Міністрів України;
ЛЗПСЛ	– лікар загальної практики – сімейний лікар;
МД	– медична допомога;
МЛ	– міська лікарня;
МОЗ	– Міністерство охорони здоров'я;
НАМН	– Національна академія медичних наук;
ОЗ	– охорона здоров'я;
ООН	– Організація об'єднаних націй;
ОТГ	– об'єднані територіальні громади;
ПМД	– первинна медична допомога;
РОУОЗ	– регіональний орган управління охороною здоров'я;
СМЗПСМ	– сестра медична загальної практики – сімейної медицини;

СНД	– співдружність незалежних держав;
США	– Сполучені Штати Америки;
ФАП	– фельдшерсько-акушерський пункт;
ЦПМСД	– Центр первинної медико-санітарної допомоги;
ЦРЛ	– центральна районна лікарня

ВСТУП

Процес реформування охорони здоров'я в Україні, розпочатий з первинної медичної допомоги як фундаменту медичної галузі, має на меті досягнення визначених ВООЗ принципів доступності, рівності та справедливості в отриманні медичної допомоги для всіх громадян країни. Світовий досвід доводить ефективність розвитку ПМД на засадах загальної лікарської практики, в першу чергу з точки зору підвищення її доступності, результативності при раціональному використанні наявного фінансування галузі (ВООЗ, 2012). Активно модернізується мережа амбулаторій і центрів первинної медичної допомоги, які отримали юридичний статус і можливості для розвитку (Л. Ф. Матюха, Н. В. Медведовська, 2017).

Водночас процес децентралізації, започаткований урядовим рішенням в Україні, передбачає створення ОТГ, які визначатимуть необхідні організаційні зміни щодо охоплення ними населення визначеної території доступною, якісною, ефективною медичною допомогою. В таких умовах регіональна модель ПМД має вибудовуватися з урахуванням особливостей потреб населення та можливостей ОТГ для забезпечення її здатності оперативно реагувати на суспільні негаразди й виклики, пов'язані з поширенням інфекційних, соціально небезпечних захворювань. Актуальності проблемі додають ще й продовження процесів «постаріння» населення, погіршення соціально-економічної та екологічної ситуації, суттєвого відставання України від країн Європейського регіону за показниками очікуваної тривалості життя та смертності, накопичення хронічної поліморбідної патології (О. В. Любінець, 2014; І. М. Бондаренко, 2016).

Результати вивчення наукових досліджень позитивного світового й вітчизняного досвіду переконливо свідчать про переваги розвитку ПМД на засадах загальної лікарської практики. Сімейний лікар стає центральною фігурою практичної охорони здоров'я, здійснюючи багаторічне спостереження за родиною, має змогу ефективно організувати профілактику, своєчасно виявляти й лікувати

найбільш поширені захворювання, проводити профілактичні та реабілітаційні заходи з метою попередження виникнення розладу здоров'я, інвалідності та передчасної смерті (Л. Ф. Матюха, 2013; Г. О. Слабкий, 2014; Ю. В. Вороненко, Н. Г. Гойда, 2016).

Незважаючи на значний інтерес до впровадження сімейної медицини в Україні, в умовах створення ОТГ відсутні відпрацьовані маршрути пацієнтів з передбаченими взаємозв'язками різних медичних і немедичних закладів, розміщених на визначеній території.

Набуває актуальності пошук удосконалених шляхів взаємодії пацієнта, його родини з медичними працівниками, які надають первинну, спеціалізовану медичну допомогу, основою яких є пацієнторієнтованість та профілактична спрямованість. Потребують удосконалення організаційні підходи в роботі ЦПМСД для обслуговування населення ОТГ, що й обумовило необхідність проведення цього дослідження, визначило його мету та завдання.

Зв'язок роботи з науковими програмами, темами, планами. Дисертаційна робота є фрагментом науково-дослідної роботи, яка виконується в НУОЗУ імені П. Л. Шупика, «Обґрунтування інноваційних моделей управління та оптимізації організаційних форм діяльності органів, підприємств та закладів охорони здоров'я» (державний реєстраційний номер 01200U101680, термін виконання 2020–2024 рр.), у підготовці якої автор як виконавець брала безпосередню участь.

Мета дослідження – обґрунтування та розробка вдосконаленої моделі організації роботи Центру первинної медико-санітарної допомоги для обслуговування населення з різних ОТГ.

Досягнення мети вимагало вирішення таких **завдань дослідження**:

1. Здійснити аналіз світового й вітчизняного досвіду з проблеми розвитку ПМСД на засадах ЗПСМ в сучасних умовах децентралізації з утворенням ОТГ.

2. Провести комплексний аналіз динаміки захворюваності та поширеності хвороб серед дорослого й дитячого населення Київської області загалом, Васильківського району зокрема, та в цілому по Україні.

3. Вивчити ставлення населення, ЛЗПСЛ та СМЗПСМ до оптимізації організації надання ПМД задля забезпечення її доступності й покращення якості у Васильківському районі за умови переходу до централізації.

4. Виявити проблемні аспекти та науково обґрунтувати вдосконалену модель організації роботи ЦПМСД для обслуговування населення ОТГ, вивчити її ефективність.

Науковою базою дослідження стали заклади ОЗ, що надають ПМСД населенню ОТГ (всього 51 ЗОЗ ЗПСМ Васильківського району). Для суцільного дослідження (ретроспективного аналізу офіційної статистичної звітності за показниками захворюваності та поширеності хвороб серед різних верств населення) – Київська область, Васильківський район, значення показників у цілому по Україні.

Дослідження охоплювало 2014–2020 рр. з розподілом на два організаційні періоди:

– 2014–2017 рр.: вивчення проблеми, особливостей динаміки захворюваності, поширеності хвороб серед населення Київської області, Васильківського району та в цілому по Україні; оригінальне комплексне соціологічне дослідження за власно розробленими анкетами опитування з визначенням проблемних питань організації надання ПМД; впровадження в практику сучасних інноваційних, телекомунікаційних технологій (I–IV етапи);

– 2018–2020 рр.: наукове обґрунтування, розробка, впровадження вдосконаленої моделі організації роботи одного ЦПМСД для обслуговування населення різних ОТГ, з вивченням її ефективності (V етап).

Об’єкт дослідження: стан організації надання ПМСД населенню ОТГ.

Предмет дослідження: сучасні тенденції захворюваності та поширеності хвороб; задоволеність населення, медичних працівників ПМД організацією її надання; проблеми, розробка та втілення на практиці удосконаленої моделі ЦПМСД для обслуговування населення ОТГ.

Методичний апарат дисертаційної роботи представлений одинадцятьма методами. З їх допомогою було здійснено збір, викопіювання первинної медико-статистичної інформації, її аналіз, обробку, візуалізацію, облік, формування баз даних первинного матеріалу за кожним із передбачених для виконання етапів. Самостійно та в різних комбінаціях у науковому дослідженні використано **методи:**

– *системного підходу* – для комплексного вивчення передумов і проблемних аспектів обґрунтування вдосконалення організації роботи Центру первинної медико-санітарної допомоги в нових умовах децентралізації;

– *бібліосемантичний* – для вивчення літературних та електронних наукових ресурсів з оприлюднення результатів пріоритетного розвитку первинної медико-санітарної допомоги, впровадження сімейної медицини;

– *медико-статистичний* – для аналізу медико-статистичних показників та отриманих статистичних даних на всіх етапах наукового дослідження (захворюваності, поширеності, результатів соціологічного дослідження, визначення обсягу спостережень у соціологічних та експертних дослідженнях, оцінки достовірності їх результатів);

– *епідеміологічний* – для вивчення стану здоров'я населення, його вікових особливостей з урахуванням території проживання;

– *аналітико-синтетичний* – для виявлення взаємозв'язків між показниками стану здоров'я з різними факторами (стать, вік та місце проживання) в поєднанні з відомостями про результати опрацювання анкет опитування;

– *соціологічний* – для вивчення ставлення населення (пацієнтів), медичних працівників, які безпосередньо залучені до надання первинної медико-санітарної допомоги, щодо сучасних підходів до оптимізації організації надання ПМД;

– *контент-аналізу* – для якісного, кількісного аналізу діючих медико-технологічних і нормативно-правових документів щодо надання ПМД населенню ОТГ;

– *порівняльного аналізу* – для виявлення тенденцій і характеру процесів на основі узагальнення медико-статистичної інформації про стан здоров'я населення в динаміці;

– *концептуального моделювання* – для розробки вдосконаленої моделі організації роботи ЦПМСД для обслуговування населення ОТГ;

– *організаційного експерименту* – для апробації та впровадження інноваційних елементів удосконаленої моделі організації роботи ЦПМСД для обслуговування населення ОТГ;

– *експертних оцінок* – для отримання експертної оцінки стану, проблем і дієвості обґрунтованих інновацій удосконаленої моделі організації роботи Центру первинної медико-санітарної допомоги для обслуговування населення об'єднаних територіальних громад.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в такому.

Дисертанткою вперше в Україні:

– реалізовано на регіональному рівні (Васильківський район) компетенцію сімейного лікаря щодо орієнтації на громаду, а саме – визначено потреби громади щодо послуг з охорони здоров'я (ПМД), визначено поширеність патології в громаді;

– запроваджено на регіональному рівні (Васильківський район) компетенцію сімейного лікаря щодо управління первинною медичною допомогою: запропонована вдосконалена модель ЦПМСД з урахуванням регіональних особливостей поширеності захворювань, структури причин звернень по ПМД, госпіталізацій, смертності, демографічної ситуації;

– досліджено контекст надання ПМД на регіональному рівні (Васильківський район): умови праці лікарів (матеріально-технічне оснащення АЗПСМ), кадровий ресурс, механізми взаємодії Центру ПМД з іншими надавачами медичних послуг,

потребу медичних працівників щодо знань інформаційно-комунікативних систем, комп'ютерної грамотності; ставлення пацієнтів до реформування ПМД та адміністративно-територіальної реформи;

– доведено ефективність удосконаленої моделі ЦПМСД за умови обслуговування населення кількох територіальних громад.

Зазначений підхід обумовив обґрунтовані положення наукової новизни, розроблені особисто дисертантом:

– виявлені сучасні особливості динаміки захворюваності та поширеності хвороб на регіональному рівні;

– проведено систематизацію проблемних питань створення Центру ПМСД в умовах децентралізації;

– обґрунтовані механізми взаємодії Центру ПМСД з іншими надавачами медичних послуг;

– науково обґрунтована потреба в наданні ПМД пацієнту протягом усього його життя;

– науково обґрунтована вдосконалена модель ЦПМСД в умовах децентралізації та доведено її ефективність.

Удосконалено:

– надання ПМД в умовах ОТГ зі збереженням стандартів надання якісної та доступної ПМД відповідно до специфікацій і встановлених законодавством вимог;

– розподіл адміністративних функцій управління структурними підрозділами ОТГ для досягнення максимальної ефективності надання ПМД;

– управління внутрішньої системи контролю якості й безпеки медичної діяльності з дотриманням вимог до їх організації та проведення відповідно до чинного законодавства в умовах ОТГ на основі розвитку соціального маркетингу.

Набули подальшого розвитку:

- підходи до розподілу функцій між лікарями ПМД і спеціалістами в умовах реформування медичної галузі та створення ОТГ;
- вивчення особливостей змін стану здоров'я різних груп населення в умовах створення ОТГ;
- науково-методичні підходи із забезпечення міжтериторіальної інтеграції з підвищення ефективності профілактичних заходів з упередження захворювання та збереження здоров'я;
- розподіл адміністративних функцій управління структурними підрозділами ОТГ для досягнення ефективності надання ПМД;
- заходи щодо формування здорового способу життя з використанням сучасних інформаційних технологій.

Теоретичне значення одержаних результатів полягає в доповненні теорії соціальної медицини в частині вчення про здоров'я населення та управління охороною здоров'я, зокрема з удосконалення організації роботи ЦПМСД для обслуговування населення суміжних ОТГ.

Практичне значення дослідження полягає в тому, що його результати вперше стали підставою для: оптимізації вдосконаленої моделі ЦПМС для обслуговування населення Васильківської, Гребінківської, Ходосівської і Глевахівської ОТГ, доведення її ефективності; впровадження вдосконалених структур і функцій АЗПСМ, лікувально-профілактичної служби ЦПМСД для обслуговування населення ОТГ; доповнення навчальних програм підготовки ЛЗПСЛ на післядипломному рівні з питань удосконалення організації роботи ЦПМСД для обслуговування населення чотирьох ОТГ.

Впровадження результатів дослідження в практику проводилося на етапах його виконання.

На національному рівні:

1. Августинович Я. І., Михальчук В. М. Бізнес – планування, як інструмент реформування ПМСД. *Ведомості лікарськіє*. 2018. № 8. С. 1582–1587.

2. Михальчук В. М., Августинович Я. І. Оренда як організаційно-правова форма трансформації ПМСД. *Україна. Здоров'я нації*. 2018. № 2. С. 89–90.

дисертанткою проведено обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів).

3. Августинович Я. І. Сучасні особливості захворюваності дорослого населення. *Україна. Здоров'я нації*. 2019. № 2. С. 13 (*дисертанткою проведено обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів*).

На галузевому рівні матеріали дослідження використані для розробки та впровадження таких документів:

договір № 0000-T5MM-M000 про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій між НСЗУ та комунальним некомерційним підприємством Васильківської районної ради «Васильківський районний центр первинної медико-санітарної допомоги»;

договір про співробітництво територіальних громад у формі делегування виконання окремих завдань, реалізації спільного проекту, сумісного фінансування установ з можливим переліком послуг диференційованим, залежно від потреб та побажань Сторін (у сфері охорони здоров'я), затверджений рішенням міської ради від 25.01.2021 № 269;

угоди взаємодії ЦПМСД із закладами вторинної медичної допомоги, приватної медицини, із громадськими та релігійними організаціями, закладами освіти, підприємствами, установами й організаціями, які працюють в ОТГ, із соціальними службами.

запровадження окремих критеріїв якості в роботу амбулаторних відділень закладів охорони здоров'я Київської, Черкаської областей (16 актів впровадження).

Особистий внесок здобувача. Дисертація є самостійною науковою роботою. Авторкою здійснювався пошук сучасних наукових інформаційних і методичних джерел стосовно проблеми, розроблено програму наукового дослідження, визначено мету та завдання, методи дослідження, його наукову базу, об'єкт і предмет. Для викопіювання статистичних матеріалів і збору первинної медичної документації за етапами дослідження було сформовано електронну базу даних в Microsoft Excel. Статистичний аналіз матеріалу відбувався з використанням програми Statistika-8. Отримано комплексну характеристику регіональних особливостей динаміки захворюваності, поширеності хвороб серед різних верств населення Київської області та Васильківського району в аспекті даних у цілому по Україні. Організовано та проведено соціологічне дослідження, де респондентами виступали медичні працівники, які надають первинну медичну допомогу (ЛЗПСМ), та населення ОТГ. Проведено статистичну обробку й узагальнено результати соціологічного дослідження.

Здійснено наукове обґрунтування вдосконаленої моделі організації роботи ЦПМС для обслуговування населення чотирьох ОТГ, організовано вивчення її ефективності. Обґрунтовані для впровадження інноваційні елементи та функціонально-організаційні вдосконалення моделі. Організовано проведення експертної оцінки ефективності запропонованих інновацій за розробленими автором картами експертної оцінки, здійснено опитування експертів, узагальнено його результати. Особисто дисертантом обґрунтовано узагальнені наукові положення, сформульовано висновки та практичні рекомендації, які знайшли відображення в опублікованих наукових працях. Ідеї та розробки співавторів колективно опублікованих робіт у дослідженні не використовувалися.

Апробація результатів дослідження: основні положення та висновки дисертації обговорювались на науково-практичних конференціях національного та міжнародного рівнів: науково-практичній конференції міжнародною участю «Сімейна медицина – головна складова охорони здоров'я України (до Всесвітнього дня сімейного лікаря)» м. Київ, 12 листопада 2019 р.; науково-практичній конференції «Науково-практична конференція з науково-практичній конференції

«XI Міжнародний медичний форум. Міжнародний медичний конгрес» м. Київ, 20 травня 2020 р.; науково-практичній конференції Міжнародний медичний форум «Менеджмент в охороні здоров'я» та XI Міжнародний медичний конгрес VI м. Київ, 17 травня 2022 р.;

Публікації. Результати дисертації висвітлені у 8 наукових працях, в т.ч. у 7 статтях, опублікованих у фахових виданнях, рекомендованих МОН України (в одноосібному авторстві – 3), у матеріалах з'їздів, конференцій, 1 – що входить до переліку Scopus, 2 публікаціях в інших виданнях.

Структура та обсяг роботи. Викладена на 283 сторінках машинописного тексту (373 сторінки власного тексту). Складається із вступу, п'яти розділів власних досліджень, висновків, практичних рекомендацій. Ілюстрована 20 рисунками, 16 таблицями та 3 формулами, містить 3 додатки. Бібліографія включає 182 джерела, в тому числі 51 зарубіжного автора.

РОЗДІЛ 1

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ

1.1. Аналіз актуальних проблем, які існують в сучасній системі надання первинної медико-санітарної допомоги

Актуальність проблеми надання ПМД, із закладеною в її основу стратегію збереження здоров'я населення, настільки велика, що їй, принаймні останні двадцять років, присвячується найбільша кількість проєктів, програм, постанов, наказів уряду та МОЗ України та наукових досліджень [1, 26, 39, 107]. Динаміка рівнів захворюваності, поширеності хвороб на тлі вивчення демографічних процесів розцінюється в них як критерій ефективності діяльності закладів охорони здоров'я (ОЗ) і є базою щодо планування організаційно-управлінських заходів. Погіршення показників здоров'я населення, сучасні особливості захворюваності свідчать про актуальність питань доступності й якості надання медичної допомоги та віддзеркалює негаразди в галузі, на чому наголошують автори досліджень [2, 30, 34]. Як відомо, недостатнє фінансування системи ОЗ призводить до нестачі медичних кадрів у сільській місцевості і, як наслідок, – до отримання сільським населенням медичної допомоги на низькому рівні та низького відсотка доступності до якісних медичних послуг [9, 18, 113]. За даними І.М. Шеймана (1996), відсоток направлень до фахівців інших спеціальностей дільничним лікарем становить близько 30% від первинних звернень проти 4%–10% у західних країнах, рівень госпіталізації 22%–24% на 100 жителів проти 13%–17% відповідно, при цьому частка лікарів ЗПСЛ не досягає 25%, тоді як у західних країнах – до 55% [148].

Аналіз поточного стану в системі надання ПМД і план розвитку (інструмент для оцінки якості було взято з американської системи USAID) [138, 147, 153].

I. Залучення керівництва закладу – 26,0%

Наявна ситуація

Керівник є одноосібним центром прийняття рішень у закладі, він здійснює чіткий контроль за кожним структурним підрозділом – функціонує вертикальна форма управління закладом.

План розвитку:

- безперевне навчання керівництва закладу задля підвищення комунікативних навичок персоналу, розвитку лідерства, стратегія розробки й покращення якості;
- командна робота, яка дасть можливість пришвидшити процеси прийняття та реалізації рішень;
- створення клінічних команд ПМД з використанням інфраструктури для максимальної доступності до кожного пацієнта в найвіддаленіших територіях обслуговування;
- активне залучення працівників закладу до навчань і концентрація уваги на підвищенні власного професійного рівня;
- залучення пацієнтів та їх родин.

II. Покращення на основі даних, отриманих за допомогою комп'ютерних технологій, – 34,6%

Наявна ситуація

Показники ефективності розроблені в рамках наказів МОЗ, звіти подаються від структурних підрозділів до адміністрації закладу і, відповідно, від адміністрації до інших організацій за межі закладу (ДОЗ, МОЗ, ОТГ, соціальні служби та ін.). Реєстри, що містять інформацію про пацієнтів, доступні не в повному обсязі (містять лише ту інформацію, яку вносять лікарі нашого закладу). Електронну медичну карту пацієнта ведуть усі лікарі, але функціонал медичної інформаційної системи обмежений до рівня роботи первинної медичної допомоги, тому для

надання якісної медичної послуги використовуються електронні й паперові картки пацієнтів.

План розвитку

У рамках розширення функціоналу медичної інформаційної системи розглянути можливість створення єдиної електронної бази актуальних документів, необхідних у повсякденній роботі, з доступом до неї кожного працівника на робочому місці. Призначити особу, котра підтримуватиме цей ресурс в актуальному стані. Покращити показники ефективності, збільшити клінічні показники, профілактичні показники, зворотний зв'язок з пацієнтами (телемедичні комунікації), оцінку показників і прийняття управлінських рішень.

Урізноманітнити формати інформаційних матеріалів, доступних для пацієнтів, з використанням різних форматів для залучення всіх груп пацієнтів.

III. Прив'язка пацієнта до конкретного лікаря – 87,0%

Наявна ситуація

Усі пацієнти підписують декларації з сімейним лікарем і в подальшому він обслуговує своїх пацієнтів протягом усього періоду в повному обсязі послуг ПМД.

План розвитку

Організувати роботу для залучення нових пацієнтів, які обирають лікарів саме нашого закладу.

IV. Надання допомоги командою – 53,3%

Наявна ситуація

Робочі процеси в закладі описані у вигляді посадових інструкцій загальними правилами. Внутрішні протоколи, які може застосовувати персонал, розроблені для деяких станів / ситуацій, але не застосовуються регулярно.

План розвитку

Створити робочу групу, котра могла б розробити, а керівництво закладу затвердити документи, які активно використовуватимуться в процедурах якості щодо робочих процесів, управління документацією, ресурсами, проведення внутрішніх аудитів відповідно до потреби закладу, постійного покращення, аналізу функціонування системи якості, управління ризиками.

Організувати роботу щодо методів інформування персоналу, вільний доступ до цієї документації.

Продовжити активну роботу щодо розробки й затвердження карт процесів, клінічних протоколів / настанов, клінічних маршрутів пацієнта, стандартних операційних процедур, робочих інструкцій, керуючись сучасними міжнародними стандартами та джерелами (UpToDate, BMJ, CDC, Cochrane Library, DUODECIM, NICE, AMA). Подбати про створення доступної кожному працівнику електронної бази цих документів задля можливості їх широкого використання в повсякденній роботі.

V. Партнерство пацієнта з медичною командою – 42%

Наявна ситуація

Заклад працює за принципом пацієнторієнтованості, але частіше врахування побажань і розуміння пацієнтів є ситуативними, медичні послуги надаються переважно на розсуд лікарів.

План розвитку

Зворотній зв'язок від пацієнта та його родини затвердити одним із пріоритетних напрямів покращення якості в закладі. Налагодження використання різноманітних сучасних інструментів, таких як посилання на е-опитувальники, смс-опитування, скриньки відгуків та пропозицій, анкетування, використання QR-кодів з посиланням на опитування.

Організувати навчання щодо інформаційної безпеки, зберігання конфіденційної, персональної інформації та кібер-безпеки персоналу всіх рівнів,

а також розробити відповідні положення про безпеку інформації та ознайомити з ними весь персонал.

VI. Робота із прикріпленим населенням – 35,7%

Наявна ситуація

Зазвичай пацієнти самі звертаються задля отримання медичних послуг, таких як щеплення, моніторинг аналізу на діабет, хронічних захворювань або інших клінічних обстежень. Команда ПМД може зв'язуватися з пацієнтами у випадках, коли є гостра необхідність. Електронна система сповіщень відсутня.

Не є налагодженою й допомога в самоорганізації пацієнта, цим переважно займаються соціальні служби.

План розвитку

Створити перелік прийнятих стандартів за певними процесами, розробити процедури проведення моніторингу, затвердити програму, план моніторингу та оцінки. Визначити відповідальну особу, яка контролюватиме здійснення моніторингу, верифікації та оцінки. Обрати індикатори якості відповідно до специфіки закладу. Під час обрання індикаторів подбати, щоб вони враховували пріоритети регулюючих органів / замовників послуг (у тому числі визначені чинними нормативними документами у сфері охорони здоров'я), пріоритети закладу (індикатори мають бути розроблені на виконання стратегії розвитку закладу в контексті якості), знайти оптимальний метод для можливості отримання надійних даних для обчислення того чи іншого індикатора.

VII. Безперервність медичних послуг – 77,5%

Наявна ситуація

У закладі працює 70% сімейних лікарів, які ведуть своїх пацієнтів від народження й до смерті. Пацієнт має змогу контактувати зі своїм лікарем ЗПСМ майже цілодобово.

План розвитку

Систематично проводити навчання на засадах доказової медицини, проводити офлайн-тренінги та лекції для населення.

VIII. Доступність первинної медичної допомоги – 77,8%

Наявна ситуація

Існує розроблений перелік платних послуг, але поки лише формально. Доступність будівель відповідає вимогам, що підтверджено відповідною технічною документацією.

План розвитку

Ввести в роботу платні послуги з можливістю всіх варіантів оплати (готівкової, безготівкової та ін.).

IX. Координація надання медичної допомоги – 48,6%

Наявна ситуація

У закладі ПМД не налагоджений зворотній зв'язок із вторинною ланкою. Пацієнти отримують направлення від лікаря ЗПСМ і самостійно обирають заклад вторинної ланки, після лікування надають результати нашим лікарям для ознайомлення та плану подальшого лікування. Діє місцева програма медичної допомоги пацієнтам, яка має обмежений доступ, лише для певних видів захворювань. Результати лабораторних обстежень пацієнти отримують самостійно, працівники інформують у випадках інфекційних та паразитарних хвороб.

План розвитку

Розробити умови для розвитку комунікації з іншими ЗОЗ щодо обміну досвідом, навчання чи стажування.

Налаштувати процес планування організації надання медичної допомоги або ж розробки нових послуг.

Організувати роботу системи платних послуг.

Для оперативної внутрішньої комунікації запровадити корпоративну електронну пошту. Кожен працівник закладу має власну електронну поштову скриньку.

Х. Форми взаємодії з пацієнтами – 75,0%

Наявна ситуація

Мають різні формати (безпосередньо на прийомі, по телефону, смс, електронною поштою та ін.), вони доступні 24/7/365.

План розвитку

Розробка брендбука.

Створити кольорове розмежування зон амбулаторій, яскраві наліпки на дверях з позначками АЗПСМ, маркування на підлозі, стінах.

Результатами реформування галузі ОЗ в Україні стали суттєві позитивні зрушення в організації надання ПМД на засадах ЗПСМ. Водночас, незважаючи на наявний прогрес у запровадженні основоположних принципів сімейної медицини, подальший її розвиток потребує кадрової, ресурсної підтримки, з обґрунтуванням засад ефективної взаємодії між видами медичної допомоги, з уточненням маршрутизації пацієнтів із різними захворюваннями. Проаналізовані сучасні умови впровадження сімейної медицини при створенні ОТГ, виявлено коло невирішених питань. Вивчено новий досвід впровадження Закону України «Про добровільне об'єднання територіальних громад» та комплекс організаційних аспектів, що потребують визначення при взаємодії ОТГ із ПМД при створенні регіональної моделі охорони здоров'я.

Проведений аналіз надав можливість критично оцінити процеси реформування, нові умови надання ПМД, які останнім часом набувають дедалі більших регіональних особливостей. Наведене обумовлює потребу у функціонально-організаційному вдосконаленні надання ПМД, з урахуванням результатів розпочатого процесу децентралізації зі створенням ОТГ, за наявної потреби забезпечення населення доступною, якісною, зорієнтованою

на профілактику ПМД, що й зумовило актуальність наукового пошуку в означеному напрямі.

З метою оптимізації надання медичної допомоги населенню керівництвом держави було розпочато реформування медичної галузі саме з ПМД в напрямі надання її на засадах ЗПСМ. Для нашого закладу це був непростий тривалий період становлення, була проведена величезна робота зі збору й обробки статистичної та аналітичної інформації для реорганізації, а в подальшому – підписання договору з Національною службою здоров'я (НСЗУ) України про надання медичних послуг населенню. В інформаційних ресурсах широко представлений аналіз процесу трансформації охорони здоров'я в Україні і, зокрема, в системі її первинної ланки [6, 64–67]. У цьому аспекті привертає увагу робота В. М. Лехан, Л. В. Крячкової, М. І. Заярського (2018), в якій подається ретельний аналіз реформування медичної галузі в Україні від здобуття незалежності до сучасності [69]. За період з 1991 по 2018 роки автори висвітлюють процес перетворень у системі ОЗ, виділяючи при цьому чотири часові періоди. Кожний із них детально характеризується:

I період (1991–2000 рр.) – десятиріччя бездіяльного ставлення до реформи; прагнення в ринкових умовах зберегти в діючому стані радянську систему ОЗ з метою забезпечення мінімальних соціальних гарантій з надання медичної допомоги;

II період (2000–2010 рр.) – локальні та фрагментарні в просторі України реформи за певними напрямами в межах пілотних проєктів;

III період (2010–2013 рр.) – пілотний проєкт у межах кількох регіонів за підтримки ЄС з використанням доказового менеджменту, найкращого вітчизняного й зарубіжного досвіду. Його результати підтвердили доцільність й ефективність розмежування первинної та вторинної медичної допомоги; створення пулінгу фінансових ресурсів для надання вторинної й екстреної допомоги на рівні регіону; запровадження маршрутизації пацієнтів до закладів охорони здоров'я залежно від важкості захворювання; впровадження оплати праці лікарів залежно від обсягу та якості роботи, державного регулювання цін на ліки для хворих

на артеріальну гіпертензію, реструктуризації вторинної і третинної медичної допомоги та ін.;

IV період (2014–2018 рр.) – найбільш продуктивний період, у межах якого урядом вироблено підхід до подальшого комплексного реформування СОЗ. Уперше запроваджено медичну субвенцію, фінансування з різних бюджетів. У Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я унормовано бачення реформи на 2016–2020 рр., у межах якого запроваджено перехід до фінансування результату діяльності, гарантований пакет МД, пулінг фінансування державних гарантій, Національну службу здоров'я України (єдиного закупівельника медичних послуг на договірних засадах), електронну систему охорони здоров'я; здійснено автономізацію постачальників МД, більшість із яких набула статусу некомерційних медичних підприємств; удосконалено державне регулювання цін на лікарські засоби, розширено спектр захворювань, на які поширюється механізм реімбурсації (повного або часткового відшкодування вартості ліків). Унормовано запровадження госпітальних округів, багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування, у т.ч. вимоги до людських ресурсів, інфраструктури, обладнання, транспорту й комунікацій, навантаження тощо.

У роботах виділено особливості, визначено позитивні зрушення, невіршені питання, конкретизовано механізми вирішення. Наводяться нормативні акти, що склали правову базу створення й розвитку центрів ПМСД на засадах сімейної медицини з мережею амбулаторій у містах та сільській місцевості [90].

В. Д. Парій та О. В. Короткий у своїй публікації (2018) узагальнюють процес розвитку сімейної медицини в Україні та визначають існуючі вітчизняні моделі діяльності лікаря ЗПСЛ [90]. Автори наголошують, що новий рівень розвитку сімейної медицини розпочався після 20 червня 2000 року, коли прийнято Кабінетом Міністрів України постанову № 989 та Указ Президента України від 07 грудня 2000 року №1313/2000, в яких викладено концепцію вдосконалення системи надання медичної допомоги населенню України. Аргументувались принципи розробки структури організації та управління ПМСД. Була апробована

та впроваджена її модель, зазнали доопрацювання й затвердження пакет нормативних документів, що регламентують діяльність медичних працівників, закладів (підрозділів) загальної практики – сімейної медицини, професійно-кваліфікаційну характеристику кадрів. Важливою складовою стала сформована та схвалена урядом Концепція реформи фінансування системи ОЗ у 2017 р. До визначальних змін слід віднести впровадження державного гарантованого обсягу медичної допомоги у 2018 році. Внесені необхідні корекції до Бюджетного кодексу України [15, 33, 80]. До числа основних змін, передбачених реформою у 2017 році, належали: впровадження державного гарантованого пакету медичної допомоги; пулінг бюджетних коштів для фінансування державних гарантій на національному рівні зі створенням НСЗУ як єдиного закупівельника медичних послуг; перехід від утримання мережі медичних закладів до стратегічної закупівлі медичних послуг на договірних засадах; автономізація постачальників медичної допомоги з набуттям більшістю з них статусу некомерційних медичних підприємств та запровадження електронної системи охорони здоров'я [84, 86, 103]; на договірній основі визначені вимоги до медичних послуг [32, 41, 85, 97], їх вартість [102, 105, 108]. Прийнято спеціальний закон щодо мережі ЗОЗ із надання допомоги сільському населенню, її транспортної інфраструктури та широкого використання телекомунікаційної системи у 2017 році [35, 73, 127]. Крок за кроком відмічались позитивні зрушення. Викристалізувалась державно-комунальна модель надання медичної допомоги. Нею передбачено два сектори – загальнодоступної та додаткових можливостей у сфері ОЗ [82, 111].

Було вдосконалено систему державного регулювання цін на лікарські засоби та розширено спектр захворювань із включенням ліків, що використовуються для лікування серцево-судинних захворювань, бронхіальної астми та цукрового діабету 2-го типу до переліку медикаментів, на які поширюється механізм реімбурсації, – повного або часткового відшкодування вартості ліків [2]. У 2017 р. було прийнято пакет законодавчих і нормативних актів, які повинні забезпечити реалізацію реформи, зокрема Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», що ґрунтується на оплаті діяльності постачальників

медичних послуг на основі конкретних результатів їх діяльності, та методичні рекомендації щодо перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства; Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», який визначає фінансові зобов'язання надання необхідних пацієнтам послуг з медичного обслуговування (медичних послуг) та лікарських засобів належної якості за рахунок коштів Державного бюджету України, паралельно внесено необхідні зміни до Бюджетного кодексу, ухвалено створення НСЗУ [31], визначені вимоги до надавачів медичних послуг і порядок укладення договорів про медичне обслуговування [5, 24, 26], затверджено методику розрахунку вартості медичних послуг. Зважаючи на проблеми з доступністю медичної допомоги сільському населенню, було прийнято спеціальний закон, який передбачає поряд із розвитком мережі ЗОЗ, транспортної інфраструктури в сільській місцевості також широке впровадження телекомунікаційної інфраструктури. Аналіз змісту та процесів реалізації запланованих масштабних перетворень системи охорони здоров'я України було оцінено як курс на формування нової сучасної та ефективної моделі охорони здоров'я. У 2010 р. в рамках президентської Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентно спроможна економіка, ефективна держава» [32] були розпочаті масштабні перетворення в українській системі ОЗ. Змістовне наповнення реформ базувалося на ретельно проаналізованих та узагальнених вітчизняними й закордонними експертами з урахуванням національної специфіки даних доказового менеджменту, передового досвіду країн з найбільш успішними системами охорони здоров'я, матеріалах проєктів ЄС та Єврокомісії у сфері охорони здоров'я, які реалізовувалися в Україні в період 2003–2009 рр. [8, 16], програмі економічних реформ (2010–2014 рр.), відповідних законах України щодо вдосконалення надання медичної допомоги та порядку проведення реформування системи ОЗ у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві, наказах МОЗ України стосовно забезпечення втілення цих документів [61, 100, 109]. Було отримано підтвердження виправданості визначених основних напрямів реформування ОЗ [19, 53, 58]. Проте разом із формуванням

і розвитком мережі закладів ПМСД, виникають проблеми укомплектованості посад ЛЗПСЛ, а також матеріально-технічного оснащення закладів. У роботі В. Д. Парія, О. В. Короткого (2018) наводяться підсумкові дані кількості АЗПСМ в Україні, які функціонували на засадах сімейної медицини [4, 90, 92]. Так, станом на 31.12.2015 їх нараховувалось 5 891, що було більше на 22%, ніж у 2011 році. Отже, було охоплено 89,9% населення країни. Питанню кадрового забезпечення системи охорони здоров'я України ЛЗПСЛ приділяється прицільна увага. Воно є одним із провідних у період організації ПМСД у нових умовах її діяльності. Від рівня забезпеченості лікарями ЗПСМ населення залежить доступність цього виду допомоги. За матеріалами дослідження О. С. Щербінської (2019), посад ЛЗПСЛ у 2014–2017 рр. стало більше на 19,3% і у 2017 р. нараховувалось 19 396,25; забезпеченість ними збільшилася на 17% на 10 тис. населення [149]. Проте відмічено зниження укомплектованості штатних посад фізичними особами на 0,7% на 10 тис. населення; дефіцит ЛЗПСЛ в Україні становив 5 416,25 осіб. Зазначене свідчить про кадрову напруженість, яка пов'язана з недостатнім на сьогодні фінансуванням і матеріально-технічною базою. Автор аналізує відповідні дані в розрізі областей України й виділяє 11 із них, де показник укомплектованості менше ніж 70%, що, як він наголошує, згідно з доказовим менеджментом не дозволяє забезпечити доступну та якісну медичну допомогу [5, 20, 23].

Інтерес представляють роботи, що висвітлюють деякі питання організації ПМСД певним верствам населення на окремих територіях. Оскільки найбільш уразливою категорією є сільське населення, то прокоментуємо такі дані М. В. Лобаса (2018) по Черкаській області [12, 71, 118]. У роботі наводяться дані, які підтверджують, що при пріоритетному розвитку мережі закладів ОЗ первинного рівня надання медичної допомоги сільському населенню має місце низький рівень її ресурсного забезпечення та показників її діяльності. Так, за 2014–2016 рр. в області створено 12 центрів ПМСД (всього 13), кількість лікарських амбулаторій збільшилась до 19. Забезпеченість лікарями по районах: у АЗПСМ штатні посади не укомплектовані фізичними особами, а в 4 ФАП – основними працівниками. Рівень оснащення АЗПСМ медичним обладнанням коливається від 30% до 70%.

Частка дорослого населення, що обслуговується за сімейним принципом, – 87,9% (від 51,7% до 87,9% в межах районів), дитячого – 61,7% (8,0%–91,6%) відповідно. Середня кількість прикріпленого до одного лікаря населення – 2 804 особи. Кількість звернень дорослого сільського населення в середньому на одну людину становила 2,1 на рік з коливаннями 1–3,5. Відсоток звернень із профілактичною метою – 11,6% з коливаннями 0,8%–45,3%. Дитячого населення – звернень по області 3,0 рази (від 0,01 до 7,6), з профілактичною метою – 36,5% з коливаннями від 11,6% до 61,8%. Не можна залишити осторонь роботу В. І. Ткаченко, А. О. Арешкович, К. С. Голосай, О. Ф. Глушаниці, О. І. Ременника «Результати реорганізації системи охорони здоров'я» на засадах сімейної медицини в Київській області за 2012–2016 рр., в даній роботі детально подається аналіз стану первинної допомоги в Київській області, один із районів якої став базою цього дослідження [135]. Здійснено аналіз даних статистичних звітів закладів охорони здоров'я ПМСД Київської області. Статистичний аналіз проводили за допомогою програм Excel 2007, SPSS, Statistica 6.0. Проведений аналіз показав позитивні зміни та значний приріст кадрового й ресурсного забезпечення, що супроводжувалось збільшенням кількості прикріпленого населення, зменшенням навантаження на лікарів, збільшенням співвідношення лікар / медична сестра, покращанням здоров'я населення. Але водночас існує певний дефіцит кадрів ЛЗПСЛ та СМЗПСМ, недостатній рівень оснащення, фінансового та ресурсного забезпечення, що негативно впливає на якість медичної допомоги. Висновок: одержані позитивні зміни можуть бути покращені шляхом збільшення фінансування, ресурсного та кадрового забезпечення, модернізації та комп'ютеризації робочих місць, введенням електронної системи амбулаторних карток. Після ретельного вивчення мережі закладів сімейної медицини, забезпеченості населення лікарями, укомплектованості штатних посад ЛЗПСЛ та їхньої кваліфікації, оснащення закладів ЦПСМ медичним і немедичним обладнанням висновуються важливі індикатори.

Відповідно до декларації Всесвітньої організації охорони здоров'я про зміцнення первинної медичної допомоги в Україні відбувається реорганізація системи охорони здоров'я на засадах сімейної медицини. Було проаналізовано стан

первинної медичної допомоги в Київській області за 2002–2014 рр. (Матеріали і методи. Аналіз даних статистичних звітів закладів первинної медичної допомоги Київської області за формами статистичної звітності відповідно до наказів МОЗ України: від 10.07.2007 № 378, від 08.01.2004 № 1, від 02.11.2012 № 866). Статистичний аналіз проводили за допомогою програм Excel 2007, SPSS, Statistica 6.0. Результати аналізу: кількість закладів первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) за 2002–2013 рр. зростає від 11 до 263 (приріст – 2 045%), амбулаторій загальної практики – сімейної медицини (ЗПСМ) – від 4 до 223 (приріст – 5 475%). Кількість лікарів загальної практики – сімейних лікарів (ЗПСЛ) у Київській області збільшилася з 13 (2002 р.) до 418 (2014 р.), приріст становив 3 115,4%. Забезпеченість лікарями ЗПСЛ по Київській області становить 2,1 на 10 тис. населення (2014 р.), приріст із 2002 р. (0,07) становив 2 900%, але показники кадрового забезпечення не досягають рекомендованих норм. Ресурсне забезпечення закладів, незважаючи на значний приріст за 2002–2014 рр. за всіма показниками залишається недостатнім і потребує більшого фінансування з боку держави. Висновок: визначені певні успіхи в розвитку первинної медичної допомоги та впровадженні сімейної медицини в Київській області, що відбувається відповідно до чинного законодавства України з темпами та за загальними тенденціями, які спостерігаються по всій державі. Виявлені деякі проблеми – недостатність кадрового та ресурсного забезпечення первинної медичної допомоги, усунення яких може бути забезпечене збільшенням державного фінансування непілотних регіонів та запровадженням механізмів мотивації медичного персоналу, модернізації ПМСД області. Висновок: значний прогрес у впровадженні принципів сімейної медицини. Проте подальший її розвиток потребує кадрової, ресурсної підтримки з розробкою механізмів мотивації медичного персоналу, взаємозв'язків рівнів допомоги, уточнення маршрутизації пацієнтів.

Нами простежена подальша динаміка реорганізації ЗОЗ шляхом переходу лікарень на заклади первинної медичної допомоги, заклади вторинної МД і високоспеціалізовані заклади третинного рівня надання МД населенню. Згідно

з офіційною статистикою у 2018 р. нараховувалось 775 самостійних АЗПСМ 295, де тільки 10 мали кабінети ЛЗПСМ.

Треба визнати, що на сьогодні разом із поширеністю впровадження надання ПМД ЛЗПСЛ виникають системні проблеми організаційного, функціонального, фінансового характеру, для вирішення яких потрібно опанувати набуття нового практичного досвіду. Досягнення ефективного балансу між державними гарантіями щодо безоплатної медичної допомоги й спроможністю держави покривати витрати на їх надання є наріжним каменем реформи в будь якій державі та в Україні зокрема [39, 40]. Розпочаті реформи характеризуються недостатньою системністю й наступністю та мають фрагментарний характер, що значною мірою пов'язано з політичним контекстом; відсутністю затвердженої стратегії реформування, яка враховує наявні та потенційні ризики при здійсненні перетворень; наявністю істотних прогалин у нормативно-правовому забезпеченні реформ, перш за все недостатнім їх погодженням із конституційними нормами, а також нестачею підготовлених фахівців у сфері управління змінами охорони здоров'я. Зазначене стосується Закону України «Про добровільне об'єднання територіальних громад» від 05.02.2015 № 157-VIII [96]. Обумовлена ним можливість місцевим органам влади мати субвенції на ПМД потребує визначення механізмів взаємодії ОТГ із системою ОЗ. Автори у своїх публікаціях вважають за доцільне створювати моделі організації та управління ОЗ у певних адміністративно-територіальних одиницях [49, 56, 88–89], які повинні забезпечувати надання якісної, своєчасної, результативної медичної допомоги населенню та підпорядковуватись вимогам національної системи охорони здоров'я й функціонувати відповідно до її стандартів. Такий підхід обумовлює передусім необхідність дотримання таких положень: визначення умов функціонування системи охорони здоров'я в аспекті її відповідності потребам населення та максимального використання наявних ресурсів для ефективного забезпечення медичними послугами.

При створенні регіональної моделі системи ОЗ кожна з її підсистем, у першу чергу, первинна ланка, мають враховувати результати вивчення динаміки

демографічних процесів, характеристики населення, його захворюваності та структури поширеності захворювань; наявність кадрового ресурсу [89, 141] (організаційний аспект); вміти опрацювати потік інформації, необхідної для визначення завдань і прийняття рішень (інформаційний аспект); в умовах кризи здійснювати раціональне планування діяльності на основі реальних ресурсів, що неможливо без аналітично-синтетичного аналізу інформаційного простору [127].

1.2. Етапи становлення

У період змін у системі охорони здоров'я суттєвого значення набуває такий інструмент дослідження, як соціологічне опитування населення. Суспільна думка забезпечує отримання суб'єктивної інформації про потребу населення різного віку та статі в певних видах медичних послуг. Результати таких досліджень, як свідчить чисельна кількість публікацій, розкривають широкі можливості для отримання обґрунтованих даних для прийняття тих чи інших організаційно-управлінських рішень. Важливою передумовою підвищення задоволеності населення медичною допомогою є усунення факторів, що призводять до незадоволеності [21, 57]. На сьогодні, коли акцент сучасної медицини переноситься на профілактичну діяльність, визначальними стають відомості щодо стану власного здоров'я і ставлення до його збереження. А тісна взаємодія із сімейним лікарем дає змогу якнайшвидше створити й забезпечити в місцях надання медичних послуг функціонування системи запобігання виникнення та розповсюдження найбільш поширених інфекційних і неінфекційних хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів.

Результати соціологічного дослідження допомагають у виявленні недоліків і розкривають перспективи отримання науково обґрунтованих підходів, спрямованих на найбільш ефективне використання наявних ресурсів. За результатами соціологічних досліджень формуються принципи вдосконалення системи охорони здоров'я для одержання доступної, якісної, результативної медичної допомоги. Окремої уваги потребують роботи, в яких висвітлюється аналіз

відповідей респондентів на запитання, присвячені вивченню проблемних аспектів ПМД, ставлення населення до цього виду допомоги [7, 27, 54]. Найбільший інтерес становлять соціально-демографічні, соціально-професійні, медико-організаційні, соціально-психологічні, управлінські, інформаційно-комунікаційні, нормативно-правові дослідження [8, 31, 77].

Варті уваги також роботи, в яких на основі узагальнених і дефрагментованих оцінок наводяться дані щодо задоволеності пацієнтів якістю амбулаторної допомоги, яка у середньому становить 58%–65% [115, 121, 126]. У публікації Т. Г. Светлічної (2012) подаються результати встановлених взаємозв'язків між основними критеріями якості ПМД та ступенем її задоволеністю [117]. Провідними виявилися умовно визначені як кваліфікаційний, організаційний та інформаційний критерії. За результатами опитування, кваліфікаційний критерій об'єднує понад 12 параметрів позитивних із 34 параметрів, що складає близько 36% задоволеності, організаційний критерій складається із 5 ознак задоволеності з 34 – відповідно 27% задоволеності. Маємо доволі низький відсоток задоволеності кваліфікаційним та організаційним фактором, що підтверджує наявну межу між «чутливістю» системи та потребами населення. Позитивні зрушення в системі ОЗ очікують від організації охорони здоров'я в окремих адміністративних територіях, де керівництво місцевих органів влади не лише враховує потреби населення, вимоги медичних працівників, але й має на це можливості.

Для визначення відповідних заходів щодо покращення медичної допомоги, в тому числі амбулаторної, та прийняття управлінських рішень мають значення результати опитування не тільки пацієнтів, але й медичних працівників, керівників закладів, працівників органів управління ОЗ, владних структур [3, 25, 137, 154]. Порівняльний аналіз виявлених даних дозволяє розпізнати сильні та слабкі сторони існуючої ПМД, її можливості та ризики в умовах ОТГ щодо реалізації та створення об'єктивно обґрунтованого стратегічного плану становлення та розвитку ПМД [10, 63, 130].

Децентралізація та урядові програми розвитку дають нові можливості закладам ПМД для реалізації заходів щодо профілактики та зниження захворюваності, інвалідності та смертності населення; організації в межах своїх повноважень підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації медичних і фармацевтичних працівників, удосконалення їх знань і практичних навичок; управління закладом ПМД. Створення ОТГ сприяє вирішенню ключових завдань з формування умов надання якісних і доступних послуг, в тому числі медичних, для забезпечення задоволення інтересів, потреб населення на певній території. Однак об'єктивна оцінка ситуації, що складається, дає підставу стверджувати, що при очікуваних перспективах організації ОТГ на рівні громад залишаються актуальними ряд проблемних питань, які мають системний характер. Як свідчать дані літератури, структурні диспропорції, недосконалість матеріально-технічного, кадрового забезпечення є серйозною перешкодою, що потребує суттєвих фінансових, трудових та інших витрат [11, 59, 120, 156]. Крім того, вирішення проблемних питань ускладнюється відсутністю достатнього досвіду діяльності служби та ефективності взаємозв'язку роботи всіх її ланок. З метою пошуку можливостей покращення якості та результативності надання медичної допомоги в літературі і раніше висвітлювалась обґрунтована необхідність володіння інформацією щодо ситуації в окремих адміністративних територіях [22, 127, 131, 142]. Тож розвиток системи охорони здоров'я на регіональному рівні, ПМД в тому числі, після вивчення проблемних питань подається за кількома варіантами. До них відноситься перерозподіл наявних ресурсів, скорочення вартості медичного обслуговування завдяки більш ефективному використанню ресурсів, покращенню якості медичної допомоги. Складність системи моделювання полягає в урахуванні таких чотирьох основних елементів: задоволеність населення якістю медичної допомоги, ефективність організації процесу надання медичних послуг, раціональне використання прибутку на обслуговування та фінансовий елемент «прибутковість». Нинішня система ОЗ, в якій об'єм її діяльності постійно розширюється, її комплексність і динамізм обумовлюють необхідність, у першу чергу, передбачати

сукупність раціонально підібраних організаційних заходів з їх спрямованістю на зміни ситуації на краще.

Особливий інтерес для організаційно-управлінських рішень мають питання подібності чи розбіжності (і з яких причин), стану здоров'я населення, даних діяльності медичної служби в порівняльному аспекті одних осередків з іншими та в цілому по країні. Специфіка району, області, регіону з притаманними їм особливостями визначає особливості епідеміологічного процесу на певній території, який залежить не тільки від самої системи охорони здоров'я, але й від соціально-економічних факторів [114, 123, 133], що вимагає системного підходу до управління службою ОЗ. Особливості регіону, в якому ми проводимо дослідження, диктують залучення комплексу методів, що забезпечують реалізацію шести напрямів для покращення роботи ЦПМСД, серед яких аналіз динаміки стану здоров'я населення з визначенням потреби в медичному обслуговуванні; виявлення факторів, що впливають на роботу ЦПМСД (соціологічні, епідеміологічні, санітарно-гігієнічні, рівень культури здоров'я, тощо) з визначенням із них керуючих та керованих з метою планування відповідних заходів; принципи наукової організації праці (розробка інформаційно-комунікаційної системи, раціоналізації розподілу кадрів тощо); оцінка ефективності надання допомоги з узагальненням результатів і досвіду роботи [157, 163]. Зазначене набуває особливої актуальності, якщо взяти до уваги, що система ОЗ стає все складнішою, інтегрованою у модель державного солідарного медичного страхування, яка враховує найкращі сучасні практики й досвід трансформації системи ОЗ. Основним джерелом фінансування оновленої системи ОЗ залишаються кошти Державного бюджету України, отримані із загальнодержавних податків. Бюджетні кошти на фінансування медицини розподіляються через новий, сучасний механізм стратегічної закупівлі медичних послуг. Відбувається перехід від фінансування постатейних кошторисів закладів ОЗ – бюджетних установ, розрахованих відповідно до їх існуючої інфраструктури (кількості ліжок, персоналу тощо), до оплати результату (тобто фактично пролікованих випадків або приписаного населення) закладам, які перетворюються на автономних постачальників цих послуг. У такий спосіб, було запроваджено

принцип «гроші ходять за пацієнтом», а не за інфраструктурою закладів ОЗ та іншими надавачами послуг.

До того ж треба враховувати, що з розвитком науки, появою сучасних технологій діагностики та лікування спостерігається зростання вартості медичного обслуговування в усіх країнах та, зокрема, в Україні. Це спонукає до перегляду наявних концепцій організації МД, пошуку вдосконалених форм і методів діяльності в галузі ОЗ, особливо на рівні надання ПМД. За сучасних умов до процесу їх реалізації залучаються місцеві органи влади. Отже, при недостатньому фінансуванні системи ОЗ та розбалансованості наявних ресурсів, імовірно, можна досягти позитивних зрушень на місцях. А головне, стає можливим перерозподіляти витрати на користь профілактики [43, 47, 91, 170].

Одночасно із впровадженням у практичну медицину передбачених реформою змін виникає багато нових питань. Зазначене цілком зрозуміло й виправдано, оскільки перетворення системи надання МД, що функціонувала понад 70 років, в тому числі в Україні з періоду її незалежності, надзвичайно тісно пов'язане із суб'єктивними та об'єктивними факторами. Має значення менталітет суспільства, ставлення населення до стану власного здоров'я, системи ОЗ в цілому і до реформи зокрема. Також важлива державна політика щодо галузі, підтримка програм модернізації, що потребує нормативно-правового регулювання, перегляду системи фінансового забезпечення медичної галузі в складних для країни соціально-економічних умовах [36, 52, 78, 169].

1.3. Реорганізація

Вищевикладене дає підставу зробити такий підсумок. Ефективність системи ОЗ в цілому досягається рівнем взаємодії медико-соціальної, економічної ефективності регіонального управління. Автори підтверджують, що муніципальна система ОЗ є фундаментальною основою національної системи [11, 29, 57, 166]. Водночас у Васильківському районі спостерігається брак належного сучасного адміністрування та менеджменту у сфері ОЗ, що стоїть на заваді запровадженню

широко застосовуваних нових вискоелективних моделей організації МД, які мають базуватися на принципах доказового управління, що негативно відображається на ефективності використання ресурсів. У цьому регіоні маємо проблему значної зношеності основних фондів, відчутного відставання медичної інфраструктури та вітчизняної клінічної практики від вимог сучасних європейських і світових стандартів, від чого страждає якість надання послуг.

Більшість авторів дотримується думки, що рішення щодо особливостей медичного обслуговування населення на конкретній території повинні прийматися на регіональному рівні [28, 70, 122]. За таких умов можна чітко визначити медичні й соціальні проблеми, що пов'язані між собою, та забезпечити можливість отримання доступної МД, якої потребує населення у відповідному об'ємі, своєчасно і в зручному місці. Такий підхід дає можливість швидко реагувати на реальні потреби певних, у т.ч. нечисельних, категорій населення, адже принципово важливо, щоб організаційно-функціональна структура МД, особливо первинної, відповідала реальній медико-демографічній ситуації. Віково-статевий склад різних соціальних верств населення, особливості стану їхнього здоров'я, структура причин звернень, госпіталізації, рівень інвалідності, смертності та їх причини вказують на важелі, що потребують регулювання. Найбільшу тривогу своєю незадоволеністю організацією амбулаторно-поліклінічної допомоги викликають сільські жителі. Відповідно до аналізу на таких територіях однією з провідних причин незадоволеності населення отриманням ПМД залишається ступінь доступності МД. Особливо це стосується вузьких спеціалістів, отримання направлення на консультацію; незадоволеність діагностичною службою [12, 48, 51, 72]. Ситуація загострюється тим, що вікова структура сільського населення з роками змінюється в бік зростання чисельності осіб похилого віку, серед яких вищі показники захворюваності поліорганного характеру, що гостро ставить перед органами ОЗ завдання налагодження організації відповідної МД в умовах сільської місцевості. Така можливість найбільш реальна саме з наданням її на засадах сімейної медицини, а також із залученням ОТГ до вирішення проблем, коли з урахуванням територіальних особливостей органами влади на місцях можуть прийматися

оптимальні організаційно-управлінські рішення. Органи місцевого самоврядування матимуть змогу спрямовувати кошти місцевого бюджету (у разі рішення відповідних громад) на управління та розвиток комунальних закладів ОЗ, зокрема на придбання медичного обладнання та інші капітальні видатки. Крім того, місцева влада зможе витрачати кошти місцевих бюджетів на оплату для мешканців громади додаткових медичних послуг, що на сьогодні не входять до державного гарантованого пакета медичної допомоги (тобто розвиток медичного обслуговування).

За органами місцевого самоврядування також буде закріплено функцію забезпечення громадського здоров'я на місцевому рівні, пов'язану зі збереженням та зміцненням здоров'я мешканців громади, у т.ч. дитячого населення, профілактикою захворюваності.

Організація МД дитячому населенню, особливо при наданні ПМД, залишається надзвичайно актуальною, а в період реформування первинної ланки постає проблема вибору населенням ЛЗПСЛ. Як свідчать дані літератури, частіше перевага віддається ЛЗПСЛ для всієї родини, але це зазвичай є лікарі-педіатри, лікарі-терапевти, які отримали спеціалізацію за фахом ЗПСМ і їм доволі складно перекваліфікуватися на практиці в такі короткі терміни [46, 112, 136, 137]. Виникає гостра необхідність у широкій підготовці згідно з кваліфікаційною характеристикою ЛЗПСЛ як лікарів, так і середніх медичних працівників для забезпечення належною допомогою членів усієї родини. Найбільш оптимальним варіантом слід вважати укладання договорів окремо для обслуговування дорослих з ЛЗПСЛ (у минулому – терапевтом) та дітей з ЛЗПСЛ (у минулому – педіатром) за їх наявності на перехідний період. Маємо вже підготованих і доволі кваліфікованих ЛЗПСЛ, які укладають декларації відразу з членами всієї родини й допомагають іншим медичним працівникам ефективно працювати на засадах ЗПСМ. Порівняльний аналіз публікацій, присвячених актуальним питанням організації ПМД дорослим і дітям, через опитування їх близьких, вказує на однотипність проблемних питань, частоти та причин незадоволеності наданою допомогою, а саме – фінансовою

незахищеністю пацієнтів, низькою якістю та ефективністю послуг, неефективним витрачанням бюджетних коштів. Неефективність витрачання коштів пов'язана передусім з їх витрачанням не за принципом «гроші ходять за пацієнтом», а за принципом «гроші ходять за інфраструктурою» [38, 83, 108].

Вищевикладена інформація доводить, що дисфункціональність діючої системи спричинена специфікою її організації та фінансування. На сьогодні в Україні діє командно-адміністративна модель ОЗ. Заклади ОЗ є бюджетними установами та перебувають у власності держави або територіальних громад. Кошториси доходів і витрат цих закладів затверджуються тими самими органами влади, у власності яких вони перебувають, в результаті чого органи влади отримують стимул діяти в інтересах відповідних закладів, а не в інтересах конкретного пацієнта. Фінансування зазначених закладів здійснюється за жорстким постатейним кошторисом на основі застарілих інфраструктурних нормативів. Це позбавляє керівників закладів ОЗ управлінської гнучкості та не сприяє мотивації до покращення результату, до переліку якого входить матеріально-технічне оснащення, кадрове забезпечення, особливості навколишнього середовища з характером виробництва та факторами впливу. Перехід на нову систему закупівель медичних послуг супроводжується створенням і постійним удосконаленням сучасної платформи для збору й обміну медичною та фінансовою інформацією в електронному вигляді. Така електронна система дозволить реалізувати принцип «гроші ходять за пацієнтом», а також аналізувати ситуацію зі станом здоров'я населення, щоб оперативно розробляти оптимальний план закупівлі медичних послуг і найбільш ефективно витратити кошти. Ця система також відкриє можливість для створення «єдиного медичного простору» – координації та інтеграції між рівнями МД, і для запровадження нової системи управління якістю послуг. Тобто системний аналіз регіональної системи ОЗ слід вважати базовим елементом її розвитку [45, 119, 128].

1.4. Реформа адміністративно-територіальних районів

За результатами вивчення інформаційних ресурсів було встановлено, що на тлі достатньо успішної реалізації інституту ЛЗПСЛ на місцях більшістю авторів визначаються загальні проблеми, що заважають інтенсивності процесу швидкого розвитку та реалізації на місцях ЗПСМ [14, 24, 72, 174], а саме: недосконалість нормативно-правової та методичної бази, що регламентує роль і місце амбулаторної допомоги на засадах ЗПСМ, не доопрацьовані маршрути пацієнтів з іншими медичними установами, нестача медико-технічного оснащення. Особливу увагу автори приділяють значенню ступеня впровадження, використанню в клінічній практиці новітніх технологій, можливості надання спеціалізованої допомоги в медичних закладах, що надають ПМД, шляхом введення штатних посад лікаря-стоматолога, лікаря-гінеколога, лікаря медицини невідкладних станів, лабораторних методів обстеження, рентгенографії та оптимізації медичних маршрутів пацієнтів між окремими її рівнями. Саме на це вказують у своїх роботах О.І. Сердюк та ін. (2018), Н.В. Зайцева. (2013) [40, 119, 137].

У публікаціях останніх років суттєва увага приділяється проблемі формування регіональної моделі системи ОЗ [11, 79, 146]. Методологічні принципи, які враховують економіко-географічні особливості регіону, потребу населення в різних видах МД, його демографічну структуру та характер розселення, транспортну інфраструктуру, матеріально-технічний рівень забезпечення служби ОЗ, зберігають свою актуальність при створенні функціонально-організаційної моделі медичного забезпечення конкретної території [20, 87, 125, 134]. У зв'язку із зазначеним дедалі більшою стає потреба пошуку внутрішніх ресурсів для підвищення результативності регіональної системи ОЗ. З точки зору авторів (І. В. Духаніна), застосування таких методів менеджменту галузі ОЗ, як управлінського, виробничого та кадрового, дозволить аналізувати діяльність лікувально-профілактичного закладу [36, 116, 134]. Водночас МД може бути охарактеризована такими універсальними критеріями, як об'єм, інтенсивність, складність, якість та результат, проте лише оцінка останніх двох дає змогу врахувати інтереси одночасно медичних працівників та пацієнтів.

Тамкож не можна не підкреслити значення персоналізованої оцінки роботи медичних працівників як методу підвищення саме результативності надання допомоги. Автори пропонують оцінювати інтенсивність лікарської діяльності з розрахунком коефіцієнта інтенсивності обстеження, лікування та медикаментозної допомоги [9, 85].

У сучасних умовах, як зазначається в літературі (Н. Г. Коршевер, 2013), доцільно досліджувати не тільки фактори, що впливають на здоров'я населення, але й визначати місце і фактори впливу різних векторів суспільства, які сприяють збереженню здоров'я [56]. Положення підкреслює значення міжсекторальної взаємодії з питань ОЗ населення, де найбільш важливою є роль посадових осіб – голів адміністрацій та керівників ОЗ відповідного адміністративного осередку. Саме на них покладається здійснення керуючої та координуючої функцій. Тому на сьогодні важливим є процес формування в керівників, зацікавлених та відповідальних виконавців відповідної мотивації щодо міжсекторальної взаємодії. Варто зазначити, що до найбільш вагомих споріднених сфер, тобто на які припадає найбільша питома вага фінансування місцевого бюджету, відносяться економічна, соціальна, освітня, суспільна.

За результатами вивчення інформаційних джерел стало можливим визначитися щодо основних напрямів модернізації системи ОЗ в регіоні, вони збігаються з визначеними пріоритетами на національному рівні. Вирішення потребують системні питання, що дозволить системі ОЗ в Україні наблизитись до сучасного рівня допомоги, переорієнтувати профілактичну, реабілітаційно-відновну спрямованість ПМД [37, 60, 99, 132]. Для усунення диспропорції в існуючій системі ОЗ при обмежених економічних ресурсах основний напрям наших досліджень зосереджений на розробленні ефективної моделі ПМД; це є основою наукової і практичної значущості в переході на сімейну медицину на рівні територіальних громад.

Сьогодні без чітко налагоджених сучасних інформаційно-комунікаційних систем, у тому числі на рівні ПМД, неможливе забезпечення ефективного

функціонування МД. З такими технологіями вносяться певні вдосконалення в роботу стандартних служб ОЗ. Глобальна стратегія ВООЗ «Здоров'я для всіх» зобов'язує країни-члени, до яких входить й Україна, до її реалізації щодо забезпечення ефективного управління якістю МД і постійного її підвищення [164, 180]. Оскільки Україна перебуває лише на етапі формування комунікаційних стратегій у системі громадського здоров'я, в інформаційних ресурсах широко аналізуються та обговорюються основні переваги й перспективи використання сучасних комунікаційних технологій у галузі ОЗ з метою підвищення ефективності та доступності медичного обслуговування населення, залучення його до участі в профілактиці та до лікування хвороб; скорочення адміністративних витрат; оптимізації діяльності ПМД [130, 141, 145]. Слід зазначити, що нові інформаційні технології, системи сприймаються як комплекс методологічних прийомів, технічних засобів та алгоритмів керування, призначених для збору, зберігання, обробки й передачі інформації з питань МД, контролю її якості на різних рівнях управління [138, 147, 153]. У роботах вказується на необхідність формування та впровадження багаторівневих комунікаційних стратегій, що передбачають розкриття суті стратегій у засобах масової інформації на державно-політичному рівні, медіа-компанії на місцевому, соціальний маркетинг на рівні громади, цільові повідомлення на рівні групи і спеціальні повідомлення на індивідуальному рівні [177]. Тобто науково-технічний прогрес впевнено входить у практику роботи лікувально-профілактичних закладів, їх взаємодії та взаємовідносин, діяльність лікарів із формуванням системи комунікацій, яка стає більш пацієнторієнтованою, а також у життя пацієнтів у широкому контексті їх спілкування та отримання медичних послуг.

Інноваційні технології та інноваційна політика в системі ОЗ надзвичайно багатоаспектні, й наше сьогодення тісно взаємодіє з таким напрямом, як електронна система охорони здоров'я. В сучасних умовах не тільки перспективним, але й реальним для ЛПЗ є практичне використання комп'ютерної підтримки діяльності лікаря. Забезпечується якісно новий рівень амбулаторної допомоги при збереженні інформації в електронній базі даних щодо динаміки стану здоров'я конкретного пацієнта [35, 72]. За таких умов стають можливими стандартизована система

аналізів та прийняття оперативного рішення в лікувально-профілактичному процесі. Для пацієнта реалізується швидкий, безпечний та адекватний вибір тактики лікування, профілактики, реабілітації. Для організаторів ОЗ стають можливими узагальнення та систематизації медичних послуг, здійснення клінічного аудиту, якому надається дедалі більше уваги. Тобто програмне забезпечення модернізує клінічну практику в цілому, а профілі ЛЗПСЛ у медичній інформаційній системі (МІС) закладу дають можливість оцінити його якість та здійснити контроль для адміністрації [44, 172].

Окремим напрямом є впровадження нових або вдосконалення наявних медичних технологій діагностики, лікування та реабілітації шляхом втілення в клінічну практику результатів наукових розробок [24, 50, 159]. Зазначена складова є однією з провідних частин оцінки якості медичних послуг, і забезпечення цього процесу потребує організації, управління механізмом інформаційного супроводу. Існує постулат, що без належної уваги до наукової інформації не існує ефективної інноваційної діяльності, на цьому наголошують у публікаціях Е. М. Горбань, А. Р. Уваренко, П. Р. Петрашенко (2001) [24]. Вони подають схему-модель інноваційного процесу, в якій виділяють комунікаційні та інформаційні перешкоди, до яких відносяться формування засобів передавання інформації про пропозицію та організацію інноваційного процесу. Автори пропонують схему системи наукової комунікації інноваційних процесів в ОЗ. Розробку та супровід інноваційних процесів в ОЗ покладено на Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи МОЗ України.

Важливо конкретизувати взаємовідносини між діяльністю Українського центру наукової медичної інформації та інституції сімейних лікарів в частині забезпечення лікарів комплексною автоматизацією роботи медичного закладу; можливості вибору тієї медичної інформаційної системи, яка буде максимально підлаштована під потреби медичного закладу для участі в медичній реформі (закріплення пацієнтів за лікарями, реєстрація декларацій з пацієнтами);

можливостей моніторингу та складання управлінської статистики для керівників; формування поточної звітності та статистики.

Якість надання МД безпосередньо пов'язана з володінням медичними працівниками знаннями про сучасні методи діагностики, лікування й методи ефективного скринінгу, спрямовані на виявлення груп ризику розвитку найбільш поширених і соціально значущих захворювань, та впровадженням цих знань у практику. Ключовим елементом вирішення проблемного питання є створений реєстр груп ризику приписного населення на засадах галузевих нововведень відповідно до чинних наказів МОЗ України та НАМН України. Вони є флагманом нової системи наукової комунікації в інноваційній діяльності щодо реалізації інноваційної політики. Ефективною системою формування засобів наукової інформації слід також вважати видання інформаційно-методичної літератури (інформаційні листи, методичні рекомендації). До інформаційних змін у системі центрів ПМД (а саме відділів з покладеними на них обов'язками збору, обробки, звітності медичної діяльності, що потребують ресурсів), відносяться інші наукові публікації, які поширюються в офіційних джерелах України, що дозволяє швидше орієнтуватися в забезпеченні потреби ринку медичних послуг серед населення [16, 37, 150]. Слід визнати, що інформацію варто використовувати лише з перевірених і реально існуючих інформаційних джерел. В умовах сьогодення повинні відбутися структурно-функціональні трансформації. Укріплення їх відповідною матеріально-технічною базою з належним ресурсом дозволить створити інформаційно-комунікаційний центр, співробітники якого виконуватимуть організаційно-управлінські функції підтримки внутрішніх та зовнішніх взаємозв'язків, а також медичного інформаційного простору в цілому. У такий спосіб, стане можливим вирішення проблеми забезпечення системи ПМД науковою інформацією, яка відповідає теперішньому часу, що нині набуло особливої актуальності. За таких умов реальною є можливість якісного надання медичних послуг населенню незалежно від місця проживання, оскільки створюється платформа для втілення електронної системи охорони здоров'я. Це стосується зокрема, послуг телемедицини, дистанційного навчання при професійній освіті

та підвищенні кваліфікації із ЛПЗ різних рівнів, дистанційного обміну інформацією між пацієнтами та лікарями тощо [131, 161, 165, 167]. Перспективним розцінюється втілення в практику електронної документації, що сприятиме контролю якості медичної допомоги на всіх рівнях та моніторингу стану здоров'я населення. Якщо за кордоном вже є певний досвід такої роботи та починає діяти система електронних медичних послуг, то в Україні вона тільки створюється й намагається розвиватися, для чого потрібні певні умови [35, 50, 151]. Вже на сьогодні достатнього поширення набувають нововведення в діяльність реєстратур, які, за даними опитування населення, завдяки електронній системі запису на прийом до лікаря дозволили зменшити черги в коридорі, що позитивно впливає на показники захворюваності на ГРВІ та інші інфекційні хвороби. Проте у зв'язку з різними причинами, в тому числі низькою цифровою грамотністю, особливостями звичок населення, чільного місця електронний запис у практиці ще не посів. Здебільшого ще зберігаються два варіанти запису (електронний та паперовий), що ускладнює роботу, призводить до недотримання часу прийому й компрометує нововведення. До того ж це нововведення не однозначно сприймається й медичними працівниками [9, 105, 160]. На підставі цього виникають нові питання, вирішення яких також пов'язане з одним із напрямів комунікаційних стратегій. Відомо, що досягнення будь-яких змін у системі ОЗ неможливе без розуміння та підтримки з боку населення й медичних працівників. Актуальним є формування нових, сучасних настанов поведінки, медичної грамотності та культури. Із цим пов'язана необхідність підтримки зворотного зв'язку для оцінки реакції цільових аудиторій [4, 54, 144, 152]. Ситуація вимагає модернізації просвітницької діяльності, подання виваженої та достовірної інформації на всіх рівнях комунікації. Важливим елементом є й фахова компетентність, оскільки цього вимагає поширення інноваційної складової ОЗ [25, 104, 143, 162].

Окремим аспектом виступає значення рівня обізнаності населення з основними положеннями медичної реформи. Саме такою назвою привертає увагу публікація С. М. Грищука (2018) [27]. У роботі автор достеменно доводить пряму залежність між рівнем обізнаності населення й медичних працівників, доступності,

задоволеності медичною допомогою із впровадженням змін на первинному та вторинному рівнях [38, 123]. Ролі комунікаційних процесів у період структурно-функціональних змін у галузі, готовності та спроможності відтворити зміни на регіональному рівні, здатністю скористатися автономізацією, комунікаційні системи ОЗ, їх роль та застосування на практиці [63, 122, 168].

Інформаційна завантаженість, щорічне зростання інформаційних потоків із даними з питань діагностики, лікування диктують необхідність систематичного підвищення професійного рівня. До цього спонукає також зростання обізнаності пацієнтів і громадян з питань медицини завдяки мережі «Інтернет». У сучасний період ресертифікації медичної практики, коли на рівні первинної допомоги має значення не лише високий рівень компетенції ЛЗПСЛ для надання високоякісної допомоги, але й мультидисциплінарний принцип її забезпечення, актуальним постає безперервна професійна підготовка. Особливостям процесу навчання, яке дозволяє лікарям дотримуватися стандартів у своїй діяльності, присвячена значна кількість публікацій, у яких чітко простежується, що нові умови й потреби забезпечуються новою системою професійної підготовки [4, 107, 171, 179]. Водночас із практично однаковим значенням у рамках стандарту навчального процесу слід розглядати таке складне питання як його стандартизація та контроль за ним. Орієнтація спеціалістів на пацієнта – принцип, який обговорюється в літературі [12, 176, 180].

Висновки до розділу 1

За результатами вивчення публікацій за темою дослідження стає очевидним, що процес формування надання ПМД на засадах сімейної медицини практично перейшов у процес свого становлення, свідченням чого є дані офіційної статистики. Залишаються особливості забезпечення в регіональному аспекті, спостерігаються вони в розрізі окремих верств населення. Актуальними передусім є нестача кадрів та їх професійна підготовка. Суттєву проблему становить організація допомоги дитячому населенню, при організації допомоги яким виникають загальні та локальні запитання [173, 178]. Вирішення їх ґрунтується на співпраці лікарів-педіатрів

із ЛЗПСЛ, тобто є потреба підготовки кадрів, яка набуває нових форм безперервної підтримки підвищення кваліфікації медичних працівників різних рівнів. Нові принципи надання ПМД вимагають відпрацювання моделей її організації, передусім на окремих територіях. Створення моделей із доведеною дієздатністю сприятиме становленню загальної національної системи, у т.ч. міждисциплінарного підходу. Обумовлює потребу функціонально-організаційних змін з урахуванням адміністративних територій і процес децентралізації. В умовах регіону при створенні ОТГ перед органами ОЗ, владними структурами постають питання, пов'язані із забезпеченням доступності, якості, ефективності ПМД з її орієнтацією на профілактику. Модель ПМД повинна реагувати на зміни, що відбуваються в суспільстві, удосконалюватись відповідно до сучасних соціально-економічних умов, територіальних перетворень і науково-технічного прогресу. В першу чергу це вдосконалення має відбуватися на рівні АЗПСМ, оскільки вони є найближчою медичною ланкою до отримання допомоги ЛЗПСЛ. Актуальним є опрацювання внутрішніх і зовнішніх взаємозв'язків медичних закладів, оптимальних маршрутів пацієнтів на всьому шляху надання медичних послуг [175, 181]. Реалізація на практиці пацієнт-орієнтованого принципу, який потребує залучення різноманітних стандартних і сучасних засобів, можливостей і знань, повинна скласти основу моделі ПМД на засадах сімейної медицини.

Вищевикладене мотивувало вибір напряму дослідження та комплекс заходів, що супроводжують і ведуть до досягнення бажаних кінцевих результатів.

РОЗДІЛ 2

ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ Й МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Дисертаційна робота була ретельно спланованою та здійснювалася за спеціально розробленою програмою (рис. 2.1), виконання етапів якої дозволило вирішити завдання дослідження та досягти поставленої мети.

Об'єктом дослідження став стан організації надання ПМД населенню Васильківської, Глевахівської, Феодосіївської, Гребінківської ОТГ, структурні підрозділи яких входять до спроможної мережі нашого Центру, а його **предметом** – сучасні тенденції захворюваності та поширеності хвороб; задоволеність населення, медичних працівників ПМД організацією її надання; проблеми та шляхи вдосконалення моделі організації роботи ЦПМСД для обслуговування населення ОТГ.

Науковою базою для виконання дослідження стали заклади охорони здоров'я, що надають ПМД населенню ОТГ (всього 51 ЗОЗ ЗПСМ). Для суцільного дослідження (ретроспективного аналізу офіційної статистичної звітності за показниками захворюваності та поширеності хвороб серед різних верств населення) – Київська область, Васильківський район, значення показників у цілому по Україні.

Для вирішення поставлених у дослідженні завдань на кожному з етапів роботи було сформовано методичний апарат дослідження (табл. 2.1). До переліку використаних методів увійшли:

– *системний підхід* – для комплексного вивчення передумов і проблемних аспектів обґрунтування вдосконалення організації роботи ЦПМСД у нових умовах децентралізації;

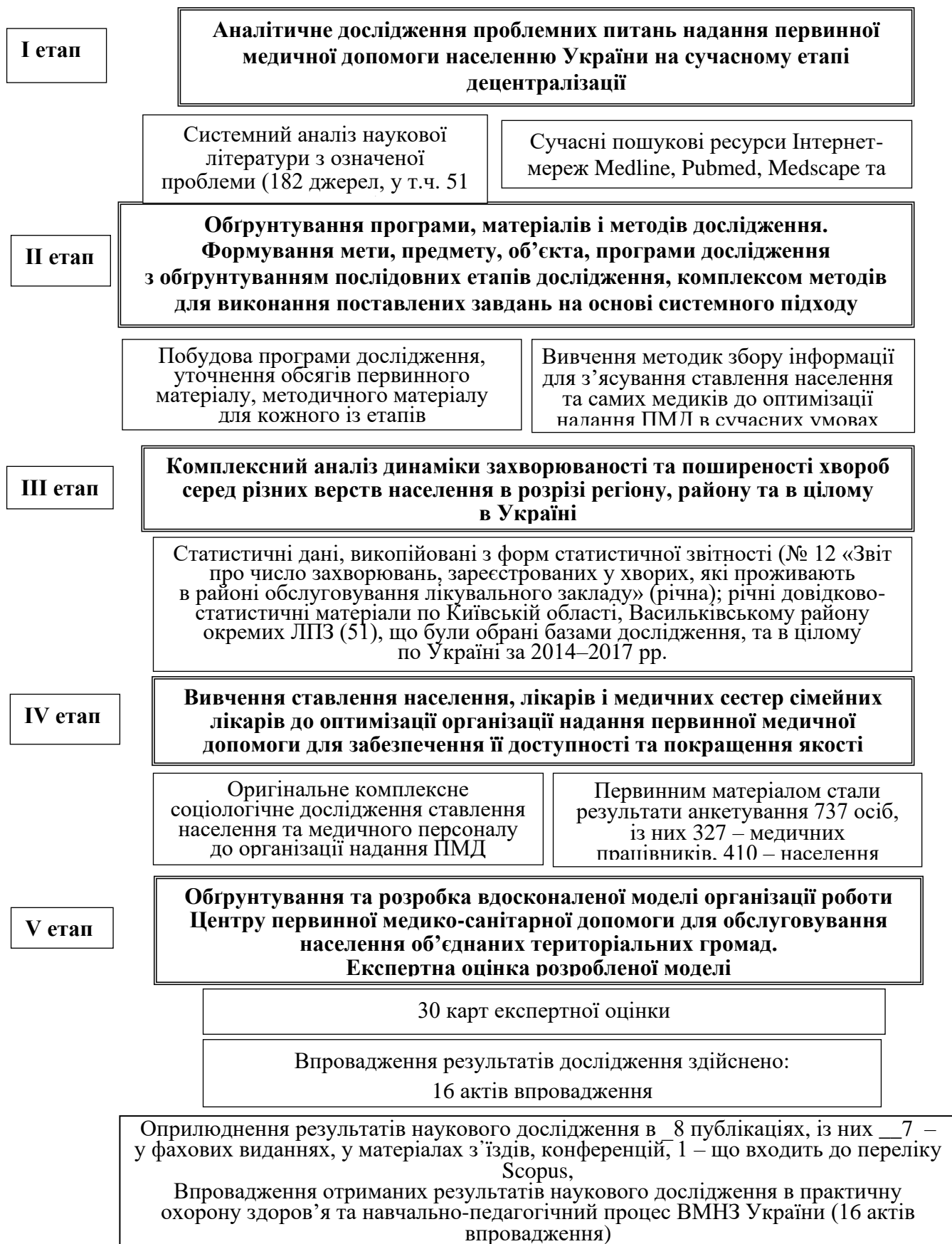


Рис. 2.1. Програма, матеріали та обсяги дослідження на кожному з етапів

– *бібліосемантичний* – для вивчення літературних та електронних наукових ресурсів з оприлюднення результатів пріоритетного розвитку ПМД, впровадження сімейної медицини для обґрунтування вдосконаленої організації роботи ЦПМСД у нових умовах децентралізації для обслуговування населення ОТГ;

– *медико-статистичний* – для аналізу медико-статистичних показників та отриманих статистичних даних на всіх етапах наукового дослідження (захворюваності, поширеності, результатів соціологічного дослідження, визначення обсягу спостережень у соціологічних та експертних дослідженнях, оцінки достовірності їх результатів);

– *епідеміологічний* – для вивчення стану здоров'я населення, його вікових особливостей з урахуванням території проживання;

– *аналітико-синтетичний* – для виявлення взаємозв'язків між показниками стану здоров'я та різними факторами (стать, вік та місце проживання) у поєднанні з відомостями про результати опрацювання анкет опитування;

– *соціологічний* – для вивчення ставлення населення (пацієнтів), медичних працівників, які безпосередньо залучені до надання ПМД, сучасних підходів оптимізації організації надання ПМД;

– *контент-аналізу* – для якісного, кількісного аналізу діючих медико-технологічних і нормативно-правових документів щодо надання первинної медичної допомоги населенню об'єднаних територіальних громад;

– *порівняльного аналізу* – для виявлення тенденцій і характеру процесів на основі узагальнення медико-статистичної інформації про стан здоров'я населення в динаміці;

– *концептуального моделювання* – для розробки вдосконаленої моделі організації роботи ЦПМСД для обслуговування населення ОТГ;

– *організаційного експерименту* – для апробації та впровадження інноваційних елементів удосконаленої моделі організації роботи ЦПМСД для обслуговування населення ОТГ;

– експертних оцінок – для отримання експертної оцінки стану, проблем і дієвості обґрунтованих інновацій удосконаленої моделі організації роботи ЦПМСД для обслуговування населення ОТГ.

Таблиця 2.1

Методичний апарат дослідження

Методи дослідження	Етапи дослідження
Системного підходу	I–V
Бібліосемантичний	I, II
Медико-статистичний	II–V
Епідеміологічний	III
Аналітико-синтетичний	III
Порівняльного аналізу	III
Соціологічний	IV
Контент-аналізу	I, II, V
Концептуального моделювання	V
Організаційного експерименту	V
Експертних оцінок	V

Програма дослідження передбачала виконання п'яти послідовних етапів, на кожному з яких вирішувалися поставлені завдання так, щоб отримані результати попереднього етапу ставали основою для реалізації наступних.

Виконання завдань **першого етапу** дисертаційної роботи потребувало критичного системного осмислення даних вітчизняної та зарубіжної літератури щодо пріоритетних напрямів роботи ЦПМСД, організації надання ПМД в ОТГ Київської області (Обухівського, Фастівського, Білоцерківського районів). Вивчення

відбувалося на підставі бібліосемантичного методу з використанням наукових джерел (151 кирилицею, 31 латиницею). Аналізувалась також чинна нормативно-правова база, починаючи зі схваленої Урядом концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я із впровадження державного гарантованого обсягу медичної допомоги зі створенням та організацією роботи НСЗУ та ін. Проаналізовано висновки наукових робіт, присвячених регіональним особливостям пріоритетного розвитку ПМД на засадах ЗПСМ, особливо в сільській місцевості, мешканці якої є найбільш уразливими з точки зору доступності медичного забезпечення, кадрового забезпечення ЗОЗ. Проаналізовано результати заходів з обміну досвідом на місцевому рівні, які було проведено шляхом опитування різних груп населення, – мешканців регіонів, де працюють медичні працівники нашого закладу, а також самих медичних працівників щодо надання ПМД на засадах ЗПСМ в Україні.

На I етапі наукового дослідження були використані методи: системного підходу, бібліосемантичний та контент-аналізу. Відбір наукової інформації для поглибленого аналітичного дослідження здійснений із додатковим використанням ресурсів Інтернету (мереж Medline, Pubmed, Medscape та ін.).

Другий етап роботи присвячено розробці програми наукового дослідження з обґрунтуванням його мети та завдань, об'єкта й предмету; сформовано методологічний інструментарій дослідження, основою якого став системний підхід.

На II етапі роботи використані методи: системного підходу, бібліосемантичний, медико-статистичний та контент-аналізу.

Третій етап роботи був присвячений вивченню динаміки захворюваності, поширеності хвороб серед населення Київської області та Васильківського району та порівнянню даних із показниками в цілому по Україні. Медико-статистична інформація оцінювалася в порівняльному аспекті, щоб відповідно до завдань і мети дослідження досягти розуміння щодо подібності чи відмінності стану здоров'я дитячого та дорослого населення на окремих адміністративних територіях. Особливістю роботи стало виявлення частоти й характеру змін показників не лише

за окремими класами хвороб, але й за найбільш поширеними нозологічними формами. Зазначимо, що прицільному вивченню підлягали класи хвороб, які посідали перші п'ять місць згідно з аналізом статистичної звітності закладу за останні три роки, а саме – хвороби органів дихання, серцево-судинні хвороби, хвороби органів травлення, хвороби ендокринної системи, хвороби кістково-м'язевої системи.

Для виявлення особливостей динаміки захворюваності та поширеності відповідно на класи хвороб органів дихання, серцево-судинних хвороб, хвороб органів травлення, хвороб ендокринної системи, хвороб кістково-м'язевої системи обрано 2014–2017 рр. Джерелом інформації дослідження слугували дані державних і галузевих статистичних звітів медичних закладів МОЗ України, викопійовані з форми № 12 «Звіт про число захворювань, зареєстрованих у хворих, які проживають в районі обслуговування лікувального закладу» (річна), затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 10.07.2007 № 378 (зі змінами, внесеними згідно з наказом МОЗ України від 17.06.2013 № 511). Використовувались також річні довідково-статистичні матеріали по Київській області, Васильківському району та окремих ЛПЗ, що були обрані базами дослідження. Отримані абсолютні цифри та спеціальні показники були зведені в таблиці.

Вивченню підлягало як доросле, так й дитяче населення; воно проводилось у розрізі статі, віку та місця проживання. Аналіз показників стану здоров'я населення проводився в групах за віком (населення дитяче до 0–17 років, населення доросле працездатного та старше працездатного віку), за статтю та місцем проживання (міське та сільське). При оцінці здоров'я дитячого населення виділялися діти 0–14 років та підлітки (15–17 років) з урахуванням їх місця проживання (мешканці міст, сіл). Крім того, для більш глибокого аналізу статистичні показники доповнювались вивченням медичних карток амбулаторного хворого (частоти та характеру звернень), а також інформацією, отриманою в результаті опитування.

У процесі дослідження вивчалась також динаміка структури населення, здоров'я якого досліджувалося в даній роботі. Загальна кількість населення, яке підлягало вивченню, становила:

Всього населення	Дорослі					Діти			
	всього	чоловіків	у т.ч. 60 р. і старше	жінок	у т.ч. 57 р. і старше	0–17 р.	0–14 р.	до 1 р.	15–17 р.
85454	66 635	32 332	10 359	34 303	15 120	18 782	15 467	871	3 315

З них: міського населення – 54296, мешканців сільської місцевості – 31158.

Методичний апарат третього етапу включав системний підхід, епідеміологічний та медико-статистичний методи, а також аналітико-синтетичний, порівняльний аналізи. Характеристика отриманих даних здійснювалася за допомогою стандартних методів статистики. При вивченні варіаційних рядів та оцінки динаміки захворюваності й поширеності залучалась класична система показників (абсолютний ріст, зменшення, темп приросту, скорочення), коефіцієнт варіації (Cv).

Абсолютний приріст – розраховується як різниця між двома рівнями ряду:

$$\Delta y = y_i - y_{i-1} \text{ – ланцюговий;}$$

$$\Delta y = y_i - y_0 \text{ – базисний.}$$

Він показує, на скільки одиниць в абсолютному вираженні рівень одного періоду більший або менший за попередній рівень. Отже, може бути як зі знаком +, так і - (зі знаком - – абсолютне зниження). Абсолютний приріст може бути і відносною величиною, якщо ряд складається з відносних величин.

Коефіцієнт росту – відносний показник, що характеризує відношення певного рівня до рівня, прийнятого за базу порівняння.

$$K = \frac{y_i}{y_0} \text{ – базисний; } K = \frac{y_i}{y_{i-1}} \text{ – ланцюговий.}$$

Він показує, у скільки разів рівень певного періоду більший або менший за базисний рівень.

Базисним (тобто тим, з яким порівнюють) залежно від мети дослідження може прийматися або якийсь постійний для всіх рівень (часто початковий рівень ряду) – постійна база, або для кожного рівня – той, що йому передує, – змінна база.

Коефіцієнт росту, виражений у відсотках, називається темпом росту.

$$K = \frac{y_i}{y_0} \cdot 100\% \text{ – базисний; } K = \frac{y_i}{y_{i-1}} \cdot 100\% \text{ – ланцюговий.}$$

Темп приросту характеризує абсолютний приріст у відносних величинах – відносний показник, що показує, на скільки відсотків один рівень більший (або менший) за базисний рівень. Розраховується як процентне відношення абсолютного приросту до того базисного рівня, порівняно з яким абсолютний приріст розрахований. Частіше його обчислюють шляхом віднімання 100% із темпу росту:

$$T = K - 100\%, \quad T = \frac{\Delta_i}{y_{i-1}}.$$

Абсолютне значення 1% приросту дорівнює сотій частині попереднього рівня:

$$A = \frac{\Delta_i}{T_i}, \quad A = \frac{y_{i-1}}{100}.$$

Після встановлення середньої величини (x , M_0 , M_c) виникає питання, наскільки індивідуальні значення ознаки відрізняються між собою та від середньої. Для цього розраховують показники варіації.

Варіацією ознаки називають різницю в числових значеннях ознак одиниць сукупності та їх коливання навколо середньої величини, що характеризує сукупність. Чим менша варіація, тим одноріднішою є сукупність і більш надійною (типовою) є середня величина.

Основними абсолютними й відносними показниками, що характеризують варіацію, є такі: розмах варіації; середнє лінійне відхилення; дисперсія; середнє квадратичне відхилення; коефіцієнт варіації тощо.

Коефіцієнтом варіації називають процентне відношення середнього квадратичного відхилення до середньої арифметичної величини ознаки:

$$V_{\sigma} = \sigma / x_{\text{сєр}} * 100\%$$

Розмах варіації – це різниця між найбільшим і найменшим значеннями ознаки:

$$R = x_{\text{max}} - x_{\text{min}}$$

Величина показника залежить лише від крайніх значень ознаки й не враховує всіх значень, що містяться між ними.

Досконалішим є визначення варіації через інші показники, які дають змогу усунути недолік розмаху варіації.

Середнє лінійне відхилення являє собою арифметичну з абсолютних значень усіх відхилень індивідуальних значень ознаки від середньої:

$$\text{а) просте: } l = \sum |x - x_{\text{сєр}}| / n$$

$$\text{б) зважене: } l = \sum |x - x_{\text{сєр}}| f / \sum f$$

Що більший коефіцієнт варіації, то менш однорідна сукупність і то менш типова середня для даної сукупності. Встановлено, що сукупність кількісно однорідна.

Згідно з програмою на **четвертому етапі** роботи проводилось оригінальне комплексне соціологічне дослідження з дотриманням правил розробки анкет за методикою Зозульова О.В. «Основні етапи розробки анкети в процесі

маркетингових досліджень». На основі цієї методики дисертанткою розроблено анкети та проведено опитування. Метою його було визначення проблемних питань щодо організації «надання – отримання» (медичний працівник – пацієнт) ПМД в умовах реформування системи охорони здоров'я. Метою дослідження було одночасне вивчення думки лікарів, середнього медичного персоналу та населення, що разом забезпечило всебічне уявлення про організацію ПМД, стан задоволеності системою якості та доступності для різних груп населення.

Опитування охоплювало 750 осіб: 330 медичних працівників та 420 пацієнтів; 13 анкет (1,7%) виявилися недостатньо інформативними і були вилучені з подальшого аналізу.

Отже, до вибіркового дослідження увійшло 737 осіб, із них 327 – медичних працівників, 410 – населення. Представниками перших були: 100 – ЛЗПСЛ, 57 – лікарі іншого фаху (педіатрів – 11, терапевтів – 12, неврологів – 5, окулістів – 4, отоларингологів – 4, ендокринологів – 4, гінекологів – 6, хірургів – 7, урологів – 2, травматологів – 2), 70 середніх медичних працівників, переважно це СМЗПСМ. Зазначимо, що для отримання повноцінної інформації щодо координації хворих на догоспітальному етапі до опитування залучалися лікарі стаціонарних відділень двох Центральних районних лікарень (Васильківська та Фастівська ЦРЛ).

Із 410 пацієнтів – 250 звернулися безпосередньо по медичну допомогу з різних причин, а 160 осіб були батьками дітей, які їй потребували. Опитування перших дало результат одержання відповідей практично однакової спрямованості з дещо іншим формулюванням. Одна із анкет (додаток А), за якою було опитано 150 осіб, включала фіксований характер більшості відповідей, та одним із підпунктів відповіді обов'язково був «свій варіант» на випадок, якщо запропоновані варіанти відповіді не задовольнить особу. Друга, за якою опитано 100 осіб, передбачала систему бальних оцінок. Очевидною є й відмінність ряду запитань, які ставились перед батьками та перед пацієнтами. Наявність відмінності треба виділити й в анкетах, які призначались для середніх медичних працівників, структура анкет була

комбінованою, коли в анкету ввійшла оцінка за бальною системою опитування поряд із системою звичайних відповідей.

Опитування мало анонімний характер, проводилося за добровільної усної згоди на участь у дослідженні після ознайомлення респондентів з його метою. Крім того, для остаточного опрацювання анкет проводили пілотне опитування, результати якого слугували для уточнення актуальності питань. Ним було охоплено 50 осіб із різних груп. При формуванні контингенту опитаних медичних працівників дотримувались пропорцій у кількості опитаних лікарів за різними спеціальностями, середнього медичного персоналу та пацієнтів. Відповідно до питань, що потребували вирішення, при виборі респондентів керувалися факторно-детермінованим методом з урахуванням віково-статевої, професійної особливостей. Залучався також комплексний підхід, за яким передбачалось одночасне одержання професійної думки різних за фахом лікарів, середніх медичних працівників щодо питань медико-соціального аспекту (доцільність і практична придатність новітніх технологій, удосконалених організаційних форм лікувально-профілактичного обслуговування, з'ясування позитивних і негативних їх наслідків, ставлення до реформи, територіальних змін, що відбиваються на медичних показниках та якості охорони здоров'я, тощо). Зазначені елементи вплинули на зміст запропонованих питань в анкетах. Важливість сприйняття нововведень є запорукою їх придатності до практичного застосування.

Отже, дослідженням продиктована необхідність створення 5 варіантів анкет; вони подані в додатку А. Коментуючи загальну структуру анкет, зазначимо, що вони містили 19–22 запитання. Кілька перших запитань стосувалися характеристики особистості респондентів, решта – дозволяли отримати відповіді на три найбільш важливі, з нашої точки зору, напрями в роботі ЦПМСД, а саме: задоволеність якістю, доступністю, профілактичними заходами населення, яке отримує тут ПМД.

Проблема адаптації як фахівців, так і населення до організаційних нововведень, суто медичних, у вигляді інформаційних технологій у широку клінічну

практику, а також адміністративно-територіальних, що обумовлено й відповідає сучасності, набуває важливого значення для подальшого розвитку якісної медичної допомоги. За таких умов підвищена увага приділялась вивченню проявів наявних проблем у даному напрямі для подальшого втілення заходів щодо розвитку пацієнт-орієнтованого підходу та налагодження різних каналів взаємодії з пацієнтами, а в результаті – отримання кращих показників якості, доступності та проведення профілактичних заходів ПМД.

Для цього при розробці анкет враховувались для медичних працівників такі показники як стать, вік, фах, стаж роботи, місце проживання; для населення: стать, вік, місце проживання, освіта, соціальний та сімейний стан.

Усі анкети були розглянуті етичною комісією та рекомендовані до використання в науковому дослідженні після обговорення на засіданні кафедри МОЗ України НУОЗУ імені П.Л. Шупика (протокол № 9 від 29.05.2019).

Детальна характеристика респондентів, які брали участь у дослідженні, наведена в розділі 4.

Репрезентативність вибірки соціологічного дослідження забезпечувалась обсягом спостережень, що розраховувався за загальноприйнятою формулою, а саме:

де:

n – обсяг вибіркової сукупності;

t – коефіцієнт унормованого відхилення;

p – ймовірність наявності ознаки;

q – ймовірність відсутності ознаки;

N – обсяг генеральної сукупності;

– припустима помилка дослідження.

Як генеральну сукупність розглядали медичні працівники, які щоденно надають ПМД, працюючи в Комунальному некомерційному підприємстві Васильківської

районної ради «Васильківський районний центр первинної медико-санітарної допомоги». За даними офіційної статистичної звітності, за підсумками 2019 р. в Центрі працювало 372 медичні працівники.

Розрахунок чисельності репрезентативної вибірки при опитуванні медичних працівників Центру здійснено так ($N = 372$ медичні працівники, при $\Delta = \pm 5\%$):

$$n = \frac{2^2 \times 0,5 \times 0,5 \times 372}{372 \times 0,05^2 + 2^2 \times 0,5 \times 0,5} = 192,248 \approx 192$$

Розрахунок чисельності репрезентативної вибірки при опитуванні населення об'єднаних територіальних громад здійснювався з урахуванням зазначеної в додатку 1 до договору № 0000-Т5ММ-М000 про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій кількості наявного на території обслуговування населення, а саме 95 664 особи. Безпосередній розрахунок репрезентативності відбувався так ($N = 95\ 664$ особи, при $\Delta = \pm 5\%$):

$$n = \frac{2^2 \times 0,5 \times 0,5 \times 95664}{95664 \times 0,05^2 + 2^2 \times 0,5 \times 0,5} = 398,334 \approx 398$$

Для аналізу в дослідженні використано результати опитування 327 медичних працівників та 410 пацієнтів, що було репрезентативним.

Методами дослідження четвертого етапу стали: системний підхід, соціологічний (анкетне опитування), медико-статистичний. Статистична обробка отриманого матеріалу проводилась у вигляді розрахунку відсотків та їх похибок; для оцінки статистичної значущості відмінностей показників використовувався критерій Ст'юдента, такою вона визначалась при $p < 0,05$. Був задіяний кореляційний аналіз – обчислювався коефіцієнт кореляції Пірсона. Значення показника інтерпретувалось за таблицею Чеддака, що дозволяє дати більш точну оцінку кореляційного зв'язку. А саме: менш ніж 0,3 – слабкий зв'язок; від 0,3 до 0,5 – помірний; від 0,5 – до 0,7 – помітний; від 0,7 до 0,9 – високий; понад 0,9 – вельми високий.

На заключному **п'ятому етапі** програми дисертаційної роботи здійснено наукове обґрунтування вдосконаленої моделі організації роботи ЦПМСД для обслуговування населення ОТГ та вивчення її ефективності.

Доцільність подальшого впровадження інноваційних елементів, запропонованих функціонально-організаційних удосконалень з'ясували із залученням незалежних компетентних експертів (30 фахівців) – науковців за фахом «Соціальна медицина» (12 осіб), спеціалістів за фахом «Загальна практика – сімейна медицина» із тривалим (більше 20 років) досвідом роботи в медичній галузі (18 осіб), а також пацієнтів ЦПМСД (129 осіб), які мали вищу освіту (службовець, економіст і три вчителі). Для оцінки результатів експертного опитування та узгодженості відповідей експертів використовувалася 10-бальна шкала, з подальшим обчисленням середнього арифметичного значення (M) відповідей експертів на поставлене запитання, стандартної похибки ($\pm m$), проведено розрахунок коефіцієнта варіації (Cv) за кожним із запропонованих пунктів у спеціально розробленій для дослідження «Анкеті експертної оцінки удосконаленої моделі Центру первинної медико-санітарної допомоги для обслуговування населення об'єднаних територіальних громад».

Серед запропонованих інновацій, що підлягали експертному вивченню, слід відзначити запровадження системи оцінки якості медичної допомоги в КНП «Васильківський районний центр первинної медико-санітарної допомоги» із повним циклом триступеневого контролю якості надання ПМД, що закріплено договором про співробітництво з об'єднаними територіальними громадами.

Методами дослідження заключного етапу роботи стали: системний підхід; медико-статистичний; контент-аналізу; концептуального моделювання; організаційного експерименту; експертних оцінок.

У такий спосіб були сформовані: мета дослідження, предмет, об'єкт, програма дослідження з обґрунтуванням послідовних етапів дослідження, комплексу методів для виконання поставлених завдань на основі системного підходу.

Висновок до розділу 2

Розроблена програма дисертаційної роботи, її етапність та обраний методичний інструментарій були спрямовані на вирішення поставлених завдань, отримання достовірних результатів, завдяки яким стало можливим досягнення поставленої мети, – обґрунтування та розробки вдосконаленої моделі організації роботи Центру первинної медико-санітарної допомоги для обслуговування населення об'єднаних територіальних громад, з доведеною ефективністю.

РОЗДІЛ 3

ОСОБЛИВОСТІ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НАСЕЛЕННЯ З УРАХУВАННЯМ ВІКУ ТА АДМІНІСТРАТИВНИХ ТЕРИТОРІЙ (УКРАЇНА, КИЇВСЬКА ОБЛАСТЬ, ВАСИЛЬКІВСЬКИЙ РАЙОН)

3.1. Темп приросту серед різних верств дорослого населення в розрізі України, Київської області, Васильківського району

Реалізація мети дослідження потребувала вивчення сучасних особливостей захворюваності населення. Оскільки робота стосується надання ПМД при створенні територіальних громад на прикладі м. Василькова Київської області, вважаємо за необхідне оцінювати стан здоров'я населення, яке уклало декларації з лікарями КНП «Васильківський ЦПМСД» Київської області Васильківського району, і порівняти його зі станом здоров'я населення всієї Київської області та країни загалом. Обчислюватимемо показники захворюваності та поширеності серед дорослого населення (окремо виділяємо населення непрацездатного віку) та дитячого населення (окремо виділяємо дітей 0–14 років та підлітків 15–17 років), які в подальшому будемо описувати і аналізувати.

Виявлено, що протягом 2014–2017 рр. показники поширеності захворювань серед дорослого населення (18 років і старші) зросли з різними темпами: в Україні – на 1,1% до 170 634,5 на 100 тис. населення, в Київській області – на 6,2% до 205 827,3 та Васильківському районі Київської області – на 1,8% до 154 879,6. Зазначимо, що показники подаються в розрахунку на 100 тис. відповідного населення, тому для зручності надалі наводяться лише конкретні їх величини. Тобто в області показники були вищі за середньоукраїнські, а в районі нижчі за обидва з них. За аналізом даних, серед різних верств населення виявлені особливості, які проявилися в такому (рис. 3.1).

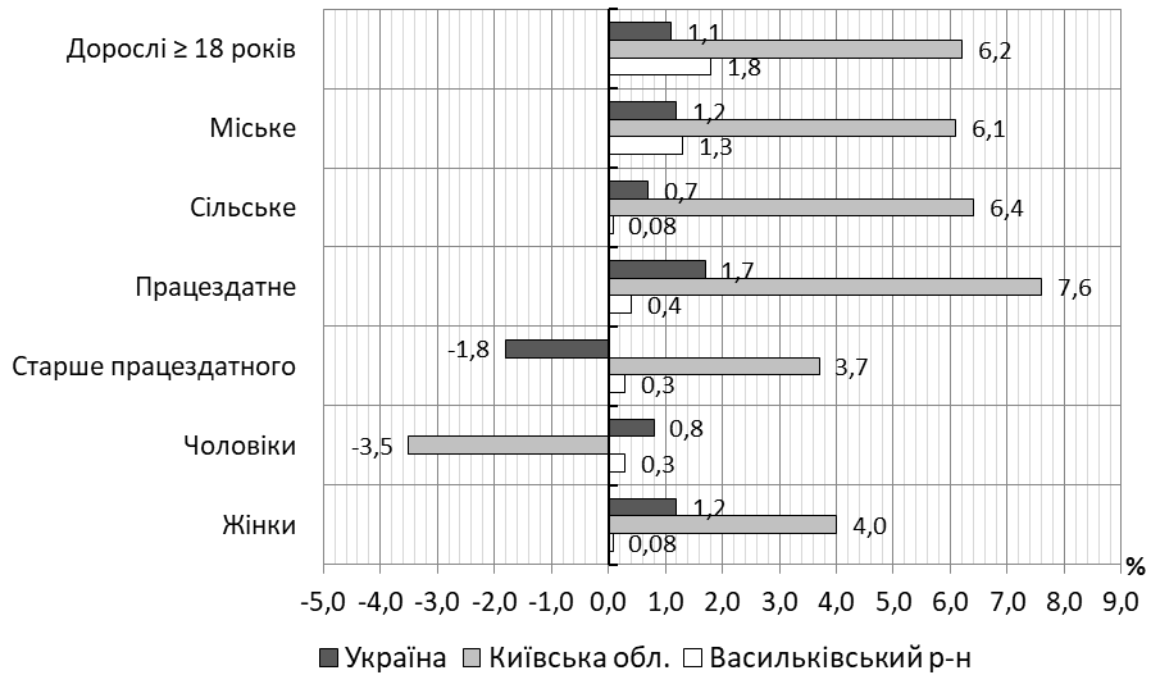


Рис. 3.1. Приріст показників поширеності захворювань серед різних верств дорослого населення України, Київської області, Васильківського району (2014–2017 рр.)

Так, у цілому по Україні серед міських жителів показники поширеності захворювань перевищували, а їх приріст був інтенсивнішим за відповідні величини серед сільських мешканців: темп складав 1,2% проти 0,7%, конкретні величини у 2017 р. – 173 669,8 проти 163 676,5 на 100 тис. відповідного населення. Подібне співвідношення спостерігалось за статтю. Серед жінок приріст був у 1,5 раза більшим (темп склав 1,2% проти 0,8% серед чоловіків), а показники дорівнювали: 191 045,0 проти 145 873,9 на 100 тис. відповідного населення. Уваги потребує характер змін за віком. А саме: при тому, що величини поширеності захворювань значно більші серед осіб, старших працездатного віку (250 423,0 проти 137 963,5 серед працездатного), за чотири останні роки вони стали менші на 1,8%, тоді як серед працездатного віку – більші на 1,7%. З наведених даних видно, що зростання поширеності захворювань у цілому по країні здебільшого формується за рахунок міського населення, осіб працездатного віку та жіночої статі.

Динаміка поширеності захворювань серед дорослого населення Київської області виділялася, передусім, своїм інтенсивнішим приростом (на 6,2%), який не суттєво, проте був більшим серед сільського населення (6,4% проти 6,1% серед міського); в результаті у 2017 р. показники становили 214 096,1 та 200 607,6 відповідно. Як і в цілому по Україні, на тлі більших (в 1,7 раза) величин поширеності захворювань серед осіб, старших працездатного віку (302 121,3 проти 172 869,7 – працездатного), вони зросли вдвічі менше (3,7% проти 7,6% відповідно). Особливість змін за статтю виразніше проявилася в області: зростання на 7% показників серед жіночого населення супроводжувалось їх зменшенням на 3,5% серед чоловічого населення; у 2017 р. їх значення було 226 872,7 та 165 523,6 відповідно. Отже, в Київській області за негативним станом здоров'я виділяються сільські мешканці, жінки, з часом воно суттєво погіршується серед працездатного населення.

Васильківський район Київської області, що найбільше акцентує на себе увагу у зв'язку з особливістю напряму даного дослідження, за аналізом поширеності захворювань серед дорослого населення, що проживає на його території, має певні відмінності на тлі її зростання (на 1,8%), чим подібна до попередніх об'єктів. Так, виявилось збільшення показника серед міських жителів (на 1,3%) з мінімальним процесом серед сільських. Практично однаковим був темп приросту серед населення працездатного та старшого працездатного віку (на 0,4% та 0,3%), а також зростання показників лише серед чоловіків (на 0,3%) з їх практичною стабільністю серед жінок. Рівні поширеності в районі були вищими серед міських жителів (148 398,9 проти 128 094,8 – сільських), старших працездатного віку (224 593,4 проти 94973,1 – працездатного), та жіночого населення (141 381,3 проти 996 35,4 – чоловічого). Виявлений характер співвідношення динаміки між різними верствами населення в районі має власні ознаки у вигляді більших темпів приросту показників серед міських жителів та осіб чоловічої статі та практично однаковим у розрізі вікових особливостей.

Підсумовуючи, зазначимо, що серед загальнодержавних змін показників поширеності захворювань регіон виділяється суттєво інтенсивнішим їх ростом серед усіх верств населення з протилежним характером лише в осіб чоловічої статі. На його фоні та середньоукраїнських тенденцій у районі спостерігалось повсюдне зростання рівнів поширеності хвороб, проте з найменшим темпом (0,3%–1,8%), із практичною стабілізацією показників серед сільських мешканців і жіночого населення (на 0,08%). До загальної ознаки відноситься факт більших величин показників серед осіб, старших працездатного віку, та жіночого населення.

Результати вивчення структури поширеності захворювань показали, що від 70,4% до 97,5%, залежно від віку, території, груп населення, припадає на 6 класів хвороб. Проте серед них формують її рівень практично три класи: хвороби системи кровообігу, органів дихання, травлення. У такій послідовності, за поодинокими випадками, вони посідають перші три місця в структурі, і на них припадає 52%–90,3%; від 7,2 до 19,8% – на три інші класи хвороб. До них відносяться в різній їх комбінації хвороби сечостатевої, кістково-м'язової, ендокринної систем, хвороби очей.

При детальному аналізі виявлені особливості поширеності захворювань у кожному із класів хвороб, їх динаміки в розрізі територій, що увійшли в дослідження. Вони чітко виділяються на рис. 3.2 та рис. 3.3. Так, на рис. 3.2 видно, що на хвороби системи кровообігу серед дорослого населення, яким належить перше місце в загальній структурі, припадає 35,6%–38,7%. Показник більший серед сільських мешканців (41,4% та 40,0% – в Україні та Київській області відповідно), особливо у Васильківському районі, де він досягає 53,7%; практично удвічі більша його величина й серед осіб, старших працездатного віку (50,2%, 52,1% та 48,4% в Україні, області, районі проти 21,2%, 24,8% та 25,1% у працездатному віці відповідно). Крім того, в області та районі питома вага хвороб цього класу суттєво більша серед осіб чоловічої статі (42,3% та 49,8% проти 38,5 та 36,0% жінок відповідно).

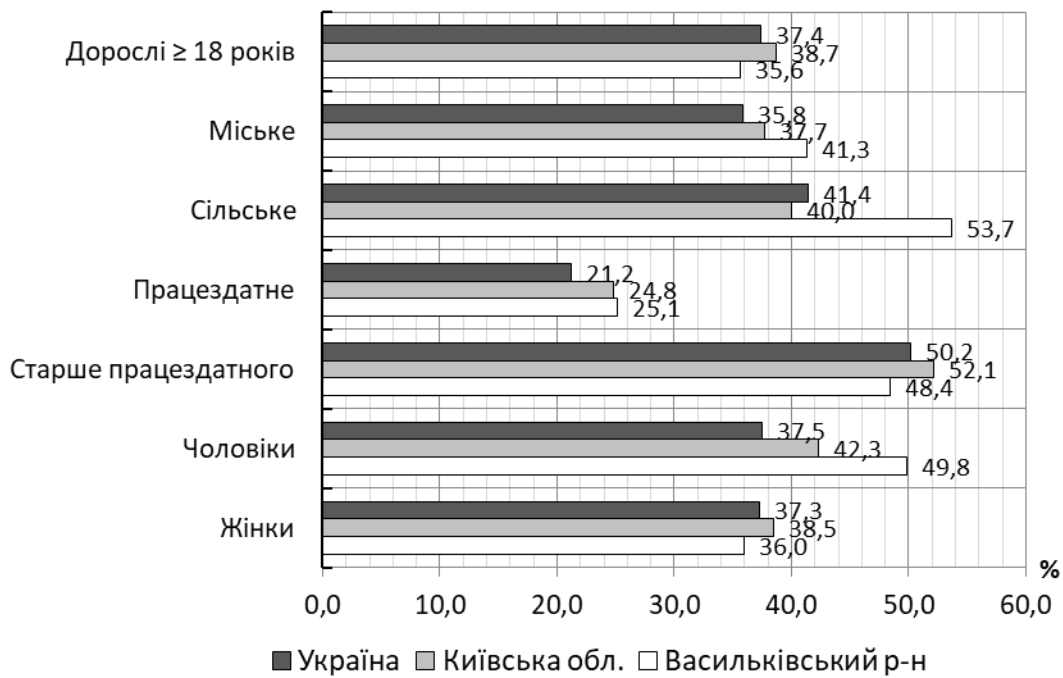


Рис. 3.2. Питома вага хвороб системи кровообігу в структурі поширеності захворювань серед різних груп населення у 2014–2017 рр. з урахуванням адміністративних територій (Україна, Київська область, Васильківський район)

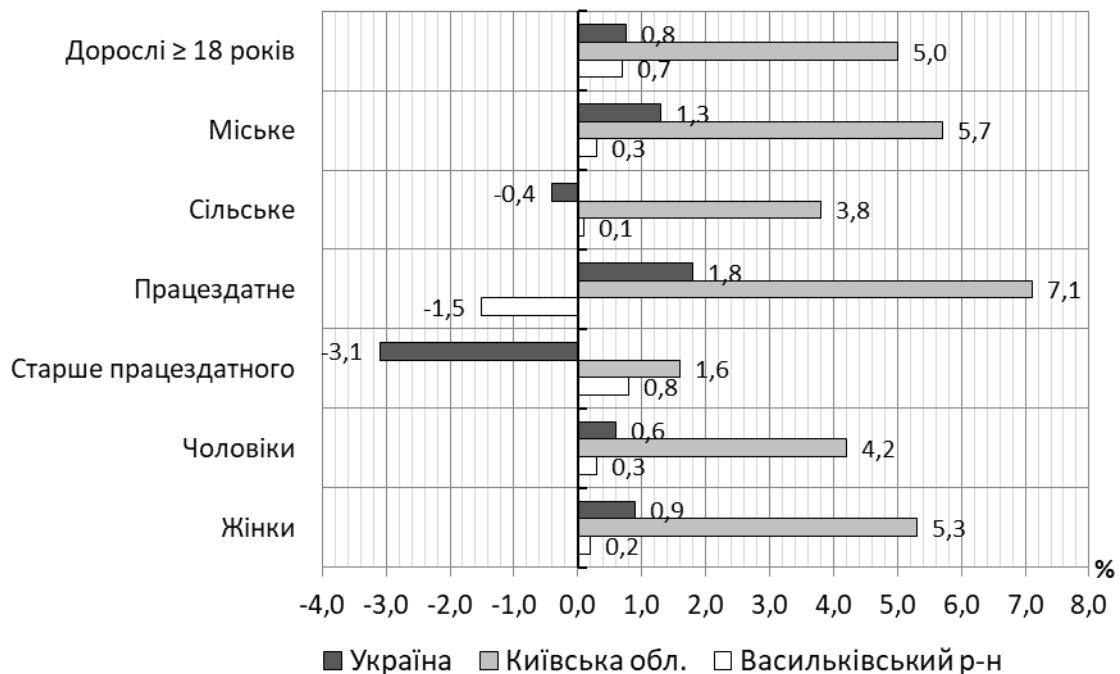


Рис. 3.3. Темпи приросту (зниження) показників поширеності хвороб системи кровообігу з урахуванням груп населення України, Київської області, Васильківського району за 2014–2017 рр.

З даних рис. 3.3 також видно, що за чотири роки спостереження в Україні показники поширеності хвороб цього класу зросли на 0,76%, і більше, ніж у 6 разів (на 5,0%) в області. В Україні спостерігається їх зменшення на 0,4% серед сільських мешканців та на 3,1% – серед осіб, старших працездатного віку. У Київській області серед усіх груп населення мав місце їх приріст, інтенсивнішим серед працездатного віку (на 7,1%) виділяється й місце, де кількість населення стала більшою на 5,7%, показник був більшим був серед жінок (на 5,3% проти 4,2% – чоловіків). Водночас повільними були зміни в районі – загалом кількість населення тут має позитивну динаміку на 0,7%. Серед працездатного населення кількісний показник зменшився на 1,5%, тоді як серед осіб, старших працездатного віку, збільшився на 0,8%. Друге місце в структурі поширеності хвороб серед дорослого населення посідають хвороби органів дихання. Їх питома вага з урахуванням груп населення та території подана на рис. 3.4.

Як видно з даних рис. 3.4, загалом по Україні кожен п'ятий із зареєстрованих хворих має хвороби органів дихання (20,1%).

В області та районі на них припадало 13,6% та 12,6% – суттєво менше і практично однаково. Варто зазначити, що показники поширеності хвороб органів дихання серед усіх верств населення в Київській області більші за середньо українські, тоді як в Обухівському районі нижчі, за винятком сільських мешканців та осіб чоловічої статі.

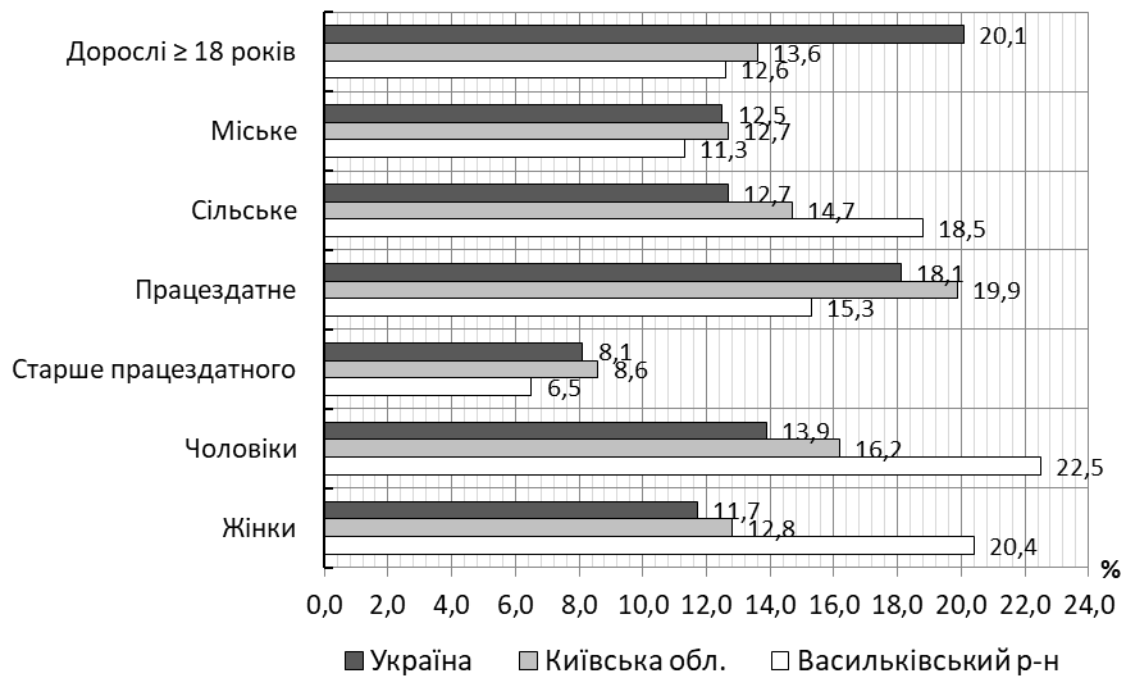


Рис. 3.4. Питома вага хвороб системи органів дихання в структурі поширеності захворювань серед різних груп населення у 2014–2017 рр. з урахуванням груп населення України, Київської області, Васильківського району

Динаміка показників простежується за даними рис. 3.5.

Загальна картина щодо зростання поширеності захворювань, у тому числі за класом хвороб органів дихання, наведена на рис. 3.4. Причому його темп більший у Київській області та Васильківському районі зокрема (на 2,0% проти 1,4% в цілому по Україні). Київська область виділяється інтенсивнішим приростом хвороб цього класу серед сільського населення (на 15,9% проти 2,5% по країні), осіб працездатного віку (на 13,0% проти 2,5% по країні, а в районі – на 2,7%), а також серед чоловіків (на 6,0% проти 1,2%).

Наведені дані відображають особливості поширеності хвороб, їх тенденції серед мешканців Київської області та Васильківського району, за якими вони відрізняються із загальних середніх показників по Україні.

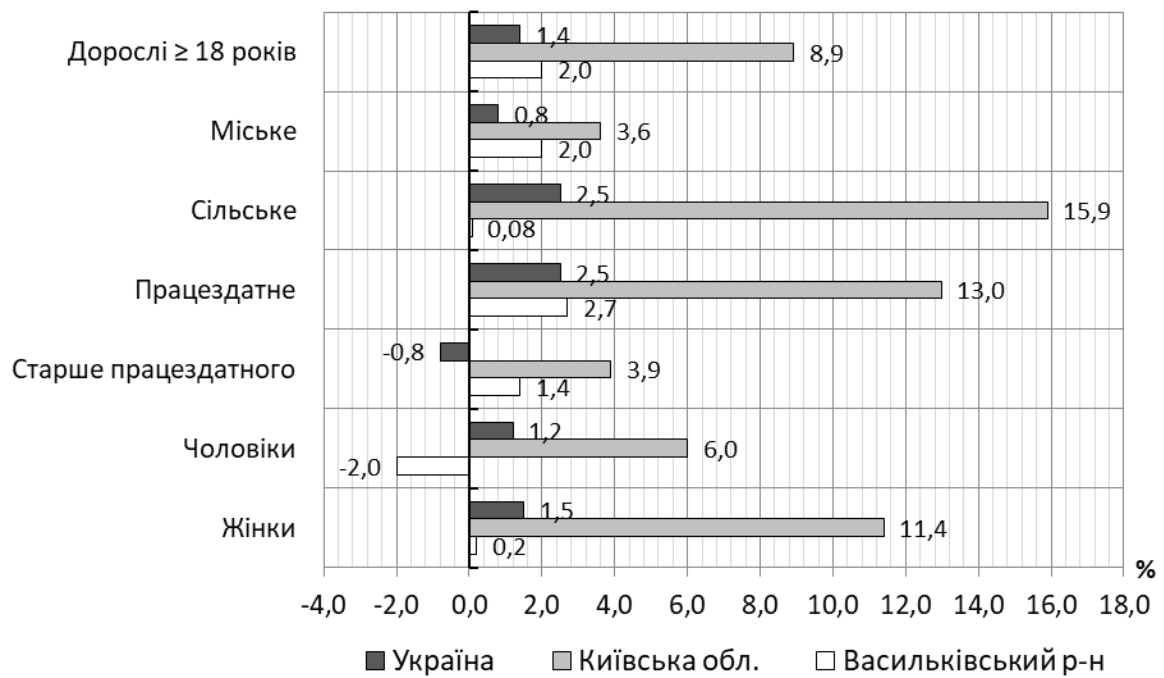


Рис. 3.5. Темпи приросту (зниження) показників поширеності хвороб органів дихання з урахуванням груп населення України, Київської області, Васильківського району

На рис. 3.6 представлена питома вага хвороб органів травлення з урахуванням різних верств населення в структурі поширеності захворювань, в якій їм належить третє місце. Нагадаємо, що винятком стало тільки населення, старше працездатного віку, оскільки населення, за своїми показниками, посідало друге місце. Зазначимо відразу, що частка хвороб органів травлення була практично однаковою як по країні, так і в регіоні та районі (на 10,1%, 10,9% та 10,0% відповідно). Порівняно з Україною регіон і район виділяються частотою патології в працездатного населення, осіб чоловічої статі та сільського в районі.

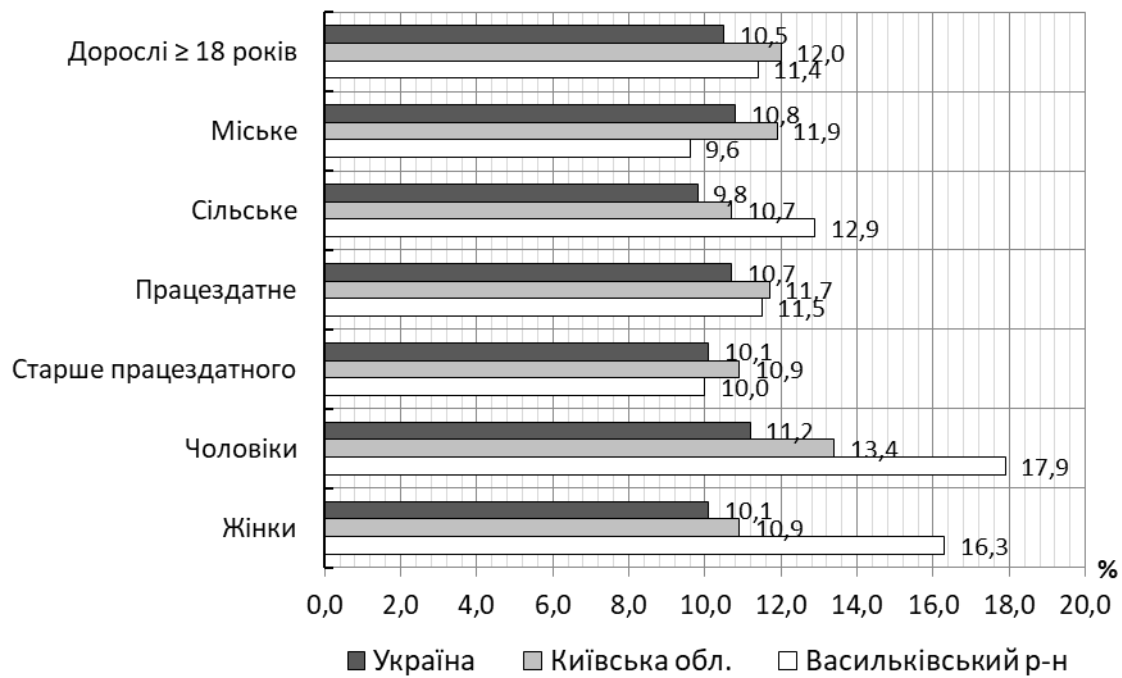


Рис. 3.6. Питома вага хвороб органів травлення в структурі поширеності захворювань серед різних груп населення у 2014–2017 рр. з урахуванням груп населення України, Київської області, Васильківського району

Суттєво відрізняється динаміка приросту поширеності хвороб органів травлення (рис. 3.7). На тлі незначних її змін у бік збільшення в Україні, повсюдний процес зростання показників спостерігався в регіоні (на 6,4%) та районі (на 10,3%). Інтенсивнішим він був серед міського населення (на 8,8%, 5,3% в регіоні та районі відповідно проти зменшення на 0,08% в Україні), працездатного (на 8,0%, 6,6% та 0,3% відповідно). Незначним було зростання показників поширеності хвороб органів травлення серед жіночого населення у всіх групах (України, Київської області, Васильківського району); в регіоні приріст перевищував загальноукраїнський – серед жіночого (на 9,0% проти 3,1% чоловічого), тоді як у районі – чоловічого (на 2,2% проти 1,0% жіночого).

Представлені вище дані дозволяють простежити територіальні особливості в структурі поширеності захворювань, що має суттєве значення при розробці клініко-організаційних заходів на місцевому рівні.

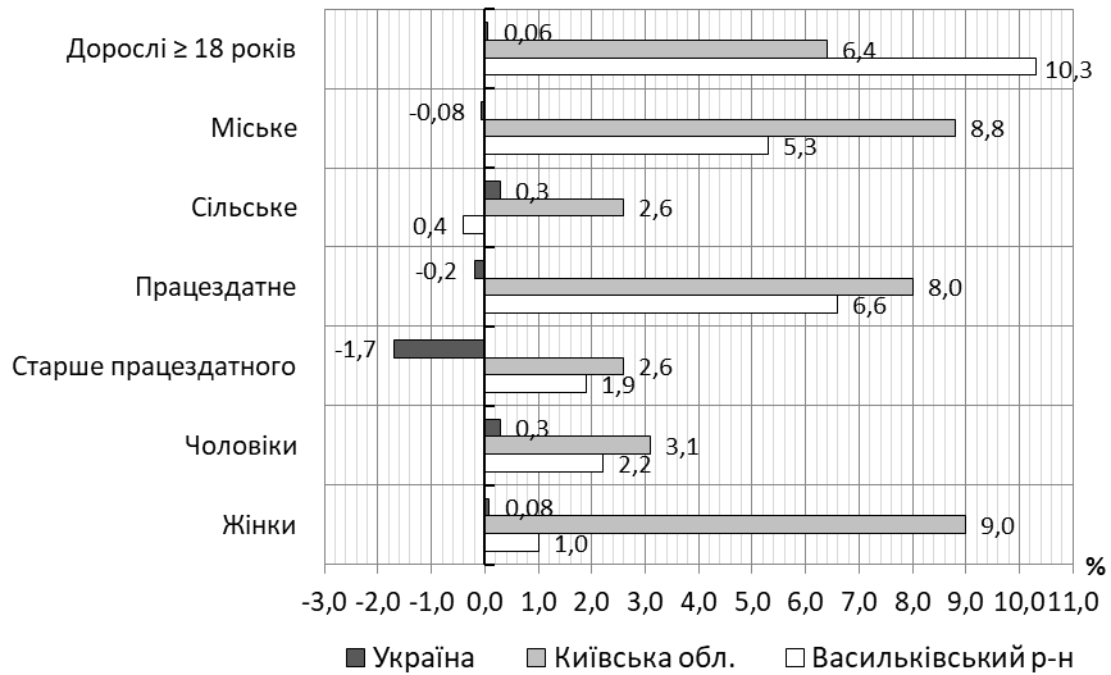


Рис. 3.7. Темпи приросту (зниження) показників поширеності хвороб органів травлення з урахуванням груп населення України, Київської області, Васильківського району за період 2014–2017 рр.

Нижче прокоментуємо три класи хвороб, які мають найбільші показники приросту поширеності хвороб, а це також негативно впливає на стан здоров'я населення. Вони дещо різняться своєю наступністю серед верств населення та територіально. У цілому по Україні послідовно до них відносяться хвороби сечостатевої системи (ХСС) (6,0%), кістково-м'язової (5,8%), ендокринної (5,3%). При цьому хвороби ХСС на четвертому місці. П'яте місце посідають кістково-м'язові хвороби. Шосте місце – хвороби ока, які поширені серед сільського населення та осіб працездатного віку. Подібні варіації простежувались і в регіоні та районі. В останніх двох вони також не були стабільними. Так, якщо в регіоні ендокринні хвороби посідали четверте місце серед більшості груп населення (міського, сільського, працездатного, старшого працездатного, жіночого), то в районі лише серед сільського, працездатного, жіночого, тоді як ХСС – серед міського, кістково-м'язової системи – серед осіб, старших працездатного віку, а травми й труєння – серед чоловіків. Можна стверджувати, що повсюдно

в структурі поширеності захворювань сільського населення 4–5 місця посідають хвороби ендокринної, кістково-м'язової систем та хвороби ока, чоловічого населення – кістково-м'язової системи, травми і труєння та хвороби ХСС.

Отже, сам факт різноманіття варіантів розподілу за поширеністю основних класів хвороб серед різних груп населення в територіальному аспекті вказує на важливість їх урахування для того, щоб ми змогли створити якісну модель сучасного Центру ПМСД, яка матиме покращені показники якості й доступності первинної медичної допомоги при зусиллях змінити ситуацію на краще.

За роки спостереження поширеність захворювань за класом системи кровообігу в цілому по Україні зросла й формувалася за рахунок гіпертонічної хвороби (ГХ), ішемічної хвороби серця (ІХС), цереброваскулярних хвороб (ЦВХ). Серед міського населення показники зросли на 13,3% (ГХ), 13,8% (ІХС) та 16,4% (ЦВХ) відповідно; серед сільського стали більшими лише на 0,2% при першій патології і зменшились при обох других (на 0,7% та 0,4%); серед осіб працездатного віку приріст простежувався при ГХ – на 4,0% і спад при ІХС – на 0,6%, серед осіб, старших працездатного віку, – мав місце від'ємний процес, тобто спостерігалась позитивна динаміка у вигляді зменшення ГХ на 3,6%, ІХС на 2,0% та ЦВХ на 4,6%.

Водночас у регіоні й районі серед дорослого зафіксовано показники, які суттєво перевищували середньоукраїнські, та відмічався їх значний приріст: при ГХ – на 6,8%, ІХС – 4,1%. Більшою мірою він виявився серед міських жителів – на 4,9%, 4,0% та на 4,0% при ЦВХ, серед сільських – приріст при ГХ становив 5,2%, при ЦВХ – 2,1%. Привертає увагу працездатна категорія населення, серед якого поширеність при ГХ зросла на 8,6%, ІХС – на 7,6%, тоді як серед осіб, старших пенсійного віку, лише на 3,6% та 0,2%.

При аналізі класу хвороб органів дихання, приріст яких виявився вищим, за своєю поширеністю виділяється хронічний бронхіт. Відразу відзначимо, що показники серед усіх верств населення Київської області та її Васильківського району перевищують загальноукраїнські, особливо в сільських мешканців (в 1,6 раза) та осіб працездатного віку (в 1,4 раза), хоча найбільші величини були

серед осіб, старших працездатного віку (5 949,2 на 100 тис.). Варто вказати на динаміку, яка проявилася у зменшенні рівнів поширеності патології в цілому по Україні на 5,3% до 2 554,4 у 2017 р., з меншим темпом у регіоні та районі (на 3,5% до 3 438,0 в Київській області). Зазначений характер змін у країні відбувався за рахунок населення працездатного віку (на 6,0% – до 1 599,5) та осіб, старших працездатного віку (на 7,4% – до 4 453,9). При цьому приріст на 13,0% мав місце серед міських жителів. На відміну від країни, в регіоні серед останніх поширеність хронічного бронхіту зменшилась (на 5,5% – до 5 145,6), як і серед працездатного населення (на 6,0% – до 2 246,1). Водночас на 3% показник зріс серед осіб, старших працездатного віку (до 5 949,2), та сільських мешканців (на 1,8% – до 4005,0), незначний приріст характерний і для чоловіків.

Регіональні відмінності більше проявилися за динамікою хвороб системи травлення, по-перше, суттєвим зростанням класу хвороб серед дорослого населення в розрізі різних його верств порівняно з практичною стабілізацією показників по Україні. По-друге, більшими за їх величинами (1,6–2,2 рази) – захворювання на гастрит, дуоденіт, холецистит, холангіт, виразкову хворобу шлунка та 12-палої кишки, хвороби підшлункової залози, що відносяться до найбільш поширених нозологій. По-третє, темпом приросту за 2014–2017 роки серед міського населення (до 5%), сільського (до 2,2%), осіб, старших працездатного віку (до 5%), зі зменшенням серед працездатного (до 3%). Водночас в цілому по Україні, крім міського населення, де вказані захворювання загалом зросли (на 13%), та сільського, де хвороби підшлункової залози зросли на 2%, серед інших верств населення показники мали незначний приріст чи були стабільними.

За аналізом хвороб сечостатевої системи показники по регіону різняться з країною та районом. У цьому випадку показники менші за загальноукраїнські, проте простежується приріст хвороб «Інфекції нирок» (на 5,6%), сечокам'яної хвороби (на 5,0%) серед дорослого населення регіону переважно за рахунок міського та осіб працездатного віку (на 10,5%), а також хвороб передміхурової залози (до 1,0%) – серед міського населення (на 5,4%) та осіб, старших

працездатного віку. Водночас для України в цілому виділяється зростання патології серед працездатних та міських жителів (на 19,2%) і зниження їх у сільських (на 3,2%).

Серед хвороб ендокринної системи уваги потребує дифузний зоб, який має позитивну тенденцію до зниження рівня поширеності в країні (на 3,2%) та регіоні (на 0,1%) із приростом серед осіб працездатного віку (на 2,2% та на 0,3% відповідно). За особливістю поширення виділяється цукровий діабет. Його показники в регіоні не тільки перевищують середньоукраїнські, але й мають більший темп зростання (15,1% проти 7,6% відповідно; 4 283,2 та 3 624,8 на 100 тис. дорослого населення відповідно). Інтенсивність зростання цукрового діабету проявляється здебільшого серед міського населення (на 4,7%) та осіб, старших працездатного віку (на 12,0%). По Україні – сільського населення з приростом показника на 8,4% та осіб працездатного віку (на 9,8%).

Серед хвороб кістково-м'язової системи за поширеністю особливо виділяються артрози. При невеликих показниках їх зростання в регіоні в 5 разів більше, ніж по країні (на 6,1% та 1,2%; у 2017 р. – 2 379,3 та 3 225,8 відповідно). За цією ознакою привертає увагу населення працездатного віку (на 10,5%), жителі сіл (на 6,2%), тоді як по країні – міське населення, де показник зріс на 10,6%.

За поданими вище даними розкриваються особливості поширеності захворювань у регіоні (районі) в аспекті загальноукраїнських змін. Варіації відмінностей за статтю, віком, місцем проживання в розрізі класів хвороб слід розцінювати як основу для прийняття відповідних цілком конкретних заходів для покращення критеріїв якості ПМД, таких як:

- 1) залучення керівництва закладу;
- 2) покращення на основі даних, отриманих за допомогою комп'ютерних технологій;
- 3) прив'язка пацієнта до конкретного лікаря / медичної команди;
- 4) надання допомоги командою ПМД;

- 5) партнерство пацієнта з медичною командою;
- 6) робота з прикріпленим населенням;
- 7) безперервність медичних послуг;
- 8) доступність ПМД;
- 9) координація надання медичної допомоги;
- 10) форми взаємодії із пацієнтами для того, щоб зберегти та попередити погіршення стану здоров'я населення.

3.2. Первинна захворюваність

У дорослих у віці 18 років і старших у цілому по Україні первинна захворюваність у 2017 році становила 48212,2 на 100 тис. відповідного населення, в Київській області була вищою на 13,5% (54 727,2), а у Васильківському районі була меншою на 3,2% та 14,7% відповідно (46 671,5). На рис. 3.8 подано приріст (за 2014–2017 рр.) показників.

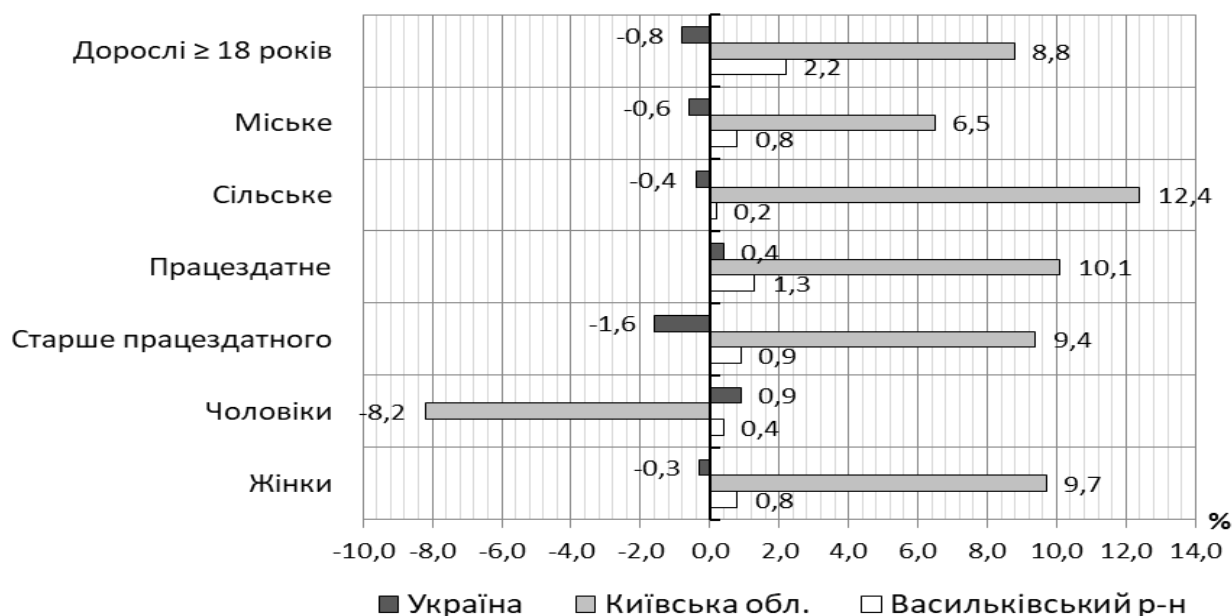


Рис. 3.8. Приріст показників первинної захворюваності серед різних груп дорослого населення України, Київської області, Васильківського району (2014–2017 рр.)

Як видно з рис. 3.8, первинна захворюваність знизилась на 0,8% по країні та, навпаки, зросла в Київській області (на 8,8%) і в 4 рази менша (на 2,2%) у Васильківському районі. Як і при поширеності, за аналізом показників простежуються особливості залежно від груп населення в територіальному аспекті. Так, у цілому по Україні, за окремим випадком, зниження захворюваності інтенсивніше відбувалося серед міського, ніж сільського населення (на 0,6% та 0,4% відповідно); серед чоловічого, ніж жіночого (на 0,9% та 0,3% відповідно); серед осіб, старших працездатних, – на 1,6% проти зростання серед працездатних (на 0,4%). В області зростання показників удвічі більшим було серед сільських мешканців (на 12,4% проти 6,5% міських), працездатних осіб (на 10,1% проти 9,4% осіб, старших працездатних). Уваги потребують зміни за статтю. Практично з однаковим темпом рівні захворюваності зменшились серед чоловіків (на 8,2%) і збільшилися серед жінок (на 9,7%). Притаманні власні ознаки динаміки й Васильківському району. На тлі суттєво повільнішого зростання захворюваності воно в 4 рази інтенсивнішим було серед міських жителів (0,8% проти 0,2% – сільських), в 1,4 раза серед працездатних (на 1,3% проти 0,9% осіб, старших працездатних), удвічі серед жінок (на 0,8% проти 0,4% чоловіків). За представленою інформацією викристалізуються проблемні питання в регіональному плані, що потребують подальшого поглибленого вивчення.

В зазначеному випадку насторожує виявлена неузгодженість між характером динаміки захворюваності та чисельності населення (вікової, за місцем проживання). Так, зниження її показників серед осіб, старших працездатного віку, при зростанні його кількості (на 6,6% та на 5,1% в Україні та області відповідно) і, навпаки, зростання величин серед населення працездатного віку за умов скорочення (на 3,4% та 2,4% відповідно), а також інтенсивніше зменшення рівнів серед міського, ніж сільського населення при зворотній динаміці відповідної категорії їх кількості свідчать певною мірою про глибинні процеси, що відбуваються в суспільстві та від яких залежить медична допомога. Водночас не можна не враховувати її значення. Потребують окремої оцінки результати її діяльності, спрямованої

на профілактику захворювань, а також раннє виявлення хвороб та своєчасну їх діагностику.

У структурі первинної захворюваності дорослого населення України 2017 р. перше місце посідали хвороби органів дихання (44,6%), друге – системи кровообігу (10,3%), третє – сечостатевої системи (9,2%); як видно, на них припадає більша половина – 64,1%. Практично третя частина (26,6%) припадає на наступні чотири класи хвороб: травми та отруєння (7,8%), хвороби шкіри (6,4%), ока (6,3%), кістково-м'язової системи (6,1%). Порівняльний аналіз зі структурою поширеності виявляє суттєві розбіжності. Так, хвороби органів травлення, ендокринної системи не увійшли до провідних, натомість травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин, а також хвороби шкіри також посіли ці місця.

Структура захворюваності в регіоні має свої відмінності, вони зберігаються в його адміністративних територіях. У цьому випадку перші три місця, на які загалом припадає 57,1%, посідають хвороби органів дихання (36,9%), травми та отруєння (10,2%), що лише на два десятих відсотка перевищують питому вагу хвороб системи кровообігу (10,0%), які опинилися на третьому місці. П'ята частина (21,5%) загальної складової представлена хворобами шкіри (6,1%), сечостатевої системи (6,0%), хворобами кістково-м'язової системи (4,8%) та хворобами ока (4,6%).

Варто зазначити, що, як і при поширеності, за детальнішим аналізом структури захворюваності за класами хвороб, простежуються особливості в розрізі різних груп населення (за місцем їх розташування, характером, динамікою). У контексті зазначеного на рис. 3.9 представлені конкретні відсотки хвороб органів дихання з урахуванням територій вивчення. Вони однозначно повсюдно посідають перше місце в структурі захворюваності, при цьому в регіоні та районі їх питома вага менша (36,9% та 33,3% відповідно), ніж у структурі поширеності хвороб загалом по Україні (44,6%). Показники в Київській області вищі на 32% (20 232,5) за загальноукраїнські (15320,5), а в районі близькі до них (15 549,5). По Україні найбільшими їх величини виявилися серед міського населення (18 234,3 проти

15 405,1 сільського), працездатної його частини (19 846,7 проти 11 475,8 осіб, старших працездатного віку) та жінок (16 130,3 проти 14338,1 чоловіків).

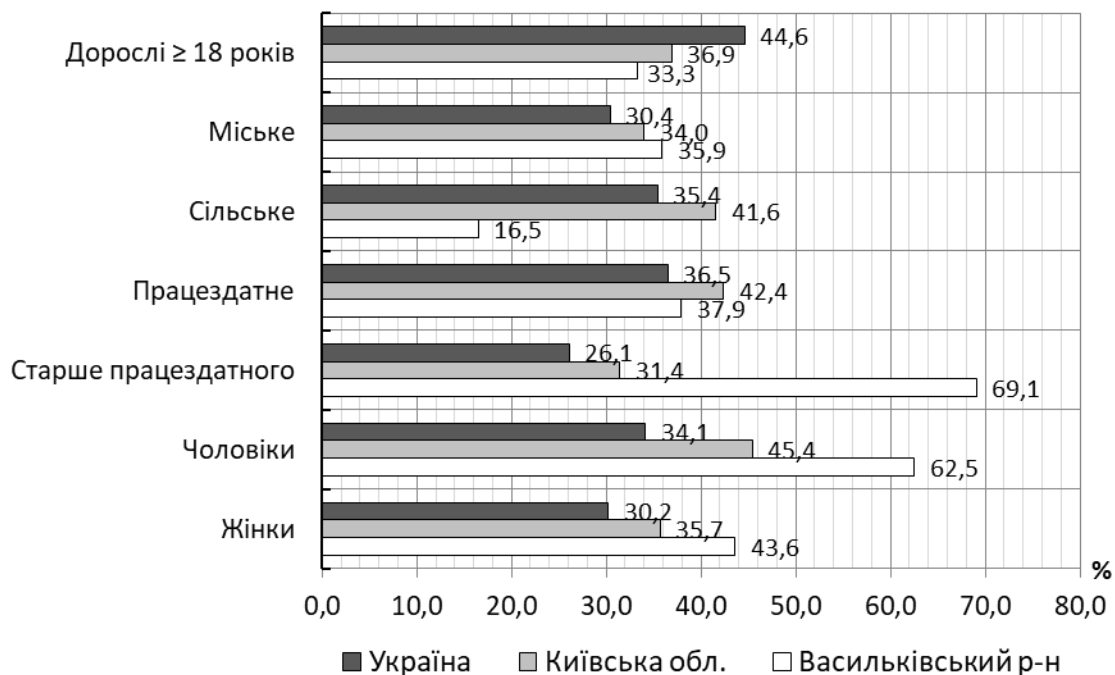


Рис. 3.9. Питома вага хвороб органів дихання серед різних груп дорослого населення України, Київської області, Васильківського району

У Київській області виділяється, навпаки, сільське населення, де показники вищі (23 024,2 проти 18490,4 міського), особливість зберігається відносно працездатного (27 176,3 проти 15 553,1 осіб, старших працездатного віку) та жіночого населення (20 783,1 проти 19 554,1 чоловічого). В районі також є свої відмінності. Вони проявилися в перевазі показників приросту: серед міського населення (22 355,6 проти 10 210,2 сільського), осіб, старших працездатного віку (32 826,0 проти 14 365,2 працездатного), жінок (17 036,2 проти 14 035,1 чоловіків). Тобто різниця простежується за місцем проживання та віком, тоді як за статтю чітка визначеність у перевазі жінок. При аналізі даних рис. 3.9 видно, що в загальній структурі захворюваності по Україні питома вага класу хвороб органів дихання менша лише серед осіб, старших працездатного віку, при тому, що серед інших категорій населення немає за величиною суттєвої відмінності. Стосовно Київської

області, то патологією охоплений більший відсоток сільських мешканців (41,6%), осіб працездатного віку (42,4%) та чоловіків (45,4%). У районі простежується величина показника серед осіб старшого віку (43,6%), особливо чоловіків (69,1%), більш ніж удвічі меншим представництвом – серед сільського населення (16,5%).

Про приріст захворюваності хвороб цього класу серед різних верств населення можна судити за даними рис. 3.10.

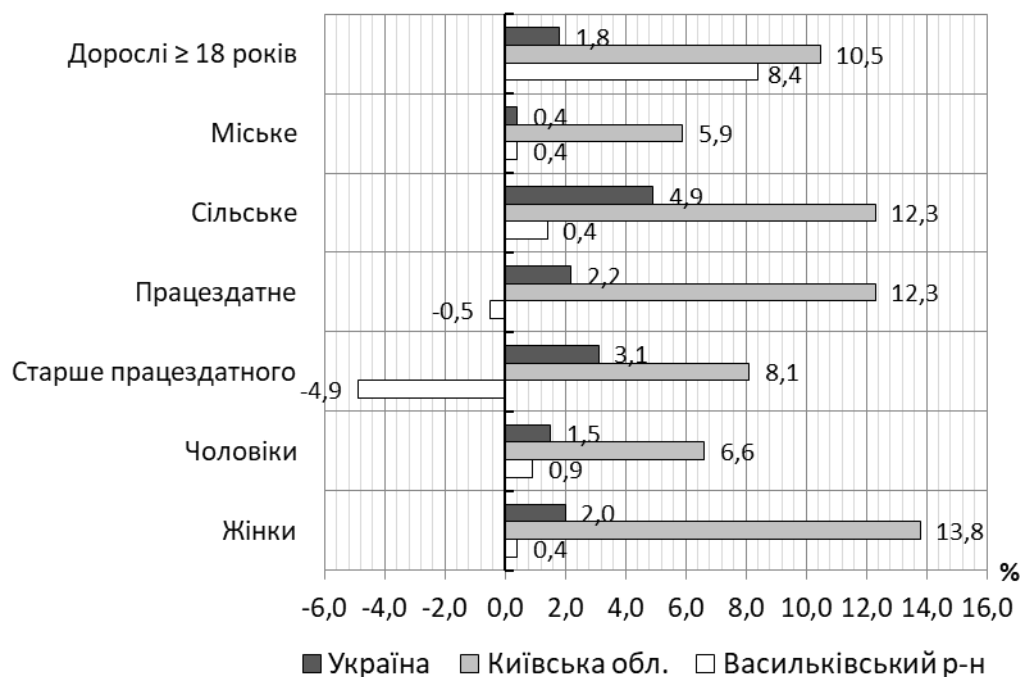


Рис. 3.10. Темпи приросту (зниження) показників захворюваності на хвороби органів дихання дорослого населення України, Київської області, Васильківського району за 2014–2017 рр.

Результати аналізу рис. 3.10 свідчать, що приріст захворюваності за чотири роки був різним в адміністративних територіях. Якщо в цілому по Україні він становив 1,8%, то в регіоні 10,5%, а в районі 8,4%. Варто зазначити, що серед усіх груп населення Київської області темпи приросту (зниження) показників захворюваності на хвороби органів дихання перевищували загальноукраїнські, тоді як в Обухівському районі темп приросту (зокрема інтенсивніше зростання захворюваності серед сільського населення) був: в Україні – на 4,9%, у регіоні –

на 10,5% і в районі – лише на 1,4%. Більшим приріст показників був серед жіночого населення – на 2,0% по країні та на 13,8% у регіоні, тоді як у районі – серед чоловіків (на 0,9% проти 0,4% жінок).

Серед хвороб органів дихання за приростом показників захворюваності виділяється пневмонія: на 16,5% – в Україні (до 458,3 на 100 тис.) та на 7,0% – в області (до 821,7) у 2017 році. Негативний приріст простежується серед осіб працездатного віку – величина їх стала меншою на 7,0% (до 136,4) та на 5,6% (до 126,5) відповідно. Привертають увагу високі показники захворюваності на хронічний бронхіт в осіб працездатного віку в регіоні з характерним для них приростом (на 5,2% до 764,0). Тоді як серед дорослого населення загалом їх значення зменшилось на 10% по країні, на 2,0% скоротилася в області, проте виразнішим воно було в сільській місцевості (на 4,0%) проти 1,0% в Україні (конкретні величини 216,5 та 164,3 відповідно).

Друге місце в структурі захворюваності в цілому по Україні серед усіх верств населення стабільно належало хворобам системи кровообігу (ХСК); на них припадало 12,6% (за 2014–2017 роки). Так, серед працездатного населення його займали ХСК. Саме останнім друге місце притаманне в структурі захворюваності Київської області, а також серед працездатного та чоловічого її контингенту. В районі спостерігалась неоднозначність другого місця для ХСК. Прокоментуємо деякі його особливості з урахуванням місця проживання, віку, статі (рис. 3.11).

Виявилось, що частка ХСК більша серед сільських жителів, особливо в районі (14,6% проти 10,4% в регіоні та 11,7% у країні), серед осіб, старших працездатного віку. Проте в ньому серед жінок відсоток у структурі найбільший (17,3% проти 9,5% у регіоні та 10,0% у країні), лише по 6,4% на цей клас припадало на працездатних та осіб, старших працездатного віку, оскільки тут переважали ХСС, травми та отруєння відповідно. Така ситуація вказує на важливість володіння моніторингом показників захворюваності як основним інструментом при керівництві прийняття рішень на місцях.

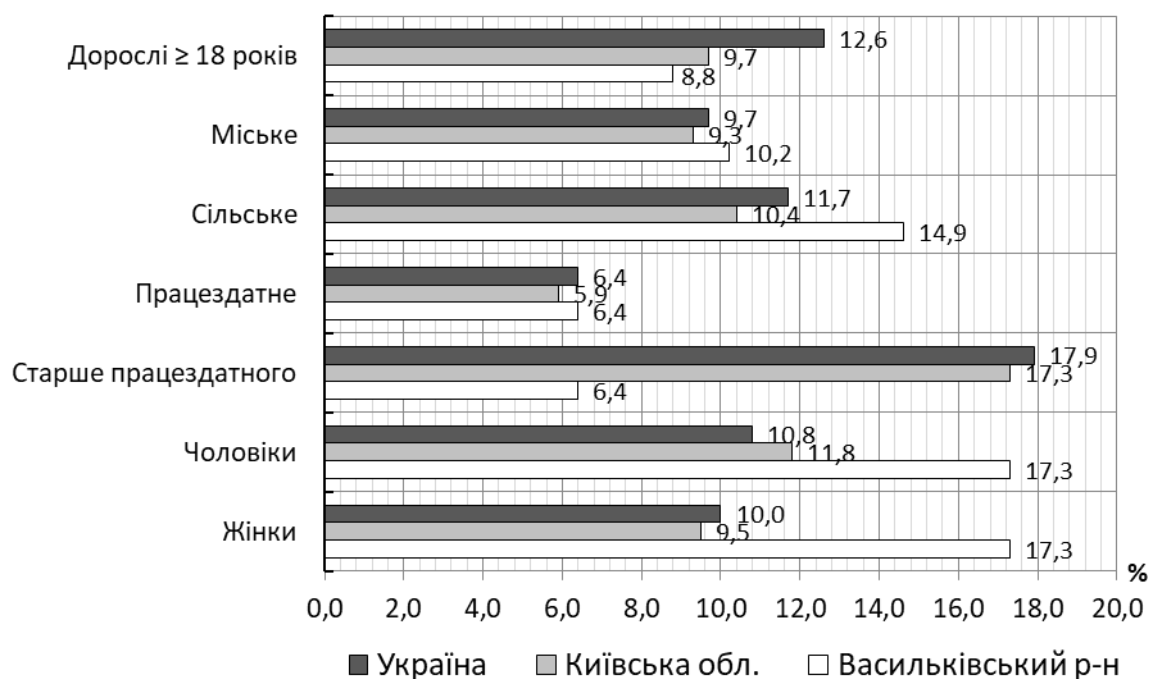


Рис. 3.11. Питома вага хвороб органів системи кровообігу серед різних груп дорослого населення України, Київської області, Васильківського району

Враховуючи значення та місце хвороб системи кровообігу серед основних причин інвалідизації, смертності, і той факт, що даному класу хвороб у регіоні та районі належало третє місце в структурі захворюваності, вважали доцільним дослідити динаміку патології в стандартному порівняльному аспекті (Україна, регіон, район). Відповідна інформація представлена на рис. 3.12.

Результати аналізу рис. 3.12 привертають увагу відмінним від зниження показників у цілому по Україні зростанням захворюваності ХСК серед дорослого населення області (на 9,8%) з удвічі повільнішим його темпом (на 4,7%) у районі; у 2017 р. вони становили 5 323,6 та 4 096,5 відповідно проти 4 957,4 середньоукраїнських. За приростом виділялось: міське населення регіону (на 11,6%), у районі він становив 0,6% при зниженні на 5,0% серед сільських мешканців; населення, старшого працевдатного віку (на 11,3% та 10,0% відповідно), а також чоловіків (на 10,5% та 2,1% відповідно).

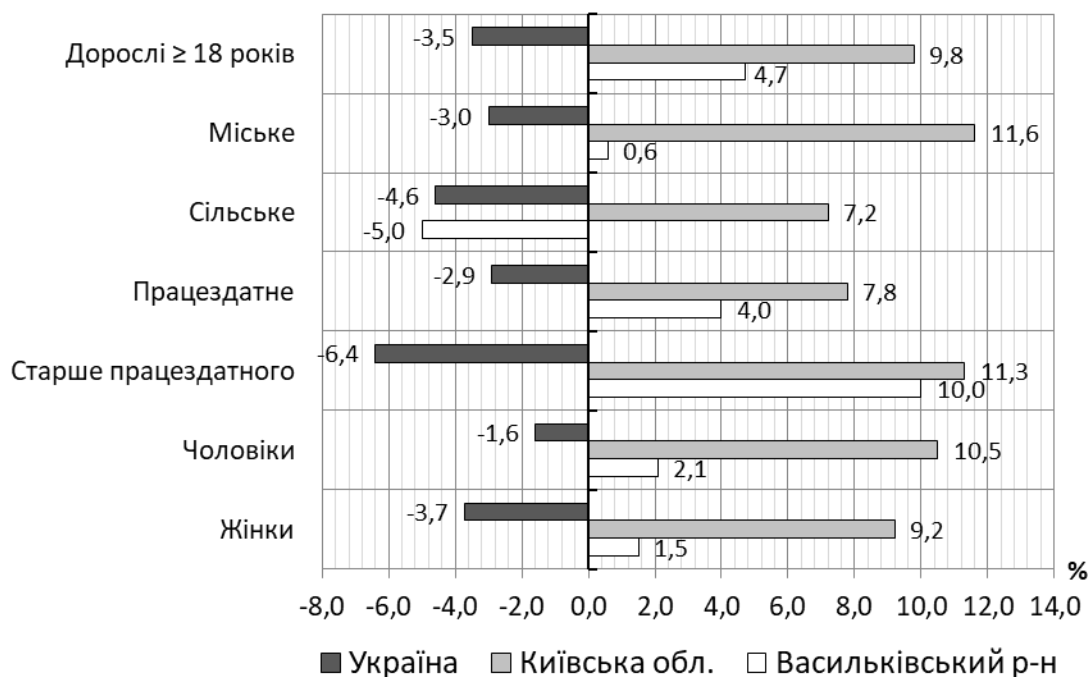


Рис. 3.12. Темпи приросту (зниження) показників захворюваності на хвороби системи кровообігу серед дорослого населення України, Київської області, Васильківського району за 2014–2017 рр.

Водночас серед усіх верств населення в цілому по Україні спостерігалось зменшення первинної захворюваності за класом хвороб (на 3,5%), більшою мірою серед сільських жителів (на 4,6%), осіб, старших працездатного віку (на 6,4%), та жінок (на 3,7%). Можна тільки припустити її неповну відповідність реальності й те, що причини виходять далеко за рамки медичних проблемних питань. Проте вона не повинна залишатися без відповідної реакції з боку органів охорони здоров'я та владних структур на місцях.

Гіпертонічна хвороба (ГХ) та ІХС є найбільш поширеними нозологічними формами ХСК. Динаміка показників захворюваності повністю узгоджується з поданою вище при оцінці її в цілому за класом хвороб. А саме: в Україні спостерігалось їх зменшення на 5,0% та 3,4% до 1 959,4 та 1331,2 у 2017 р. відповідно. Водночас у регіоні показники зросли на 10,1% та 14,0% до 1 973,4 та 1 575,0 відповідно. Приріст їх у регіоні найбільшим був серед міського населення

(на 19,1% та 20,0% відповідно за ГХ та ІХС) та працевдатного (на 10,0% при кожній нозології), серед осіб, пенсійного віку він дещо менший – 9,7% та 7,3% відповідно. Зниження по Україні супроводжувалось більшою інтенсивністю показників захворюваності серед сільського населення та осіб, старших працевдатного віку (на 5,3% та 4,6%, а також на 6,7% та 7,85 відповідно)

Як зазначалося, третє місце в структурі захворюваності належало ХСС по Україні та ХСК по Київській області та Васильківському районі. Основні особливості останніх знайшли відображення й були прокоментовані вище. Тому зосередимось на аналізі ХСС (рис. 3.13).

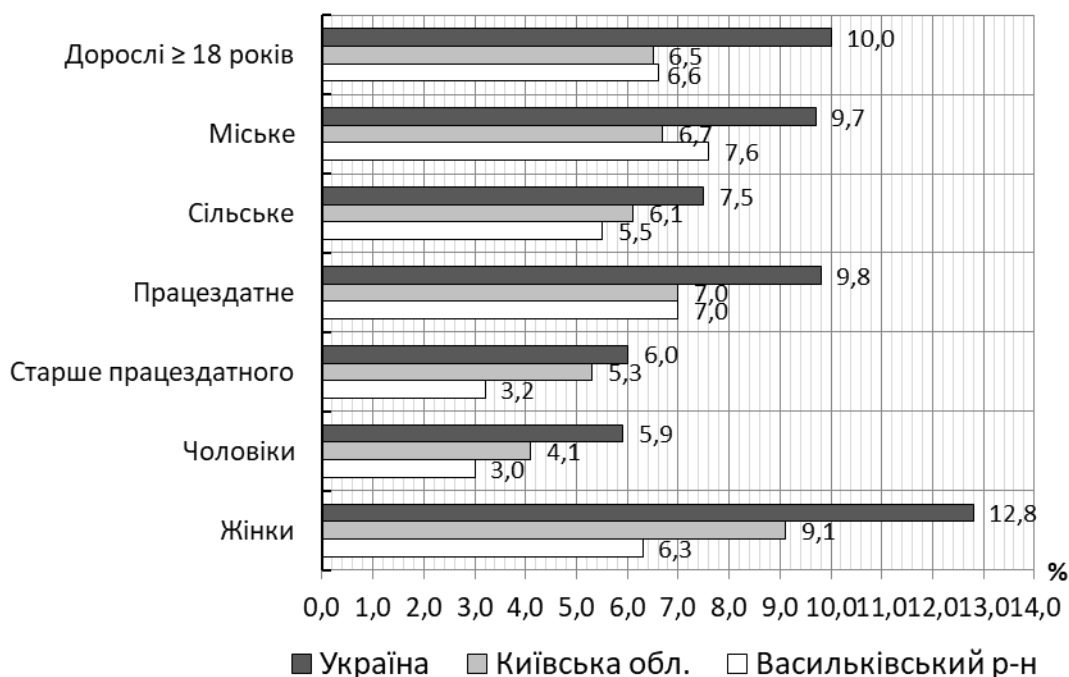


Рис. 3.13. Питома вага хвороб органів сечостатевої системи серед різних груп дорослого населення України, Київської області, Васильківського району

На відсутність чіткого розподілу класів хвороб за їх місцями в структурі захворюваності було вже вказано. Оскільки вона мала місце й в цьому випадку, інтерес представляють їх особливості в аспекті різних категорій населення. Результати порівняльного аналізу рис. 3.13 свідчать, що в загальній структурі по країні питома вага ХСС склала 10,0%, в 1,5 раза вона менша в області та районі

(6,5% та 6,6% відповідно) і не перевищує 9,0% серед різних верств населення цих адміністративних територій. Простежується подібність ознак у вигляді більшої величини показників серед міського населення, працездатного та жіночого. На рис. 3.14 подається динаміка показників і, як видно, на тлі незначного зменшення їх величин у цілому по країні (на 0,3% до 4415,6 у 2017 р.) в регіоні та районі спостерігався суттєвий приріст (на 3,0% та 5,2% до 3 533,3 та 3 088,6 відповідно). При тому, що показники були більшими повсюдно серед місцевих жителів, працездатних і жінок, більший приріст їх, за винятком працездатних, мав відмінності: в регіоні він простежувався серед сільського населення, а в країні та регіоні серед чоловіків.

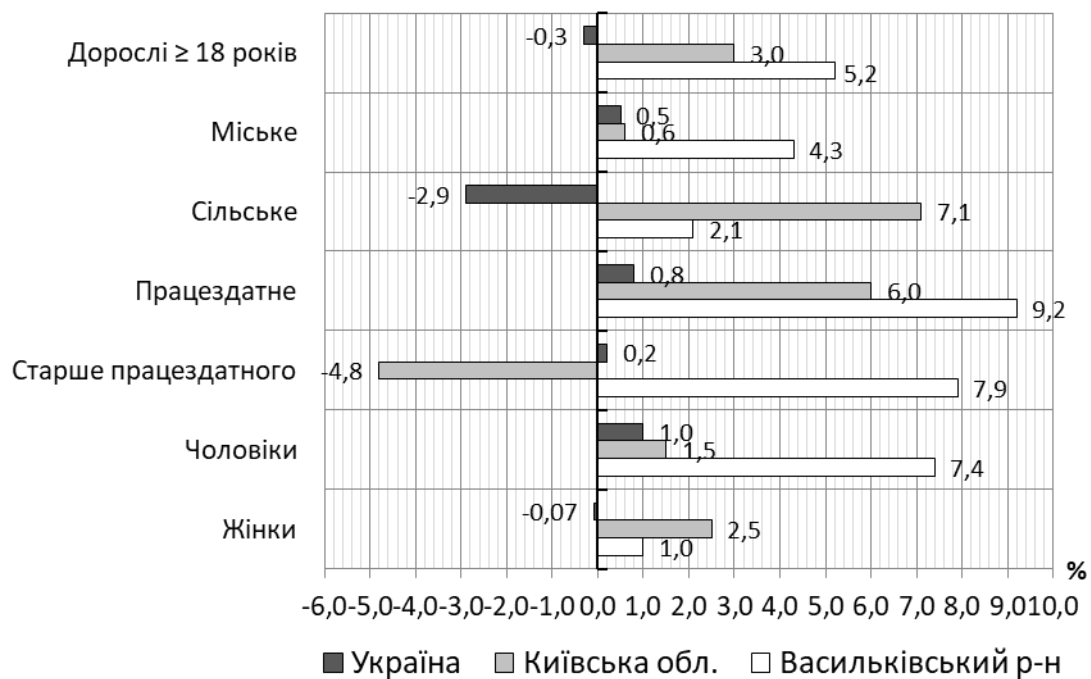


Рис. 3.14. Темпи приросту (зниження) показників захворюваності на хвороби сечостатевої системи серед дорослого населення України, Київської області, Васильківського району

Хвороби передміхурової залози, цистит та «Інфекція нирок» відносились до поширених захворювань і мали залежність від статі та віку. Проте, якщо середньоукраїнські показники захворюваності на хвороби «Інфекція нирок»

зменшуються серед працездатного населення (на 3,3%), сільського (на 1,4%), то в регіоні зростають (на 19,0% та 4,2% відповідно). Всюди має місце позитивна динаміка: зменшення їх величин при циститах і хворобах передміхурової залози, наприклад, серед осіб старше працездатного віку (на 1,5% та 5,8% в країні і на 8,1% та 11,0% в регіоні відповідно).

Аналіз показників захворюваності, які були простежені при зіставленні структур захворюваності та поширеності, також дозволяє виявити актуальні проблемні напрями діяльності медичних закладів охорони здоров'я. Зокрема, в структурі захворюваності дорослого населення Київської області на хвороби органів травлення припадає 3,8%, вони посідають восьме місце, тоді як в структурі поширеності відповідно 12,0% і третє місце. Протилежний приклад стосується хвороб шкіри, які в структурі захворюваності входять у першу п'ятірку за питомою вагою (6,1%, і лише 1,6% їх у структурі поширеності). Подібна картина спостерігається не лише в регіоні, вона має місце й у цілому по Україні. З наведених прикладів напрошується висновок якості лікування, реабілітації хворих на ХОТ. Визначається вектор досліджень, оскільки всі вони повинні спрямовуватись на зниження втрат здоров'я дитячого населення від керованих причин.

Підсумовуючи аналіз показників первинної захворюваності дорослого населення, її структуру, необхідно відмітити неоднозначність характеру їх динаміки в територіальному аспекті, а також у межах однієї адміністративної одиниці серед різних верств її населення. Виявлені суттєві відмінності в структурі захворюваності на районному, регіональному рівнях порівняно із загальноукраїнською ще раз підкреслюють вагомість диференційованого підходу й ролі децентралізації в прийнятті реальних відповідних рішень щодо збереження здоров'я населення. Більше того, оскільки в ході дослідження викристалізувались групи населення, які, за високими рівнями їхньої захворюваності, виділяються серед інших зростанням хвороб із числа тих, що характеризуються хронізацією, притаманністю певним віковим категоріям, стає очевидною першочерговість вирішення завдань у кожній конкретній адміністративній території.

3.3. Динаміка захворюваності серед дитячого населення з урахуванням вікових груп, місця проживання в розрізі країни, регіону, району

Згідно з дизайном дослідження була вивчена динаміка захворюваності дитячого населення (0–14 років) та підлітків у порівняльному аспекті: Україна, регіон, район, як передбачено його програмою.

Нижче подаємо результати захворюваності серед дітей з урахуванням віку (рис. 3.15).

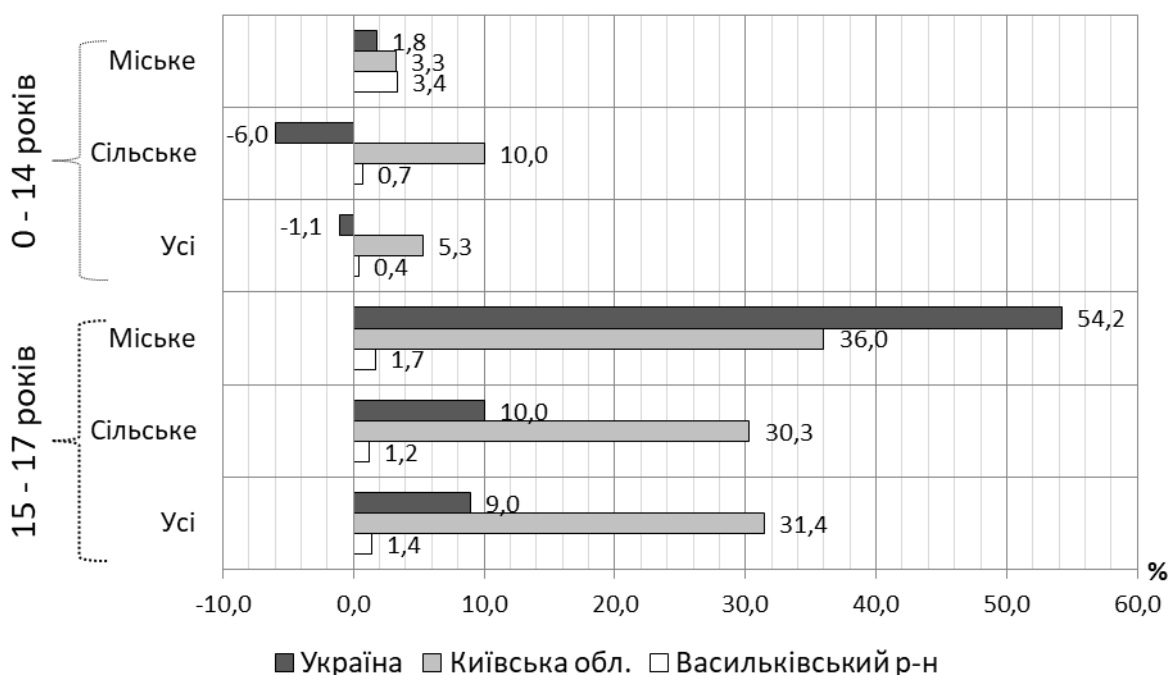


Рис. 3.15. Темп приросту показників загальної захворюваності серед дитячого населення України, Київської області, Васильківського району з урахуванням вікових груп (2014–2017 рр.)

За даними рис. 3.15 відразу чітко вирисовуються особливості територіальні, за місцем проживання та віком. Так, якщо в цілому по Україні за чотирьохрічний період рівень загальної захворюваності дітей від 0 до 14 років зменшився на 1,1% за рахунок сільського населення (на 6,0%) при зростанні його серед міського (на 1,8%), то в Київській області та її Обухівському районі спостерігався суттєвий приріст. По регіону він дорівнював 5,3%, серед міських жителів 3,3% і втричі

більшим був серед сільських мешканців – 10,0%. У районі інтенсивність зростання показників була меншою (на 0,4%), виразнішою, навпаки, серед міського населення (на 3,4% проти 0,7% – сільських). Варто вказати, що показники в регіоні перевищують середньоукраїнські, а в районі – регіональні. Звернемо увагу, що для зручності порівняльного аналізу надалі величини показників подаються в розрахунку на 10 тис. відповідного населення. Рівні захворюваності серед дітей 0–14 років по країні, області та району у 2017 р. становили 12 978,2, 17 147,0 та 25 215,0 відповідно, зокрема серед міських мешканців – 14168,0, 18875,0 та 27918,0, сільських – 10046,0; 14254,0 та 11852,0. Тобто рівень первинної захворюваності дітей 0–14 років перевищував загальноукраїнський. Водночас занепокоєння викликає інтенсивне зростання захворюваності підлітків, які є найближчим потенціальним резервом країни. У 2017 р. рівень захворюваності по країні становив 12 546,2, що перевищував (на 9,0%) його у 2014 році. Серед міських жителів темп приросту становив до 18 227,7, серед сільських – 10,0% (12 059,5). Як видно, показники були менші, ніж серед дітей 0–14 років, проте інтенсивність зростання в даному випадку вражає. Практично однаково рівномірним виявилось збільшення їх величин у Київській області (на 31,4% серед усього дитячого населення 15–17 років; 36,0% та 30,3% відповідно його міської та сільської частини). У 2017 р. вони відповідно становили 20 577,0; 20 063,5 та 21 353,0 і перевищували показники дітей 0–14 років. Повільнішим зростання було в районі: на 1,4% – серед усіх, 1,7% та 1,2% серед тих, хто проживав у міській та сільській місцевості. У результаті цього величини показників були такі: 13 283,4; 10 833,7 та 9 785,4.

З порівняльного аналізу випливає, що в регіоні показники первинної захворюваності як серед дітей 0–14 років, так і підлітків вищі за середньоукраїнські.

Варто зазначити різко виражену відмінність базових темпів приросту між показниками первинної захворюваності у дітей 0–14 та 15–17 років у бік переваги останніх.

Зокрема, в цілому по Україні вона становила 5,3% серед усього дитячого населення в підлітковому віці та 18,85% і 3,6% серед міського та сільського

населення, тоді як серед дітей 0–14 років відповідно – 3,6%, 1,4% та 3,2%. Подібна ситуація виявлена й у Київській області. Конкретні дані такі: серед підлітків – 9,9%, 28,4%, 9,8% проти 5,2%, 1,5% 3,2% – дітей 0–14 років. Отримані відсотки підтверджують залежність від віку – у дитячого населення показники первинної захворюваності з віком зростають. Водночас варіації первинної захворюваності підлітків свідчать про нестійкість цього показника. До того ж менші коефіцієнти варіації поширеності, ніж захворюваності, свідчать про значення медико-соціального, організаційного вектора у формуванні стану здоров'я дитячого населення, і зазвичай ці фактори (якщо вони мають позитивну динаміку) підтверджують гарну якість роботи та доступність ПМД у регіоні, який досліджується.

У структурі первинної захворюваності дітей 0–14 та 15–17 років перше місце посідають хвороби органів дихання, друге – хвороби шкіри, третє – травми та отруєння. Такий розподіл зберігається й у регіоні, районі, за окремими винятками. Особливістю можна вважати те, що серед дітей 0–14 років на хвороби органів дихання припадає 67%–78%, а серед підлітків 45,2%–65,4%. До неї відноситься й той факт, що показники первинної захворюваності серед дітей 0–14 років більші, ніж у групі 15–17 років. Також міське дитяче населення має вищі показники, ніж сільські мешканці. Так, у 2017 році його значення дорівнювало 9 076,6 проти 7 158,6 – підлітків; міських жителів 9 958,0 проти 7 241,7, сільських – 7 349,0 проти 7 005,0 відповідно. Хвороби органів травлення, шкіряні, сечостатевої системи, ока – їх показники серед міських жителів також вищі за сільських, проте більшими вони є серед підлітків. Так, рівень захворюваності на хвороби шкіри становив серед дітей 0–14 років 619,8, тоді як серед підлітків – 853,8; жителів міст – 676,0 проти 918,1, сіл – 520,0 проти 742,6 відповідно. При травмах та отруєннях: 479,1 проти 693,5 відповідно серед дітей 0–14 років та 15–17 років; 559,0 та 752,1 міських, а також 324,0 та 592,0 – сільських. Близько 13%–17% у структурі припадає на деякі інфекційні хвороби, хвороби органів травлення (ХОТ), хвороби ока (ХО) – серед дітей 0–14 років; дещо інша комбінація серед підлітків: хвороби органів травлення, сечостатевої системи, ока. Зазначені вище відмінності, що виявлені при

аналізі показників за віком, місцем проживання, поширюються й на ці класи хвороб. Найявністю варіації розподілу переважає в районі, де ХОТ виходять на друге місце, ХО – на четверте.

По Україні за час вивчення серед дітей 0–14 років захворюваності на гострий фарингіт і тонзиліт, а також ларингіт і трахеїт вона зросла на 5,5% та 5,7% відповідно, водночас в області на 17,0% та 19,7% відповідно, а серед сільського населення області – на 27,7% та 28,5% відповідно. На тлі стабілізації захворюваності на контактні, атопічні дерматити по країні вони на 70,5% зросли в області. Удвічі більшим був приріст хвороб групи «Інфекція нирок» – 15,0% проти середньоукраїнського. В сільській місцевості області – на 8,4% зросли хвороби за класом травми та отруєння.

Виразнішими зміни виглядають при аналізі динаміки нозологій серед підлітків. Зокрема, в області міопії зросли на 22,5% проти 5,3% по країні; гострий фарингіт і тонзиліт, темп приросту був вищий (34,0% проти 17,3% відповідно); на 34,5% зросла захворюваність на інфекцію нирок (проти 1,1% по країні); на 9,4% стали більшими показники дерматиту при періоді спостереження 3 роки, по країні на 7,0% – гастрити, дуоденіти проти 2,6% відповідно. Васильківський район не виділявся будь-якими особливостями.

За період спостереження показник поширеності захворювань дитячого населення 0–14 та 15–17 років за тими параметрами, за якими була проаналізована первинна, практично був подібним до нього (рис. 3.16).

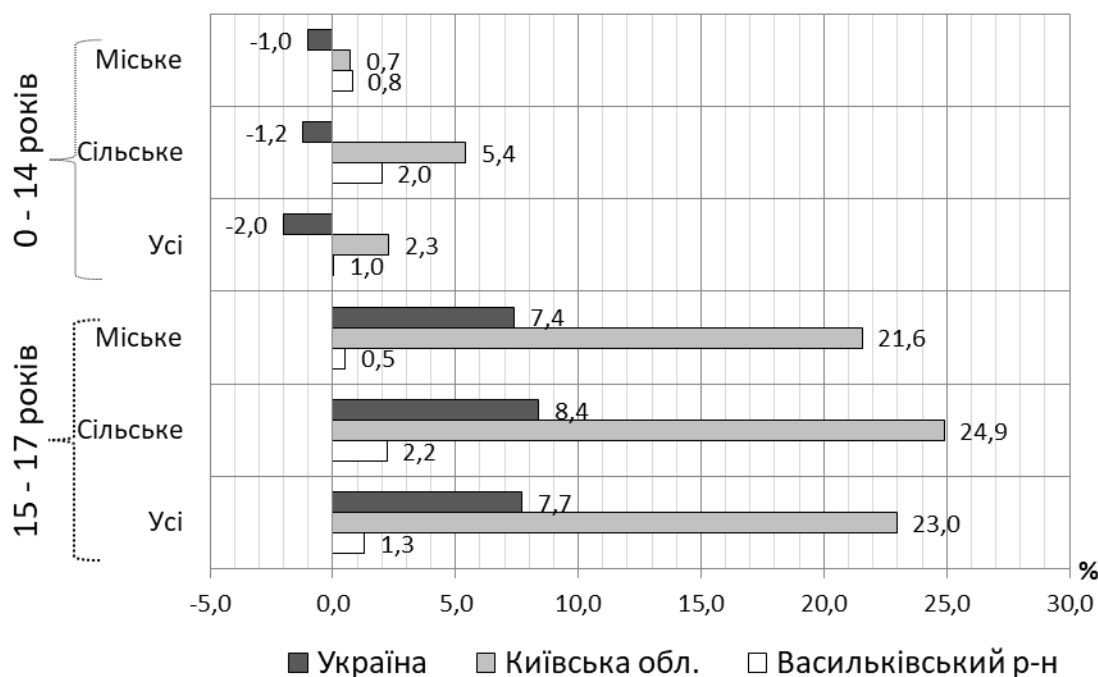


Рис. 3.16. Темпи приросту показників поширеності захворювань серед дитячого населення України, Київської області, Васильківського району з урахуванням вікових груп (2014–2017 рр.)

Як видно з рис. 3.16, поширеність захворювань, як і первинна захворюваність, у цілому по Україні мала тенденцію до зниження серед усього дитячого населення 0–14 років, так і міського та сільського (на 2,0%, 1,0% та 1,2% відповідно). У Київській області та Васильківському районі, навпаки, спостерігався її приріст на 2,3% та на 1,0% відповідно. За місцем проживання інтенсивнішим був процес серед сільських жителів в області (на 5,4% проти 0,7% міських) та в районі (на 2,0% проти 0,8% відповідно).

Для підлітків характерним був приріст показників в усіх адміністративних територіях. Відмінність полягала лише в темпі, який виявився найбільшим у Київській області (на 23,0% проти 7,7% по Україні і лише на 1,3% в районі), та зростанні їх серед сільських жителів (на 24,9%, 8,4% та 2,2% відповідно проти 21,6%, 7,4% та 0,5% – міських).

За окремим винятком показники серед дітей 0–14 років були більшими в Київській області та ще більшими саме у Васильківському районі: в Україні серед усіх дітей 16 766,0 міських – 17 946,0, сільських – 14 464,0; у Київській області відповідно 22865,3, 24285,0 та 20489,0; у Васильківському районі 32318,0, 34995,0 та 15218,0 відповідно на 10 тис. Як видно, переважали величини серед міських жителів. Що стосується підлітків, то лише регіональні показники були вищими за середньоукраїнські, в районі – нижчими за регіональні. А саме: серед усіх по країні – 21 777,2, міських – 22 618,3, сільських – 20 325,9, в регіоні – 37 498,4, 36 144,8 та 39 544,2 відповідно, в районі в 2–2,3 рази меншими (17 428,4, 19 452,3 та 17 012,3 відповідно). Слід звернути увагу на ще одну відмінність. Здебільшого показники поширеності вищі серед підлітків. Не можна залишити без уваги той факт, що впливає з результатів співвідношення даних рис. 3.15 та рис. 3.16. Темпи приросту показників захворюваності випереджають відповідні величини показників поширеності. Зазначене актуалізує питання профілактики в широкому її розумінні, активної диспансеризації до- та шкільного контингенту, що саме є безпосереднім завданням ПМСД. Окремо виділимо Київську область. Встановлене зростання поширеності захворювань, що супроводжується тенденцією до приросту первинної, свідчить про певні недосконалості в роботі ПМД і про потребу вдосконалення показників якості шляхом побудови сучасної моделі роботи закладу первинної медичної допомоги.

Відносно стабільно перші два місця при розподілі класу хвороб за їхньою частотою належали хворобам органів дихання та травлення серед дітей 0–14 та 15–17 років. При цьому звернути увагу на наявність територіальних ознак. Передусім показники поширеності хвороб органів дихання більші серед дітей 0–14 років (28%), ніж 15–17 років (21%). Крім того, в Київській області вони вищі, ніж середньоукраїнські, а у Васильківському районі – за обласні (13 671,9 проти 9 602,2 по країні; 18 342,0 – у районі). За величиною виділяється й міське населення (по Україні – 10 464,0 проти 7 912,0 сільського; по області – 14 832,0 проти 11 730,0, у районі – 20843,0 проти 7313,0 відповідно). Виявилося також, що в Київській області показники вдвічі більші, ніж середньоукраїнські (15 168,4, серед міського –

13 948,6, сільського – 17 012,0 проти 8 153,4, 8 294,5 та 7 909,4 відповідно по Україні). У районі відповідні величини були меншими. На відміну від зазначеного, показники поширеності хвороб органів травлення, що посідали друге місце в структурі, були більшими серед підлітків (1 930,1 проти 983,1 серед дітей 0–14 років, міських – 2 101,0 проти 1 023,0, сільських – 1 634,7 проти 904,0 відповідно). В області друге місце належало ендокринним хворобам з більшими величинами серед міських мешканців (4 166,7 проти 3 471,0 сільських). Третє місце загалом по Україні серед різних вікових груп дітей було представлено хворобами ока, проте в Київській області та районі – хворобами ендокринної системи. Наприклад, за період спостереження в районі показник поширеності дифузного зоба І ступеня серед дітей 0–14 років зріс на 10,3% (293,3 на 10 тис. відповідного населення) та на 18,0% – серед підлітків. Серед останніх із класу хвороб ока міопія зросла на 34,6%, а серед дітей 0–14 років – на 4,4%, а косоокість на 2,0%.

Доволі стабільно четверте місце посідають хвороби кістково-м'язової системи в підлітковому віці. Показники в області перевищують загальноукраїнські, особливо серед міських жителів, де вони найвищі; виділяється тут і темп приросту. Зокрема, у 2017 р. рівень поширеності становив 2 829,1 проти 1 700,6 по країні та був більшим на 24,3% проти 5,5% відповідно; ще інтенсивнішим приріст спостерігався серед міських жителів (на 34,3% проти 11,2% сільських), і показники досягали 2 895,3 проти 2 729,0; середньоукраїнські зросли на 6,2% проти 4,2% до 1 833,5 та 1 470,8 відповідно.

Серед дітей 0–14 років четверте місце в області належало хворобам ендокринної системи. За показником виділяється сільське населення: 1 085,0 міського проти 1 620,0 – сільського та 1 044,6 усього цього віку. Позитивним у даному випадку є факт зменшення величин за роки вивчення: найбільш виразніше серед міського (на 19,7%) і повільніше серед сільського (на 18,4%).

При узагальненні наведених даних напрошується висновок щодо їхньої залежності від вікового складу дитячого населення, місця проживання. Не можна оминути факт зростання як захворюваності, так і поширеності хвороб серед

підлітків на тлі зниження в цілому по Україні їх рівнів серед дітей 0–14 років. Більше того, в Київській області воно повсюдне та більш інтенсивне серед підлітків. Необхідно наголосити на збільшенні показників первинної захворюваності та поширеності серед дитячого населення й серед підлітків, які проживають у сільській місцевості, особливо в регіоні, де показники захворюваності та поширеності більші, а темп приросту їх вищий, ніж серед міських мешканців. Представлена ситуація поглиблюється за своїм негативним станом з огляду на динаміку чисельності дитячого населення. Встановлено, що за 2014–2017 роки в Україні його стало більше на 0,3% (до 761 5606 проти 759 4883 у 2014 р.), при цьому на тлі зростання дітей 0–14 років на 2,9% до 653 5530 у підлітковому віці їх стало менше на 13,0% до 108 0070. Виразніша динаміка в Київській області. Дитяче населення збільшилось на 5,5% практично за рахунок дітей 0–14 років, оскільки підлітків стало менше на 13,6%. У віковій структурі дитячого населення України у 2017 році 85,8% припадало на дітей 0–14 років та 14,2% – на підлітків; у Київській області – 87,3% та 12,6% відповідно. Водночас спостерігається тенденція до зменшення кількості жителів сіл (у 2017 р. їх відсоток становив 37,7% проти 37,9% у 2014 р.). Подібна картина характерна й для країни в цілому – питома вага дитячого населення сільської місцевості становила 34,2% проти 34,6% чотири роки поспіль.

Більш високі темпи приросту показників захворюваності, поширеності хвороб у віковій групі 15–17 років із зазначеними регіональними відмінностями, в тому числі при різних класах хвороб, за якими практично формується загальний рівень, віддзеркалюють неоднорідність стану здоров'я дітей, виявляють найбільш уразливу серед них групу, а також свідчать про організацію та якість надання медичної допомоги. Оскільки захворюваність відноситься до важливих критеріїв якості роботи фахівців лікувально-профілактичних закладів, отримані дані є об'єктивним доказом необхідності вдосконалення передусім ПМСД, результативність якої напряму залежить від урахування регіональних особливостей і можливостей місцевих органів.

Висновки до розділу 3

1. Встановлено зростання загальної захворюваності (за 2014–2017 рр.) серед дорослого населення: в Україні на 1,1% (до 170 634,5 на 100 тис.); Київській області – на 6,2% (до 205 827,3 на 100 тис.), Васильківському районі – на 1,8% (до 154 879,6 на 100 тис.); приріст показників переважав серед міських жителів (1,2%; 6,1%; 1,3% проти 0,7%; 6,4%; 0,08% – сільських), працездатних та осіб жіночої статі. Структуру поширеності захворювань на 70%–97% (залежно від років дослідження, території, груп населення) формують 6 класів захворювань: хвороби системи кровообігу, органів дихання, травлення, хвороби сечостатевої, кістково-м'язової, ендокринної систем, що необхідно враховувати при вдосконаленні організації надання МД.

2. Первинна захворюваність дорослих в Україні у 2017 р. становила 48 212,2 на 100 тис., у Київській області – 54727,2 на 100 тис. (вище на 13,5%), у Васильківському районі – 46671,5 на 100 тис. (менше на 3,2% та 14,7% відповідно). За час спостереження показники знизились на 0,8% по країні, зросли в області (на 8,8%) та районі (на 2,2%). Особливості в цілому по країні проявилися у вигляді інтенсивнішого процесу серед міського населення (на 0,6% проти 0,4% – сільського), чоловіків (на 0,9% проти 0,3% – жінок), осіб працездатного віку (на 1,6% проти зростання серед працездатних на 0,4%); в області – удвічі більшим зростанням показників серед сільського населення (на 12,4% проти 6,5% – міського), працездатних осіб (на 10,1% проти 9,4% старше працездатних), величини їх зменшилися серед чоловіків та одночасно зросли серед жінок (на 8,2% та 9,7% відповідно); в районі – при повільнішому, ніж у регіоні, зростанні захворюваності інтенсивнішим у 4 рази воно було серед міських жителів (0,8% проти 0,2% – сільських), в 1,4 рази серед працездатних (на 1,3% проти 0,9% – старше працездатних) та удвічі серед жінок (на 0,8% проти 0,4% – чоловіків).

3. Виявлено зниження показників серед осіб старше працездатного віку при зростанні його питомої ваги (на 6,6% та на 5,1% в Україні та області відповідно) і, навпаки, зростання величин серед працездатного віку (на 3,4% та 2,4%

відповідно), інтенсивніше зменшення рівнів серед міського, ніж сільського населення, при зворотній динаміці їх кількості свідчать про глибинні процеси, що відбуваються в суспільстві, та залежність від них стану організації медичної допомоги.

4. На тлі незначного зниження захворюваності (за 2014–2017 рр.) серед дітей 0–14 років в Україні (на 1,1%) тільки за рахунок сільського населення, на регіональному та районному рівнях, при більших за середньоукраїнські показниках, спостерігався її приріст різної інтенсивності з відмінністю за місцем проживання (на 5,3% та 0,4% відповідно, та втричі більше зростання серед сільських дітей у регіоні та в п'ять разів – серед міських у районі).

5. При зменшенні чисельності підлітків (на 13,0% та 13,6% в країні та регіоні відповідно) зафіксовано повсюдне зростання захворюваності в цьому віці: на 9,0% по Україні, в 3,5 раза більше в регіоні та повільніше в районі (на 1,4%); виразнішим воно було серед міських жителів, де проживає 60,2%–63,4% дітей 15–17 років. Величини показників регіону перевищували середні по Україні, а в районі були нижчими, ніж у регіоні.

6. Виявлено, що структура захворюваності подібна в дітей різного віку та не відрізняється територіально; перші три місця належали хворобам органів дихання, шкіри й травмам та отруєнням; простежені за зазначеними ознаками відмінності щодо частоти окремих нозологій.

7. Поширеність захворювань у віці 0–14 років при зниженні її в цілому по Україні (на 2,0% та 1,0% і 1,2% серед міських та сільських жителів) мала приріст у регіоні та районі (на 2,3% та 1,0%), особливо серед сільського населення (на 5,4% та 2,0% проти 0,7% та 0,8% міського відповідно). Зростання показників поширеності серед підлітків притаманне для всіх адміністративних територій з відмінністю за інтенсивністю (в регіоні на 23,0% проти 7,7% по Україні та лише на 1,3% в районі, а також серед сільських жителів на 24,9%, 8,4% та 2,2% відповідно проти 21,6%, 7,4% та 0,5% міських).

8. Структура поширеності захворювань серед різних вікових груп дитячого населення відрізняється суттєвими варіантами варіації класів хвороб у територіальному аспекті; відносно стабільно перші два місяці належали хворобам органів дихання й травлення.

За матеріалами розділу опубліковано:

1. Августинович Я. І. Сучасні особливості захворюваності дорослого населення. *Україна. Здоров'я нації*. 2019. № 2. С. 13 (дисертанткою проведено обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів).

РОЗДІЛ 4

РЕЗУЛЬТАТИ СОЦІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЩОДО ВДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ЯКОСТІ НАДАННЯ ПМД НАСЕЛЕННЮ НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ

Соціологічне дослідження проводилось шляхом одночасного залучення до опитування двох основних груп – пацієнтів та медичних працівників, які працюють і мешкають у сільській та міській місцевостях чотирьох ОТГ Київської області. Респондентами були особи жіночої та чоловічої статі віком від 18 до 85 років різного соціального статусу. Далі послідовно представляємо результати дослідження.

4.1. Результати опитування населення щодо оптимізації організації надання ПМД для забезпечення її доступності та покращення якості

До когорти опитаних увійшло 410 дорослих осіб. Згідно з методологією дослідження 250 були пацієнтами, які звернулися по амбулаторно-поліклінічну допомогу з тієї чи іншої причини, 160 – здорові люди, що є батьками (представниками) дітей, які звернулися по допомогу. При цьому із 250 пацієнтів 100 були опитані з використанням експертного методу у вигляді бальної оцінки запропонованих запитань і з можливістю надавати свої варіанти відповідей на кожне із запитань. 150 респондентів працювали з анкетами, які містили перелік конкретних запитань з варіантами можливих відповідей на них. Зазначимо, що запитання були подібні або майже однакові в усіх видах анкет.

Аналізуючи відповіді респондентів, було сформовано певні групи, схожі між собою: за віком, територією проживання, спеціальністю тощо для подальшого аналізу результатів дослідження. Прокоментуємо склад опитаних (250 пацієнтів). Здійснено порівняльний аналіз двох підгруп (100 та 150 осіб), які були опитані за різними анкетами (додаток А), за віком, статтю, місцем проживання.

Розподіл опитаних пацієнтів за статтю, віком, місцем проживання в розрізі варіантів анкет

Населення (розрахунок кожного показника проведено у групах подібних), n = 250							У тому числі												
							1 вид анкети (бали), n = 100 (розрахунок кожного показника проведено у групах подібних)						2 види анкет (бали), n = 150 (розрахунок кожного показника проведено у групах подібних)						
Вік	Усього		Місто		Село		Разом		Місто		Село		Разом		Місто		Село		
	абс.	%	чол.	жін.	чол.	жін.	абс.	%	чол.	жін.	чол.	жін.	абс.	%	чол.	жін.	чол.	жін.	
До 29	46	18,4	10	21	6	9	17	3,7	3	12	2	-	29	19,3	7	9	4	9	
30-39	78	31,2	11	47	7	13	32	4,6	3	22	3	4	46	30,7	8	25	4	9	
40-49	62	24,8	12	25	11	14	22	4,1	3	11	4	4	40	26,7	9	14	7	10	
50-59	37	14,8	5	11	6	15	14	3,4	2	6	3	3	23	15,3	3	5	3	12	
60-69	22	8,8	3	12	4	3	11	3,1	3	7	1	-	11	7,3	-	5	3	3	
≥ 70	5	2,0	-	1	2	2	4	1,9	-	1	1	2	1	0,7	-	-	1	-	
Всього	250	100,0	41	117	36	56	100	100,0	14	59	14	13	150	100,0	27	58	22	43	

У табл. 4.1 подано розподіл опитаних за віком, статтю, місцем проживання.

За даними табл. 4.1 видно, що із загальної чисельності респондентів (250 осіб) більше, ніж удвічі, було жінок (69,2% проти 30,8% чоловіків), переважали міські жителі: 158 (63,2%) проти 92 (36,8%) – сільських. Близько половини (49,6% \pm 3,0%) перебували у віці до 40 років; 40–59 – 39,6% \pm 3,0%; \geq 60 років – 10,8% \pm 1,9% осіб. За місцем проживання різниця була виявлена: до 40 років тих респондентів, хто проживав у міській місцевості (було 56,3% \pm 3,9% проти 38,0% \pm 5,0% у сільській); 40–59 років, навпаки, – у сільській (40,0% \pm 5,2% проти 32,6 \pm 3,7% у міській) із практично однаковими показниками в осіб \geq 60 років (10,1% \pm 2,3% та 8,0% \pm 3,3% відповідно міських та сільських жителів).

При подальшому порівняльному аналізі доводиться подібність респондентів, опитаних за двома видами анкет, за розглянутими ознаками. Міські жителі переважали в обох випадках (73,0% \pm 4,4% та 56,7% \pm 4,0% відповідно проти 27% \pm 4,4% та 43,3% \pm 4,0% – сільських мешканців); за віком розподілялись: до 40 років – 49% \pm 4,9% та 50,0% \pm 4,0%; 40–59 – 36,0% \pm 4,8% та 42,0% \pm 4,0%; \geq 60 років – 15,0% \pm 3,5% та 8,0% \pm 2,2%. Якщо розглядати склад за віком з урахуванням статі та місця проживання, то в сільській місцевості, як і в загальній сукупності (250), виявилось більше респондентів після 40 років (66,7% \pm 4,7% проти 45,2% \pm 4,9% – міських та 60,0% \pm 4,0% проти 42,4 \pm 4,0% – міських відповідно) за 1 та 2 видами анкет. Всюди жінки були молодшими; серед них 52,8% та 50,0% мали вік до 40 років відповідно при опитуванні за видами анкет.

Підсумовуючи, треба звернути увагу на особливості. Виявлений факт незначного відсотка серед респондентів осіб старше 60 років не відбиває реальну картину структури звернень, а пояснюється бажанням участі в дослідженні, похилі люди виявляють менш активну позицію. Перевага серед сільських мешканців старшого віку, ніж серед опитаних міських жителів, узгоджується з віковою структурою населення, що має місце в суспільстві. Більшість жінок – респондентів пояснюємо наявними демографічними тенденціями та високою їх активністю при соціологічних опитуваннях, що узгоджується з точкою зору інших авторів [21].

Оскільки за освітою, професійною діяльністю, сімейним станом достовірної різниці між групами не було, подаємо відповідний розподіл серед усіх 250 респондентів. За рівнем освіти всі опитані були поділені на три групи: особи із середньою загальною ($16,8\% \pm 2,3\%$), середньою спеціальною ($44,8\% \pm 3,1\%$) та вищою ($38,4\% \pm 3,0\%$) освітою. За професійним станом найбільша питома вага припадала на службовців ($28,8\% \pm 2,8\%$), на робітників – $23,2\% \pm 2,6\%$, решта по $16,0\% \pm 2,3\%$ – на підприємців, безробітних і пенсіонерів. З урахуванням сімейного стану виділені такі групи: сімейні ($76,0\%$) – які перебували в цивільному ($12,0\%$) та офіційному ($64,0\%$) шлюбі; одинокі ($24,0\%$), – неодружені ($11,2\%$), ті що втратили годувальника ($8,0\%$) та розлучені ($4,8\%$).

Нижче представляємо отримані результати аналітико-синтетичного аналізу анкет, кожний фактор якої оцінювався респондентом за 7-бальною шкалою: 1 бал – дуже незадоволений; 2 – незадоволений; 3 – певною мірою незадоволений; 4 – нейтральне ставлення; 5 – певною мірою задоволений; 6 – задоволений; 7 – дуже задоволений; 0 – немає власної думки.

Користуючись даними літератури, виділяли три такі фактори, що впливають на задоволеність населенням амбулаторно-поліклінічною допомогою. До них відносились кваліфікаційний, організаційний та інформаційний.

Організаційний фактор містить параметри, які дозволяють оцінити доступність та зручність отримання медичної допомоги (відстань до закладу, система запису на прийом, тривалість його очікування). По суті визначаємо рівень комфортності медичних послуг, своєчасність їх надання.

Інформаційний фактор наразі, в умовах поширення та впровадження в клінічну практику високотехнологічних комунікаційних технологій, набуває особливого значення. Він включає такі параметри як інформативність показників, наявність навчальних посібників, залучення нових форм запису та спілкування з лікарем у форматі онлайн тощо.

Кваліфікаційний фактор включає параметри, за якими оцінюють представників медичного персоналу, їх компетентність, індивідуальний підхід

та доступність пояснень; час, який витратив лікар на прийом, дотримання лікарської таємниці. Крім того, надавалась узагальнена характеристика – від враження та ефективності отримання медичних послуг до задоволеності результатом лікування в цілому.

Розраховані середні значення оцінки респондентами кожного із залучених факторів з урахуванням статі та місця проживання подані в табл. 4.2.

Показники задоволеності пацієнтами амбулаторно-поліклінічною допомогою за факторами з урахуванням статі та місця проживання (M ± m; бали за 7-бальною системою)

Фактори	Всього, n = 100	У тому числі		Місто, n = 73			Село, n = 27		
		чоловіки	жінки	разом	у тому числі		разом	у тому числі	
					чоловіки, n = 14	жінки, n = 59		чоловіки, n = 14	жінки, n = 13
		1	2	3	4	5	6	7	8
Кваліфікаційний	6,1 ± 0,3	6,0 ± 0,1	6,3 ± 0,2 ^x	6,4 ± 0,2 ⁰	6,3 ± 0,2 ^{**}	6,4 ± 0,3	5,8 ± 0,3	5,7 ± 0,3	5,9 ± 0,3
Організаційний	5,1 ± 0,2	5,1 ± 0,1	5,1 ± 0,2	5,2 ± 0,1 ⁰	5,4 ± 0,2 ^{**Δ}	5,0 ± 0,1	4,9 ± 0,1	^{ΔΔ} 4,9 ± 0,2	5,3 ± 0,2
Інформаційний	4,8 ± 0,2	4,8 ± 0,3	5,4 ± 0,2 ^x	4,9 ± 0,1 ⁰	5,1 ± 0,1 ^{**Δ}	4,7 ± 0,3	5,3 ± 0,2	^{ΔΔ} 5,8 ± 0,3	4,8 ± 0,3

Примітка: */ різниця достовірна $P_{2-3} < 0,05$; **/ різниця достовірна між $P_{5-8} < 0,05$;

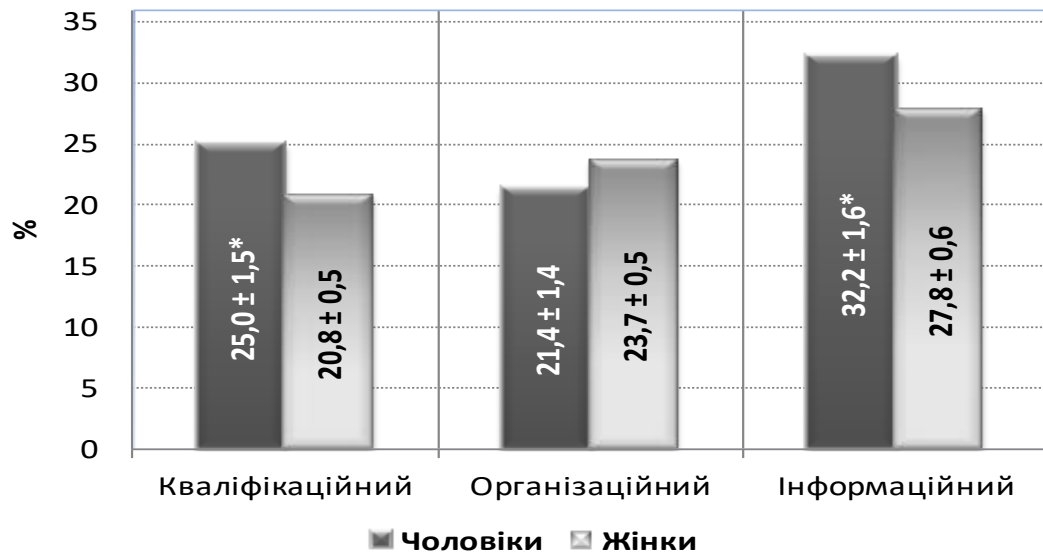
^Δ/ різниця достовірна між $P_{5-6} < 0,05$; ^{ΔΔ}/ різниця достовірна між $P_{8-9} < 0,05$; ⁰/ різниця достовірна між $P_{4-7} < 0,05$.

Як видно з даних таблиці 4.2, виявилася достовірна різниця між показниками кваліфікаційного, організаційного та інформаційного факторів (при 7-бальній оцінці), при середній оцінці $6,1 \pm 0,3$; $5,1 \pm 0,2$ та $4,8 \pm 0,2$ бала відповідно. Тобто населення демонструє задоволеність амбулаторно-поліклінічною допомогою, проте простежується спадна поступова тенденція рівня задоволеності за переліченими вище факторами. Особливості відповідності системи потребам населення мають відмінності за місцем проживання та за статтю. Виявлена достовірна різниця показників: у жителів міст задоволеність їх кваліфікаційними та організаційними характеристиками допомоги вищі, ніж сільських мешканців ($6,4 \pm 0,2$; $5,2 \pm 0,1$ проти $5,8 \pm 0,3$; $4,9 \pm 0,1$ бала відповідно). Водночас інформаційний фактор, навпаки, вищу оцінку отримав від сільських мешканців ($5,3 \pm 0,2$ бала проти $4,8 \pm 0,1$ бала серед міських жителів).

Виявлено, що достовірно вище оцінили фактор отримання первинної медичної допомоги жінки ($6,3 \pm 0,2$ проти $6,0 \pm 0,1$ бала – чоловіки), при тому, що в обох випадках кількісна характеристика відповідає критерію «задоволені». «Певною мірою задоволені» організаційним фактором як чоловіки, так й жінки ($5,1 \pm 0,1$ та $5,1 \pm 0,2$ бала відповідно). Суттєво відмінність проявилася при оцінюванні інформаційного фактору: на рівні $4,8 \pm 0,3$ бала – жінки та $5,4 \pm 0,2$ бала – чоловіки ($p < 0,05$). Тобто жінки виявили більш вимогливе й критичне ставлення до роботи медичного персоналу ЦПМСД, ніж чоловіки, які висловлювали частіше «певну задоволеність» чи «задоволеність».

Варто зазначити, що за наведеною вище узагальненою оцінкою кожного з факторів приховуються особливості. Вони проявляються при аналізі питомої ваги пацієнтів залежно від конкретної величини бала, яку вони надавали тому чи іншому фактору. Показник розраховувався за двома межовими значеннями: виділяли випадки з оцінками 1–4 та 5–7 балів. Вважаємо такий розподіл виправданим, оскільки вищі бали свідчать, по суті, про задоволеність, з її відтінками (певною мірою, дуже), тоді як бали 1–4, навпаки, про незадоволеність (дуже, певною мірою); до них приєднали нейтральне ставлення, що, на нашу думку, свідчить про

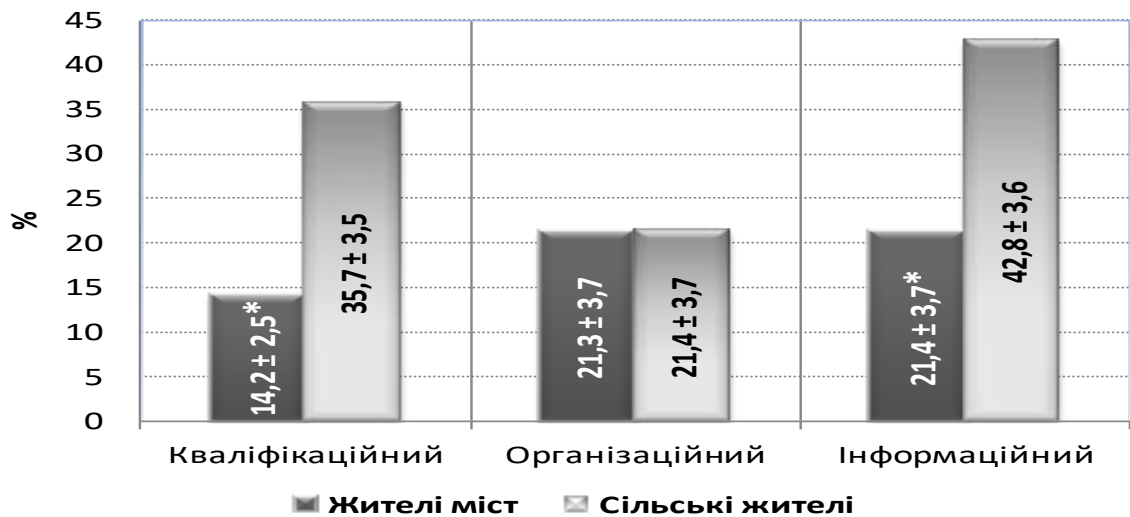
невизначеність з різних причин (наприклад, з поодинокими зверненнями, рисами характеру респондентів тощо). На рис. 4.1 представлені результати роботи в порівняльному аспекті серед загальної кількості чоловіків і жінок.



Примітка: */різниця достовірна; $p < 0,05$.

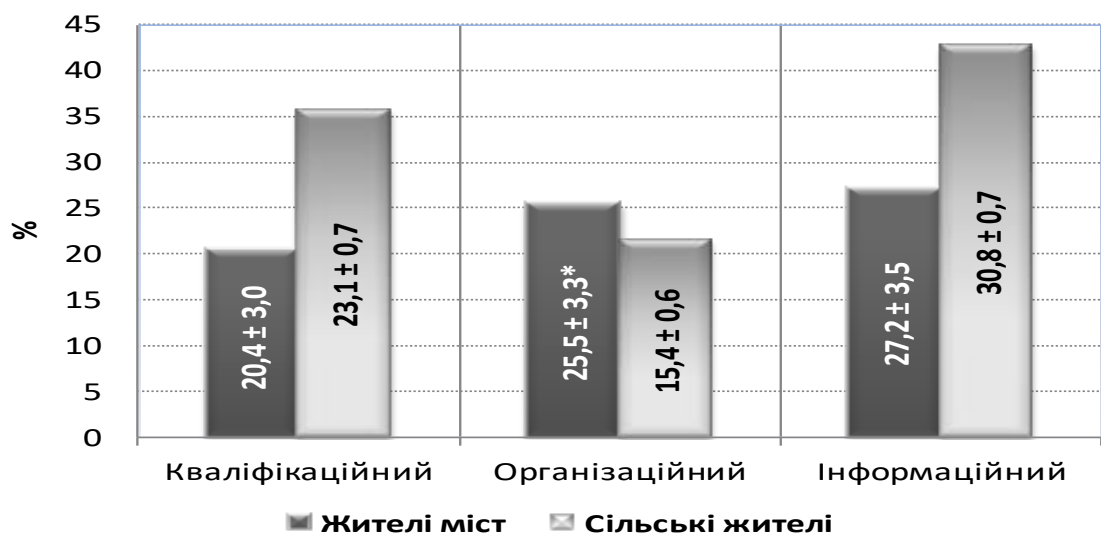
Рис. 4.1. Відсоток осіб, які оцінили задоволеність амбулаторно-поліклінічною допомогою на 1-4 бали за 7 бальною системою, розподілені за статтю та з урахуванням факторів

Виявилося, що більшість чоловіків незадоволена параметрами кваліфікаційного та інформаційного факторів: $25,0\% \pm 1,5\%$ та $32,2\% \pm 1,6\%$ проти $20,8\% \pm 0,5\%$ та $27,8 \pm 0,6\%$ – жінок; організаційним фактором незадоволені практично кожен п'ятий чоловік та кожна четверта жінка. Далі порівняли показники, отримані серед чоловіків та жінок з урахуванням місця проживання (рис. 4.2 та рис. 4.3). Доведено, що як жінки, так і чоловіки, при чому доволі частіше, які проживають у сільській місцевості, незадоволені параметрами кваліфікаційного та інформаційного факторів ($23,1\% \pm 0,7\%$ та $35,7\% \pm 3,5\%$, а також $30,8\% \pm 0,7\%$ та $42,8\% \pm 3,6\%$ відповідно). Організаційний фактор роботи амбулаторної служби гіршим вважають чоловіки, ніж жінки ($21,4\% \pm 3,7\%$ та $15,4\% \pm 0,6\%$ відповідно; $p < 0,05$).



Примітка: */різниця достовірна; $p < 0,05$.

Рис. 4.2. Відсоток чоловіків, які оцінили задоволеність амбулаторно-поліклінічною допомогою 1–4 балами за 7-бальною системою залежно від місця проживання з урахуванням факторів



Примітка: */різниця достовірна; $p < 0,05$.

Рис. 4.3. Відсоток жінок, які оцінили задоволеність амбулаторно-поліклінічною допомогою 1–4 балами за 7-бальною системою залежно від місця проживання з урахуванням факторів

У міській місцевості, навпаки, жінки переважно задовільними вважають усі фактори, а саме: $20,4\% \pm 3,0\%$, $25,5\% \pm 3,3\%$ та $27,2\% \pm 3,5\%$ проти $14,2\% \pm 2,5\%$, $21,3\% \pm 3,7\%$ та $21,4\% \pm 3,7\%$ відповідно за I, II, III факторами.

Отже, з наведених даних випливає, що сільські мешканці, здебільшого чоловіки, частіше незадоволені амбулаторно-поліклінічною допомогою. Серед жителів міст жінки вимогливіші за чоловіків – кожна п'ята, четверта, третя незадоволені відповідно кваліфікаційним, організаційним та інформаційним факторами.

Виявлені ознаки, якими частіше незадоволені пацієнти в розрізі окремих факторів. Вони були подібними та близькими в чоловіків та жінок, жителів сіл і міст. Так, за кваліфікаційним – від 34% до 50% припадає на такі параметри як доступність пояснень рекомендацій лікарями та середнім медичним персоналом, відсутність та обмеження ними порад щодо попередження розвитку захворювань та можливих ускладнень внаслідок конкретної хвороби, а також якість обстеження та результати допомоги в цілому. Що стосується організаційного фактору, то для 40,0%–59,0% пацієнтів незручними були розташування та часи прийому в закладі, не влаштувала тривалість очікування прийому та робота реєстратури. Окремо слід зазначити такі негативні ознаки, які здебільшого відносяться власне до пацієнтів, проте опосередковано пов'язані і з роботою медичного персоналу ЦПМСД, а саме – розуміння важливості збереження власного здоров'я та перелік компонентів, що щільно з ним пов'язаний.

Відсотки незадоволеності параметрами інформаційного фактору були найбільшими (від 60,0% до 77,0%). При цьому виділялись за величиною ті, за якими оцінювалась інформаційно-просвітницька робота закладу.

Далі були розраховані середні значення задоволеності пацієнтами з урахуванням освіти. Виявилось, що задоволеність знижується зі зростанням їх рівня освіти, що продемонстровано в табл. 4.3

**Показники задоволеності пацієнтами амбулаторно-поліклінічною
допомогою з урахуванням рівня освіти ($M \pm m$)**

Фактори	Рівень освіти		
	середня	середня спеціальна	вища
1	2	3	4
Кваліфікаційний	6,7 ± 0,1*	6,3 ± 0,2*	5,6 ± 0,3
Організаційний	6,6 ± 0,1*	6,1 ± 0,2*	5,7 ± 0,1
Інформаційний	6,3 ± 0,1*	5,8 ± 0,3*	5,2 ± 0,2

Примітка: */ різниця достовірна $P_{2-3}, P_{3-4} < 0,05$.

Задоволеність амбулаторно-поліклінічною допомогою зростає з віком, проте має особливості залежно від статі, місця проживання та зайнятості.

Результати аналізу коефіцієнта кореляції Пірсона свідчать про те, що зазначена залежність виразніше простежується серед пацієнтів у сільській місцевості. Помітнішим зв'язок виявився серед чоловіків щодо кожного фактора: $r = 0,5253$, $r = 0,5228$, $r = 0,5492$ відповідно кваліфікаційного, організаційного, інформаційного; помірним він був і серед жінок при перших двох ($r = 0,3526$ та $r = 0,49437$) та помітним при останньому ($r = 0,5210$).

У жителів міст серед чоловіків виявлено слабкий зв'язок за вказаною ознакою із кваліфікаційним фактором ($r = 0,211946$), відсутній зв'язок із організаційним фактором, помірний зворотний зв'язок з інформаційним ($r = 0,31219$); водночас серед жінок будь-якої залежності не було доведено. Не виявлено зв'язок між цими трьома факторами також в осіб з різним сімейним станом. Крім того, працюючий контингент пацієнтів повсюдно менше задоволений амбулаторною допомогою, ніж непрацюючий ($4,8 \pm 0,2$ проти $5,7 \pm 0,3$ бала; $p < 0,05$).

Отже, отримані дані вже на попередньому етапі вивчення свідчать, що результативність основної ланки охорони здоров'я не повною мірою задовольняє і відповідає потребам пацієнтів, а відмінності, виявлені серед жителів сільської та міської місцевостей, показують, що стан сучасної охорони здоров'я потребує впровадження постійних змін в управлінні системою як усього закладу, так і на рівні реалізації окремих рішень підвищення якості, оскільки перед закладом охорони здоров'я стоїть завдання задовольняти вимоги всіх сторін – пацієнтів, працівників, власників, НСЗУ, МОЗ та ін. При цьому важливо швидко реагувати на зміни та непередбачувані обставини, і водночас фокусуватися на пацієнті, розвивати пацієнторієнтованість та розбудовувати систему безперервного покращення якості допомоги.

У подальшому дані були доповнені результатами аналізу відповідей пацієнтів, опитаних за іншою методологією. Їх узагальнення дозволить, з позиції доказовості, підтвердити, уточнити, розширити подану вище інформацію. Виділимо основні положення даних анкет. На сьогодні $94,1\% \pm 2,5\%$ та $97,0\% \pm 2,1\%$ респондентів серед міського та сільського населення обрали сімейного лікаря, ступінь задоволеності яким була найбільшою за результатами аналізу суми кваліфікаційного, організаційного, інформаційного факторів і відповіли, що здійснили усвідомлений вибір сімейного лікаря: у 68% випадках (у 69,1% та 66,2% у містах і селах відповідно). Решта респондентів практично з однаковою частотою оформляли договір із лікарем, якого пропонували, чи довільно. Вірогідна більшість визнає покращення лікувально-профілактичної допомоги з переходом на обслуговування лікарями ЗПСМ, тоді як кожен п'ятий житель міста та третій сільський мешканець цього не зазначили ($20,0\% \pm 0,5\%$ та $29,2\% \pm 0,7\%$ відповідно; $p < 0,01$). Простежено, що зі збільшенням віку пацієнтів відсоток такої думки зростає (до 30 років – $2,7\% \pm 0,7\%$, ≥ 50 років – $9,0\% \pm 1,5\%$; $p < 0,05$). Усі респонденти впродовж останнього року хоч раз зверталися по послуги амбулаторної допомоги. Основними їх причинами було лікування ($58,8\% \pm 0,6\%$ та $60,6\% \pm 0,8\%$ міських і сільських жителів) та консультації ($23,5\% \pm 0,5\%$ та $32,3\% \pm 0,7\%$ відповідно; $p < 0,05$). З метою диспансерного спостереження серед міських жителів показник

звернень був утричі вищим (15,0% проти сільського 5,0%). Решта респондентів зверталася по довідки (2,0%–3,0%). Більшість респондентів (78%–52,0%), особливо сільської місцевості, відмічали низьку доступність спеціалістів інших спеціальностей – на їхню частку припадало 42 – 53,8% ± 6,6% проти 36 – 46,2% ± 0,6% жителів міст ($p < 0,05$). На необхідність оплати медичних послуг вказує половина опитаних (76%–50,7%), серед яких удвічі більше (67,1%) міських жителів (32,9% – сільських). Респонденти відповіли, що найчастіше вони зверталися до закладу ПМД за направленням до фахівців, медичних маніпуляцій, отримання консультації.

Варто зауважити, що при загальній високій позитивній оцінці (80,7% ± 3,2% із 150 пацієнтів) роботи амбулаторно-поліклінічної служби повністю задоволений нею був лише кожен третій (33,0% та 29,2% міських та сільських мешканців), частково – 49,4% ± 0,6% та 52,3% ± 0,8% відповідно ($p < 0,05$). Незадоволених у цілому було 19,3%, серед яких помітно більше сільських мешканців (18,5 ± 0,6% проти 17,0 ± 0,4% – міських). Виявилося, що рівень задоволеності більшою мірою залежить від організації медичної допомоги, а саме – доступності та зручності розташування закладу, довжини черг на прийом, якості та доступності послуг спеціалістів інших спеціальностей, роботи реєстратури. Відсоток негативної оцінки більший серед сільських жителів (32 із 46 – 69,9% ± 1,0% проти 34 із 57 – 59,6% ± 0,9% міських; $p < 0,01$). З огляду на розпочаті зміни на рівні первинної медичної допомоги актуальним є вивчення наслідків впровадження нововведень в організацію її надання. Важливими є результати оцінки реформи галузі та обізнаності з її основними принципами. Переважна більшість пацієнтів (62,7%) висловила своє позитивне ставлення до втілення інноваційних комунікаційних стратегій у систему охорони здоров'я. Зокрема, 64,7% ± 0,6% та 60,0% ± 0,8% ($p < 0,05$) відповідно міських та сільських мешканців підтримують записи на прийом до лікаря в системі онлайн. Водночас кожен третій серед міських (28,2%) та п'ятий (18,5%) серед сільських не визначались у своїй оцінці. Більше того, 21,5% сільських жителів виявили негативне ставлення до вказаного нововведення (7,1% – міських). При цьому наголосимо, що досвід користування онлайн-записом був лише у 30%

сільських та 50,6% міських жителів. За таких умов, на нашу думку, набуває значення рівень обізнаності з інноваційними технологіями, а також вік та освіта. За аналізом відповідей з'ясувалось таке: що старші пацієнти, то частіше вони не підтримують нововведення: від 2,0% серед осіб до 30 років до 19,3% після 50 років. Подібний факт залежності простежується щодо освіти – з підвищенням її рівня зменшується кількість респондентів, не задоволених застосуванням сучасних засобів комунікації (3,2% серед осіб з вищою освітою проти 18,8% із середньою). За гендерними ознаками суттєвої різниці не виявлено.

Особливості реформування медичної служби, і передусім організації її при наданні первинної допомоги, тісно пов'язані з адміністративно-територіальними змінами, що активно відбуваються сьогодні. Створення об'єднаних територіальних громад не може не вплинути на цей процес. Відповідно до цього аспекту отримано таку думку населення. Із 150 опитаних 104 (69,3%) підтримують утворення ОТГ і сприймають добровільне об'єднання певних територій як можливість наближення до якісних і доступних соціальних та медичних послуг. Водночас 30,7% – не підтримують (26 осіб) чи вагаються (20 осіб). Простежено, що з віком таких осіб більше: після 50 років – 24 (52,2%), тоді як до 30 років – 2 (4,3%). А саме: 69,5%, тобто 32 із 46 респондентів були сільськими жителями, 14 осіб – міськими, тобто 31%. Оскільки отримані відомості не можна залишити поза увагою, перед органами охорони здоров'я постає питання ретельного вивчення істинних причин проблеми та розробки заходів щодо їх усунення для того, щоб при обґрунтуванні вдосконаленої моделі надання ПМСД максимально врахувати проблемні питання доступності, а також активізувати роз'яснювальну роботу серед населення з доведенням об'єктивних принципів переваги розвитку селищ та сіл в умовах децентралізації, коли відбувається не просто передача повноважень та коштів на місця, а створюються умови до нового підходу ухвалення рішень.

Виявилось, що повинна проводитись робота з метою підвищення рівня обізнаності з основними принципами, підходами до реформ у медичній галузі. Відсоток відповідей її підтримки дещо менший – 62,7% (94 із 150). Решта 56 із 150

(37,3%) вважає, що можливість отримання якісного та доступного лікування зменшиться чи не зміниться; із 56 осіб відповідно 18 та 38 осіб. У контексті зазначеного значущості набувають дані, отримані від 60 респондентів (40%) про відсутність належної просвітницької роботи в широкому її розумінні; із 60 респондентів 25 (41,7% \pm 5,0%) було міських та 35 (58,3% \pm 6,1%) сільських жителів; ($p < 0,05$). Тобто в сучасних умовах пріоритетності питань підтримки здоров'я серед населення воно не отримує необхідної інформації щодо основних принципів здорового способу життя, профілактичних знань з попередження поширених захворювань, а також роз'яснень щодо змін, що очікують їх при реформуванні медичної допомоги, механізмів взаємозв'язку первинної та вторинної допомоги.

У результаті систематизації відповідей на розрізнені запитання другого варіанту анкети для їх узагальнення й подання в аспекті трьох основних факторів (кваліфікаційного, організаційного, інформаційного) можна дійти до подібних висновків. Населення віддає належне професійній підготовці лікарів, медичного персоналу загалом, найбільше незручностей пов'язано з організаційним та інформаційним забезпеченням надання ПМД.

Як зазначалось, окремим важливим пунктом є допомога дитячому населенню. Серед опитаних батьків чи найближчих родичів, кількість яких дорівнювала 160 осіб, практично однаковим був відсоток з дітьми 0–7 та 7–14 років (40,6% \pm 3,8% та 38,8% \pm 3,8% відповідно), і помітно менше за них (20,6% \pm 3,2%) – з підлітками (15–17 років), суттєвих відмінностей розподілу за місцем проживання не спостерігалось. Серед опитаних практично вдвічі більше було осіб жіночої статі (65,0% проти 35,0% чоловічої), близьким до цього було й співвідношення місцевих та сільських жителів (62,5% та 37,5%). Коли респонденти обирали сімейного лікаря, всі вони були задоволені можливістю самостійного рішення, проте кожна третя родина, незалежно від території проживання, обрала для своєї дитини лікаря-педіатра. Решта віддала перевагу сімейному лікарю для всіх членів сім'ї. Зі слів батьків, дитина знає свого лікаря-педіатра ще з дошкільного періоду й добре

сприймає візити до нього, що сприяє позитивним результатам профілактики та лікування. Так, у підлітковому віці звернення до сімейного лікаря становить 1 раз на рік у 28,1% випадках. Більше половини звернень припадає на лікування ($51,2\% \pm 3,9\%$; з коливанням $50,0\% \pm 5,0\%$ – $53,3\% \pm 0,4\%$ серед міських та сільських жителів), третя частина – на планові профілактичні огляди, лекції й бесіди ($29,3\% \pm 3,5\%$; $31,0\% \pm 4,6\%$; $20,7\% \pm 5,7\%$ відповідно). Низьким є відсоток диспансерних спостережень ($3,8\% \pm 1,8\%$; $4,0\% \pm 1,9\%$; $3,3\% \pm 2,5\%$ відповідно) та профілактичних оглядів ($5,7\% \pm 1,2\%$; $3,0\% \pm 1,7\%$; $10,3\% \pm 3,8\%$ відповідно). На позитивну оцінку змін з переходом на обслуговування сімейним лікарем вказала більшість ($76,8\% \pm 3,3\%$ серед усіх та $78,0\% \pm 4,4\%$ і $75,0\% \pm 5,6\%$ серед міських та сільських жителів). Відсоток їх статистично не відрізнявся від величини серед пацієнтів ($80,7\% \pm 3,2\%$; $82,4\% \pm 4,1\%$; $81,5\% \pm 4,6\%$ відповідно). Проте лише часткова задоволеність серед них амбулаторною допомогою ($41,2\% \pm 3,8\%$ серед усіх; $49,7\% \pm 4,8\%$ та $43,3\% \pm 6,3\%$ міських та сільських жителів; $p > 0,05$); незадоволеність ($23,2\% \pm 3,3\%$; $22,0\% \pm 4,1\%$; $25,0\% \pm 5,5\%$ відповідно) кожним четвертим свідчить про необхідність пошуку шляхів покращення ситуації. Ретельне вивчення відповідей дозволило виявити, що шляхи вирішення перебувають у площині організації надання медичної допомоги, а також в інформаційному просторі. Зазначене збігається з інформацією, отриманою від пацієнтів. Довгі черги до лікаря, відстань до закладу, незручний графік прийому, платні послуги та складність отримати консультацію спеціаліста іншої спеціальності – ті однотипні за частотою причини, що формують незадоволеність реальною ситуацією. До того ж практично половина з опитаних не адаптована до впровадження сучасних технологій електронної системи комунікаційних відносин між лікарем та пацієнтом. Про це свідчить нейтральне ставлення до функціонування електронного запису ($26,9\% \pm 3,5\%$, $30,0\% \pm 4,7\%$, $21,6\% \pm 5,3\%$ серед усіх опитаних, міських та сільських жителів відповідно), а також негативне ставлення навіть у випадках відсутності такого досвіду ($15,0\% \pm 2,8\%$; $14,0\% \pm 3,3\%$; $16,7\% \pm 4,2\%$ відповідно). Не впевнені в позитивних змінах кожен третій – четвертий у разі створення об'єднаних територіальних громад ($31,9\% \pm 3,6\%$; $36,0\% \pm 4,4\%$; $25,0\% \pm 5,6\%$

відповідно). Не очікує покращень з реформуванням дещо менша кількість респондентів ($26,2\% \pm 3,4\%$; $22\% \pm 4,1\%$; $33,3\% \pm 4,1\%$ відповідно). Варто звернути увагу на виявлений факт низького рівня чи навіть відсутності належної просвітницької роботи. Його слід віднести до суттєвих недоліків діяльності служби загалом, оскільки доведення правильної, обґрунтованої інформації дозволило б суттєво змінити погляд населення на окремі актуальні питання, пов'язані з реформою, необхідністю впровадження інновацій, їх перспективністю. Світогляд населення змінюється й відповідно до цього треба модернізувати принципи інформаційної роботи. Нові форми, методи треба залучати для пропаганди здорового способу життя, адаптації до переходу отримання медичної допомоги в сучасних умовах її трансформації.

Отже, за аналізом результатів опитування населення (пацієнтів, здорових осіб) за трьома варіантами анкет, спланованих з урахуванням можливості визначення ставлення респондентів до таких основних факторів амбулаторно-поліклінічної служби як кваліфікаційний, організаційний, інформаційний, стало реальним виявлення питань, опрацювання яких при створенні вдосконаленої моделі ПМД в умовах ОТГ забезпечить підвищення її якості.

4.2. Результати опитування лікарів

У процесі реалізації завдань дослідження проаналізовані відповіді на анкети сімейних лікарів (100) та лікарів інших спеціальностей (57), перелік за фахом яких подано в розділі 2. У зв'язку з відсутністю здебільшого суттєвих відмінностей у відповідях медичних працівників (сільських та міських, різного віку й фаху, тих, які проживають на території різних районів та ОТГ) на принципові питання вважаємо доцільним подавати результати в цілому і за наявності виявлених особливостей проводити зіставлення та представляти їх у порівняльному аспекті.

Розподіл за віком опитаних ЛЗПСЛ і фахівців інших спеціальностей наводиться в табл. 4.4.

Аналіз таблиці 4.4 свідчить, що серед опитаних більшість лікарів, як ЛЗПСЛ, так й інших за фахом, працює в міській місцевості ($57,0\% \pm 4,9\%$ та $61,4\% \pm 6,4\%$ відповідно), у сільській $43,0 \pm 4,5\%$ та $38,6 \pm 6,4\%$ відповідно.

При переважній більшості жінок серед лікарів інших спеціальностей відсоток чоловіків серед них був більший, ніж серед ЛЗПСЛ: із 57 перших 24 були чоловічої статі ($42,1\% \pm 6,5\%$), тоді як серед ЛЗПСЛ – 33 із 100 ($33,0\% \pm 4,4\%$) (рис. 4.4).



Рис. 4.4. Розподіл респондентів за статтю: А – лікарів загальної практики – сімейних лікарів (ЛЗПСЛ); Б – лікарів інших спеціальностей

За віковим розподілом видно, що в сільській місцевості контингент лікарів старшого віку. Так, після 50 років відсоток ЛЗПСЛ становив $30,2\% \pm 7,0\%$ (13 із 43) проти $24,6\% \pm 5,6\%$ (14 із 57) у міській, а серед лікарів інших спеціальностей – $41,0\% \pm 10,4\%$ (9 із 22) проти $20,0\% \pm 6,7\%$ (7 із 35) відповідно.

Розподіл за віком опитаних лікарів у міській та сільській місцевостях

Вік (роки)	Лікарі загальної практики – сімейні лікарі (ЛЗПСЛ), n = 100									Лікарі інших спеціальностей, n = 57						
	Всього			місто, n = 57			село, n = 43			всього			місто, n = 35		село, n = 22	
	абс.	%	m	абс.	%	m	абс.	%	m	абс.	%	m	абс.	%	абс.	%
До 29	15	15,0	3,5	6	10,5	4,0	9	21,0	6,2	5	8,8	3,7	2	5,7	3	13,6
30–39	30	30,0	4,6	21	36,8	6,3	9	21,0	6,2	15	26,3	5,8	13	30,2	2	9,1
40–49	28	28,0	4,4	16	28,1	5,9	12	28,0	6,8	21	36,8	6,3	13	30,2	8	36,4
50–59	19	19,0	3,9	11	19,3	5,2	8	18,5	5,9	11	19,3	5,2	4	11,4	7	31,8
≥60	8	8,0	2,7	3	5,3	2,9	5	11,5	4,8	5	8,8	3,7	3	8,6	2	9,1
Разом	100	100,0		57	100,0		43	100,0		57	100,0		35	100,0	22	100,0

Цікавим виявився розподіл за стажем лікарів, що надають допомогу в міській та сільській місцевості. У сільській місцевості в 1,7 раза більше працює ЛЗПСЛ зі стажем до 10 років ($30,2\% \pm 7,0\%$ проти $17,5\% \pm 5,0\%$ у міській; $p < 0,05$); зі стажем понад 20 років працює 34,9% сільських лікарів проти 36,8% міських лікарів відповідно, тож у цьому віковому співвідношенні бачимо, що в місті таких працює на 0,4% більше. Водночас в умовах сіл переважає кількість лікарів інших спеціальностей зі стажем роботи більше 20 років (відповідно $45,4\% \pm 10,6\%$ проти $37,1\% \pm 8,1\%$; $p > 0,05$) (табл. 4.5).

ЛЗПСЛ задоволені процесом оформлення декларацій і завершили його $89,5\% \pm 4,0\%$ та $93,0\% \pm 3,8\%$ на момент опитування серед працюючих у міській та сільській місцевості, за винятком окремих випадків. На збільшення навантаження при переході на обслуговування як ЛЗПСЛ вказує переважна більшість ($85,0\% \pm 3,5\%$ серед усіх, у тому числі $80,7\%$ та $90,7\%$ у міських та сільських умовах праці). До такої оцінки також приєднуються фахівці інших спеціальностей ($72,0\% \pm 5,9\%$; $62,8\% \pm 8,1\%$ та $86,4\% \pm 7,3\%$ відповідно). Для опосередкованого підтвердження положення при групуванні пацієнтів по частоті амбулаторних контактів нами використано традиційний підхід [42], згідно з яким оптимальним прийнято вважати 4–5 звернень на одну особу за рік. Виявилося, що відсоток такої групи, незважаючи на місце проживання, становив $37,0\% \pm 4,8\%$, до групи зі зверненнями ≥ 6 разів увійшло $57,0\% \pm 4,9\%$, решта пацієнтів ($6,0\% \pm 2,3\%$) зверталися 1–3 рази на рік.

З початком впровадження нової форми взаємовідносин «пацієнт – лікар» простежується зростання напруженості через те, що з'явилися нові фактори «ризиків надання медичної допомоги та організаційних ризиків», аналіз та оцінка яких дозволяє полегшити розуміння факторів і відповідно дозволяє управляти якістю в закладі. Збільшення конфліктних ситуацій ($65,0\% \pm 4,7\%$; серед міських – $68,4\% \pm 6,1\%$ проти $60,4 \pm 7,4\%$ сільських жителів). У значно меншому відсотку така ситуація фіксується серед інших за фахом лікарів ($43,9\% \pm 6,5\%$; $37,1\% \pm 8,0\%$; $54,5\% \pm 10,6\%$ відповідно).

Таблиця 4.5

Розподіл опитаних лікарів за стажем роботи в міській та сільській місцевостях

Стаж роботи (роки)	Лікарі загальної практики – сімейні лікарі n=100									Лікарі інших спеціальностей, n = 57								
	Всього			місто, n = 57			село, n = 43			всього			місто, n = 35			село, n = 22		
	абс.	%	m	абс.	%	M	абс.	%	m	абс.	%	m	абс.	%	M	абс.	%	m
До 10	23	23,0	4,2	10	17,5	5,0	13	30,2	7,0	13	22,8	5,5	8	22,9	7,1	5	22,7	8,9
10–19	41	41,0	4,9	26	45,6	6,5	15	34,9	7,2	21	36,8	6,3	14	40,0	8,2	7	31,8	9,9
20–29	22	22,0	4,6	14	24,6	5,7	8	18,6	5,9	20	35,1	6,3	12	34,3	8,0	8	36,4	10,2
≥30	14	14,0	3,4	7	12,3	4,3	7	16,3	5,6	3	5,3	2,9	1	2,8	2,6	2	9,1	6,1
Разом	100,0	100,0		57	100,0		43	100,0		57	100,0		35	100,0		22	100,0	

Підкреслимо, що в цьому випадку, вона, навпаки, більш притаманна сільській місцевості.

Причина полягає в недосконалості опрацювання зв'язків між лікарями ПМД та спеціалізованої медичної допомоги, незадоволеності маршрутом пацієнта, на що вказують як ЛЗПСЛ, так і лікарі інших спеціальностей; а саме серед перших: $34,0 \pm 4,7\%$; $42,1 \pm 6,5\%$ $23,2 \pm 6,4\%$; других: $29,8 \pm 6,0\%$; $28,6 \pm 7,6\%$; $31,8 \pm 9,9\%$ відповідно. У містах ЛЗПСЛ частіше відмічають неналагодженість спілкування з лікарями інших спеціальностей, тоді як у селах, навпаки, фахівці вторинної ланки не знаходять повноцінного контакту з ЛЗПСЛ при наданні допомоги населенню. Про вплив негативного досвіду взаємодії між усіма наявними ланками системи охорони здоров'я в нових умовах амбулаторного обслуговування свідчить частота скарг пацієнтів на організацію доступності та результати отриманих ними медичних послуг.

За відповідями сімейних лікарів основною причиною звернень залишається лікування ($65,0 \pm 4,7\%$; $68,4 \pm 6,1\%$; $60,5 \pm 7,4\%$ відповідно серед пацієнтів, практично відсутні диспансерні спостереження та профілактичні огляди (не більше 2%–3% звернень). Структура звернень до інших за фахом лікарів відрізняється частотою диспансерних спостережень ($22,8\% \pm 5,5\%$), консультативних прийомів ($17,6\% \pm 5,0\%$), частка звернень з лікувальною метою однакова ($59,6\% \pm 6,4\%$ проти $65,0\% \pm 4,7\%$ сімейних; $p > 0,05$). При цьому більше половини лікарів висловлюють незадоволення власною роботою щодо диспансеризації (52%) та проведення профілактики (61%). Більше того, понад 1/3 (37,0%) оцінюють рівень своєї підготовки для ранньої діагностики захворювань як недостатній. Такою ж мірою незадоволені вони просвітницькою діяльністю, що є складовою профілактики. Серед причин зазначають організаційні труднощі через навантаження (28,0%), нестачу часу, недостатньо чітку регламентацію диспансеризації хворих із поєднаною патологією (25,0%), відсутність пріоритетів диспансеризації різних контингентів за умов великої кількості хворих, що підлягають такому нагляду (15%). Тобто викристалізуються актуальні питання, що потребують вирішення і, безумовно,

врахування при вдосконаленні організаційного фактору в сучасній моделі надання ПМД. Тим більше, що даний аспект перегукується з незадоволеністю співпраці між лікарями різних спеціальностей. Виникає ще одна важлива й перспективна ланка загального ланцюга профілактично-просвітницької роз'яснювальної роботи, яка на сьогодні стає не менш ваговою в системі надання медичної допомоги населенню щодо здійснення реальних заходів, спрямованих на його оздоровлення, збереження якості життя. Водночас аналіз інформаційних джерел свідчить про їх насиченість алгоритмами, схемами, рекомендаціями, що є результатами наукових розробок за різними спеціальностями, навіть, за окремими, найбільш поширеними, нозологічними формами, які можуть слугувати інструментом у повсякденній практиці сімейних лікарів для раннього виявлення хвороб, їх профілактики та попередження розвитку ускладнень. Виникає питання доведення такої інформації до відома населення. Крім того, не менш важливим є факт використання нововведень, що ставить на перший план мотиваційний фактор, а також контроль за дотриманням критеріїв якості надання медичної допомоги, що відноситься до результативної складової. Виконання зазначених вище тверджень стандартизує підходи як до надання медичної та немедичної допомоги, так і до адміністративної діяльності. Потреба підвищення рівня знань з профілактики, диспансеризації, а також сучасних технологій інформаційно-комунікаційних систем на рівні ПМД, що зараз запроваджуються в процес обслуговування населення, вимагає нових форм і методів підготовки кадрів. За відповідями сімейних лікарів, бажання розширити професійний світогляд у цілому має 91%, (95,3% у сільській місцевості та 87,7% у міській). Варто наголосити, що такої думки дотримуються й фахівці інших спеціальностей, серед яких показник навіть вищий за наведений ($94,7 \pm 3,0\%$; $91,0\%$; $97,1\%$, відповідно). Працюють в електронній мережі запису на прийом суттєво більше лікарів: близько половини $49,0\% \pm 4,9\%$ і більше в міських умовах ($50,9\% \pm 6,6\%$ проти $46,5 \pm 7,6\%$ у сільських). Серед інших спеціалістів величина показника перевищує $57,9 \pm 6,5\%$, проте більшість у міській місцевості ($77,1 \pm 7,1\%$), тоді як у сільській він був у 1,7 раза меншим ($27,3\% \pm 9,4\%$). У контексті зазначеного привертають увагу такі відомості. Так, 23 із 49 сімейних

лікарів, що працюють у режимі електронного запису ($46,9\% \pm 7,1\%$), та 12 із 33 ($36,4\% \pm 8,3\%$) інших спеціалістів вважають такий варіант незручним через його недосконалість, що спричинює у $47,5\% \pm 6,4\%$ та $24,2 \pm 7,4\%$ ($p < 0,05$) випадках недотримання розкладу запису в реальному спілкуванні з пацієнтами. Шляхи можливого вдосконалення роботи на рівні ПМД простежуються також і за сформованим на сьогодні ставленням до нових інформаційних технологій, що стали ознакою поліпшення якості медичних послуг. При позитивному ставленні до них переважної більшості ($66,0\% \pm 4,7\%$ сімейних та $72,0\% \pm 5,9\%$ інших лікарів) не можна залишати поза лаштунками ($11,0\% \pm 3,1\%$ та $5,2 \pm 2,9\%$ сімейних та лікарів інших спеціальностей відповідно) тих, хто не сприймає, або які більше мають нейтральну позицію ($23,0\% \pm 4,2\%$ та $22,8\% \pm 5,5\%$ відповідно). Наведені прямі докази причин того, що опитані пацієнти та здорові особи об'єктивно висловлюють незадоволення переважно організаційним та інформаційним процесом забезпеченням медичними послугами ПМД. Ці проблеми, на нашу думку, мають вирішуватись у єдиному контексті. У складних умовах соціально-економічних перетворень у суспільстві, тривалого й досі не визначеного за основними принципами реформування медичної галузі, професійний безперервний розвиток лікарів у сфері охорони здоров'я виступає ключовим елементом досягнення якісної, ефективної медичної допомоги. Удосконалення професійної компетенції дозволить підтримувати й поліпшувати стандарти діяльності лікарів відповідно до потреб системи охорони здоров'я. До цього спонукає зростання рівня знань пацієнтів і суспільства в цілому з питань медицини, реформування системи охорони здоров'я та зміни політичного середовища. В умовах зростаючих інформаційних потоків, швидкого оновлення медичних знань, досягнень науки, розширення фармакологічної індустрії лікар відчуває гостру потребу у знаннях, що було підтверджено результатами нашого опитування.

Сучасні інформаційні технології створюють принципово нові можливості для медицини, стрімко змінюють не тільки способи діагностики та лікування, а й суттєво впливають на форми взаємовідносин лікарів з пацієнтами, а також у лікарській спільноті. Інформаційні технології дозволяють створити нові та

вдосконалити наявні моделі комунікації, переглянути традиційні методи роботи. У період створення єдиного медичного простору, близької перспективи реальності електронних медичних систем (МІС), зрозуміла остаточно невизначеність багатьох понять і взаємовідносин у широкому розумінні. Особливого значення набуває робота з населенням щодо вдосконалення знань медичних інтернет-ресурсів (телемедицини), така сама потреба існує також з боку медичних працівників, для створення вчасного й змістовного зворотного зв'язку, який є найкращим рушієм змін до покращення. Тому важливо вчитися як надавати, так й отримувати конструктивний зворотний зв'язок. Метою зворотнього зв'язку є: турбота про іншого; почуття відповідальності; навчання; підтримка; орієнтація на результат, що стане запорукою зміни думки населення щодо можливих наслідків впровадження реформ, осмислення їх положень та адаптації до них. Варто зазначити, що покращення якості та доступності медичної допомоги очікує переважна більшість лікарів ($69,0\% \pm 4,9\%$ та $73,6\% \pm 5,8\%$ сімейних та інших спеціальностей спеціалістів відповідно). Проте важливим є факт, що практично кожен четвертий і п'ятий з них відповідно не зміг ствердно відповісти на це запитання ($23,0\%$ та $17,5\%$), а решта ($10,0\%$ та $2,9\%$ відповідно) – не вважають, що ситуація зміниться. З огляду на думку лікарів потребують доопрацювання питання, пов'язані з випискою безоплатних ліків чи ліків з частковим відшкодуванням вартості, а також медичних послуг. Кожен четвертий ($25,0\% \pm 4,3\%$) ЛЗПСЛ та інший фаховий спеціаліст ($50,9\% \pm 6,6\%$; $p < 0,01$) критично ставиться до переліку ліків, які увійшли до державної програми медичних гарантій. Вважають за потрібне його розширити та здійснити коригування з урахуванням регіональних особливостей поширеності захворювань. Належну увагу опитані лікарі приділяють значенню міжсекторальної взаємодії з питань охорони здоров'я населення. Зазначений аспект викристалізувався з відповідей респондентів щодо з'ясування їх думки про створення об'єднаних територіальних громад. При їх підтримці більшістю ($69,0\% \pm 4,9\%$ та $65,0\% \pm 6,3\%$ ЛЗПСЛ та лікарями інших спеціальностей відповідно) і розумінні мети їх сприяння позитивному вирішенню ключових завдань, в тому числі в отриманні медичних послуг, існує й інша точка зору.

Ситуація не зміниться або стане гіршою за нових умов територіального розподілу – так вважає $33,0\% \pm 4,7\%$ і $8,0 \pm 4,3\%$ відповідно ЛЗПСЛ та $26,3\% \pm 5,8\%$ і $8,7\% \pm 3,7\%$ лікарів інших спеціальностей. Як видно, більшість вагається щодо остаточної оцінки. Як, до речі, й ті, хто підтримує територіальні зміни ($79,0\% \pm 4,0\%$; $82,4\% \pm 5,0\%$ ЛЗПСЛ та лікарів інших спеціальностей відповідно). Керівники представницьких органів влади повинні більше уваги приділяти організації охорони здоров'я на підпорядкованій їм території. Однакова доступність якісних медичних послуг ПМД усім верствам населення виступає при цьому провідним чинником. Стратегічне й поточне планування потребує врахування потреб сільського населення, про що свідчить більший відсоток осіб, які вагаються щодо оцінки територіальної розбудови або незадоволені нею та сучасним матеріально-технічним забезпеченням лікарів ПМСД, на нестачу якого вони вказують ($59,1\% \pm 7,4\%$ у селах проти $33,3\% \pm 6,2\%$ сімейних лікарів міст; $31,8\% \pm 9,9\%$ проти $8,5\% \pm 4,7\%$ відповідно інших за фахом; $p < 0,01$). За умов децентралізації головною метою місцевого розвитку є створення органами місцевого самоврядування умов для надання доступних і зручних, якісних та ефективних медичних послуг, спрямованих на збереження життя громадян і покращення його якості. Найбільша роль серед посадових осіб у цьому процесі належить голові адміністрації при домінуючій участі керівника охорони здоров'я конкретної території з метою напрямної та координуючої функцій.

Отже, отримані в результаті дослідження дані вказують лікарям на наявність багатьох проблемних питань щодо надання населенню ПМД, які стосуються якості та доступності.

З точки зору безпосередньо лікарів, які надають ПМД, робимо висновок, що для покращення якості та доступності медичної допомоги населенню, існує необхідність розробки та впровадження вдосконаленої моделі в умовах територіальних змін при реалізації урядової програми децентралізації.

4.3. Результати опитування медичних сестер загальної практики – сімейної медицини

Характеристика респондентів зі складу середнього медичного персоналу представлена в табл. 4.6. Із загальної їх кількості (170) практично порівну було тих, хто працював у міській та сільській місцевостях: 90 осіб (52,9%) та 80 (47,1%) відповідно. Переважна більшість була жінок: 120 (70,6% \pm 3,5%), у 2,4 раза менше – чоловіків (29,4% \pm 3,4%); $p < 0,05$. При цьому в сільській місцевості чоловіків було помітно більше (37,5% \pm 5,4% проти 22,2% \pm 4,3% у містах). Вікова особливість проявилася перевагою контингенту до 40 років із достовірною більшістю в селах (59,4% \pm 3,7% серед усіх та 70,0% \pm 5,1% проти 50,0% \pm 5,2% у містах). Відповідно, зі стажем роботи до 10 років працівників у сільській місцевості було більше (25,0% \pm 4,8% проти 20,0% \pm 4,2% у містах; серед усіх – 22,4% \pm 3,1%) (табл. 4.7).

Розподіл середнього медичного персоналу за віком та статтю з урахуванням територіального обслуговування

Вік (роки)	Всього n = 170			Місто, n = 90									Село, n = 80								
				разом, n = 90			чоловіки, n = 20			жінки, n = 70			разом, n = 80			чоловіки, n = 30			жінки, n = 50		
	абс.	%	М	абс.	%	m	абс.	%	m	абс.	%	m	абс.	%	m	абс.	%	m	абс.	%	m
До 29	35	20,6	3,1	16	17,8	4,0	6	30,0	10,2	10	14,2	4,2	19	23,8	4,7	10	33,3	8,6	9	18,0	5,4
30–39	66	38,8	3,7	29	32,2	4,9	5	25,0	9,6	24	34,3	5,6	37	46,2	5,5	13	43,3	9,0	24	48,0	7,0
40–49	40	23,5	3,2	31	34,4	5,0	8	40,0	10,9	23	32,8	5,6	9	11,2	3,5	4	13,3	6,1	5	10,0	4,2
50–59	19	11,2	2,4	8	8,9	3,0	1	5,0	4,7	7	10,0	3,5	11	13,8	3,8	3	10,0	5,4	8	16,0	5,1
≥ 60	10	5,9	1,8	6	6,7	2,6	-	-	-	6	8,6	3,3	4	5,0	2,4	-	-	-	4	8,0	3,8
Разом	170	100,0		90	100,0		20	100,0		70	100,0		80	100,0		30	100,0		50	100,0	

Розподіл респондентів за стажем роботи

Стаж (роки)	Всього, n = 170			Місто, n = 90									Село, n = 80								
				разом, n = 90			чоловіки, n = 20			жінки, n = 70			разом, n = 80			чоловіки, n = 30			жінки, n = 50		
	абс.	%	m	абс.	%	m	абс.	%	m	абс.	%	m	абс.	%	m	абс.	%	m	абс.	%	m
До 10	38	22,4	3,1	18	20,0	4,2	5	25,0	9,6	13	18,6	4,6	20	25,0	4,8	6	20,0	7,3	14	28,0	6,3
10–19	66	38,8	3,7	33	36,7	5,0	9	45,0	11,1	24	34,3	5,6	33	41,2	5,5	12	40,0	8,9	21	42,0	6,9
20–29	39	23,0	3,2	27	30,0	4,8	6	30,0	10,2	21	30,0	5,4	12	15,0	3,9	7	23,3	7,7	5	10,0	4,2
≥30	27	15,8	2,7	12	13,3	3,5	-	-	-	12	17,1	4,5	15	18,8	4,3	5	16,7	6,8	10	20,0	5,6
Разом	170	100,0		90	100,0		20	100,0		70	100,0		80	100,0		30	100,0		50	100,0	

З огляду на те, що реалізація багатьох стратегій поліпшення якості медичної допомоги полягає в забезпеченні її кваліфікованим середнім медичним персоналом зі знанням нових інформаційних технологій, які відіграють важливу роль у поліпшенні якості медичних послуг, на сьогодні існують високі вимоги до зазначеної категорії працівників. Володіння електронними засобами зв'язку, моніторинговими інформаційними системами, можливість використання технології комп'ютерних локальних мереж стає часткою їх роботи.

На з'ясуванні цього питання була зосереджена увага при опитуванні. При загальному позитивному сприйнятті переходу обслуговування населення ЛЗПСЛ (136 із 170 – 80,0% \pm 3,0%), особливо сільської місцевості (71 із 80 – 88,7% \pm 3,5% проти 65 із 90 – 72,2% \pm 4,7% у містах), формується відсоток тих, хто скептично ставиться до поліпшення якості й доступності ПМД за таких умов (20,0% \pm 3,0% та 11,3% \pm 3,0% і 27,8% \pm 4,7% відповідно. Такі дані були отримані серед чоловіків та жінок старшого віку та сільського населення. При ретельному вивченні відповідей виявилось, що цей показник близький до нуля при вивченні ставлення до можливих змін у сфері отримання медичних послуг при створенні ОТГ. Не пов'язують із цим позитивних результатів 23,5% (40 із 170) у цілому та відповідно серед працюючих у містах та селах 20,0% \pm 4,2% та 27,5% \pm 4,9% ($p > 0,05$). Причини таких результатів, на мою думку, полягають в особистій підготовці до надання ПМД в умовах децентралізації та реформування закладів охорони здоров'я. Щодо особистої підготовки, то лише 6,5% медичних сестер зазначили, що не володіють досконало всіма необхідними маніпуляціями, вдвічі більше таких у сільській місцевості (8,8% проти 4,4% у міській), а 17,0% не підготовлені до роботи з дитячим населенням (23,7% та 11,1% відповідно). Збільшення навантаження, а також непорозумінь у взаємовідносинах із пацієнтом та колегами проявилось з переходом на сімейну практику обслуговування населення. На зазначене вказали 88,2% опитаних, їх відсоток не відрізняється в розрізі село / місто (87,8% та 88,8% у містах і селах), а також за віком і статтю: 31,7%; 31,1%; 32,5% відповідно. Вважаючи необхідною складовою своєї діяльності проведення просвітницької, профілактичної роботи, вони визнають потребу

стосовно додаткової підготовки в цьому напрямі. Такі відповіді отримано від 149 із 170 (87,6%) респондентів, їх відсоток досягає 90% серед сільських (85,8% – міських). Неможливість забезпечення на належному рівні роз'яснювальної роботи серед населення, обмеженість знань для надання адекватних відповідей на запитання є причинами певної частки непорозумінь та незадоволеності при спілкуванні. Крім того, до напруженості стосунків призводить недосконало опрацьований маршрут пацієнта, на шляху якого виникає потреба спілкування з лікарями інших спеціальностей, колегами. На підтримку необхідності вдосконалення зазначеного аспекту й врахування його при розробленні нових підходів до конкретних дій, рішень у процесі надання медичної допомоги між середнім медичним персоналом та лікарем і пацієнтом, іншими співробітниками закладу наводимо конкретні дані. Зокрема, 33 (19,4%) незадоволені нинішньою ситуацією, а 112 (65,9%) висловлюють сумнів і не бачать перспектив стосовно покращення її в подальшому. Ускладнює виконання роботи неповне забезпечення згідно з табелем оснащення, що також негативно відбивається як на якості медичної допомоги, так і міжособистісних стосунках. Лише кожен п'ятий не має таких проблем (20,0% – 34 із 170), тобто переважна більшість недостатньо укомплектована (70% – на 50). Частіше претензії подібного характеру мають медсестри, які працюють у сільській місцевості (85,6% – 68 із 80).

Середній медичний персонал активно підтримує впровадження у свою практику новітніх технологій, сприймає переносення інформації на електронні носії важливим і необхідним. Позитивні відповіді отримано від 144 із 170 (84,7%) респондентів; із них 78 із 90 (86,7%) та 66 із 80 (82,5%) у міській та сільській місцевості. Комп'ютер увійшов у повсякденну роботу, проте незважаючи на проведену для цього підготовку, на що вказують 64,7% опитаних, вони вважають її недостатньою для збору, обробки, передачі інформації. Зазначене мотивувало оцінити комп'ютерну грамотність, для чого запропонували провести самооцінку за п'ятибальною шкалою (табл. 4.9).

Як з'ясувалося, високим рівнем комп'ютерної грамотності володіють лише $12,4\% \pm 2,5\%$, показник коливався від $10,0\% \pm 3,3\%$ серед сільських до $14,4\% \pm 3,7\%$ міських середніх медичних працівників. Навпаки, низьким (1–2 бали) його оцінили $8,8\% \pm 1,5\%$ та $12,8\% \pm 2,5\%$ і $4,4 \pm 0,9\%$ відповідно. Тобто більшість вважають рівень власної підготовки для роботи з комп'ютером відповідно до сучасних вимог середнім (3–4 бали) – $78,8\% \pm 3,5\%$, $81,1\% \pm 4,1\%$ та $76,2 \pm 4,7\%$ відповідно. Як бачимо, більшої уваги потребують працівники сільської місцевості. Показник корелює з віком ($r = 0,3891$).

Ми узагальнили отримані дані у вигляді середніх значень у балах (табл. 4.8).

Таблиця 4.8

Середнє значення володіння комп'ютером у балах ($M \pm m$)

Усі, n = 170	Місто, n = 90			Село, n = 80		
	разом, n = 90	чоловіки, n = 20	жінки, n = 70	разом, n = 90	чоловіки, n = 20	жінки, n = 70
$3,6 \pm 0,06$	$3,7 \pm 0,1$	$3,6 \pm 0,2$	$3,8 \pm 0,1$	$3,4 \pm 0,1$	$3,4 \pm 0,2$	$3,5 \pm 0,1$

Оцінка комп'ютерної грамотності

Бали	Всього, n = 170			Місто, n = 90									Село, n = 80								
				разом, n = 90			чоловіки, n = 20			жінки, n = 70			разом, n = 80			чоловіки, n = 30			жінки, n = 50		
	абс.	%	m	абс.	%	m	абс.	%	m	абс.	%	m	абс.	%	m	абс.	%	m	абс.	%	m
1	7	4,1	1,5	3	3,3	1,8	2	10,0	6,7	1	1,4	1,2	4	5,0	2,4	-	-	-	4	8,0	3,8
2	8	4,7	1,6	1	1,1	0,9	-	-	-	1	1,4	1,2	7	8,8	3,1	6	20,0	7,3	1	2,0	1,9
3	51	30,0	3,5	25	27,8	4,7	5	25,0	9,6	20	28,6	5,4	26	32,5	7,3	12	40,0	8,9	14	28,0	6,3
4	83	48,8	3,8	48	53,3	5,2	10	50,0	7,0	38	54,3	5,9	35	43,7	5,5	7	23,3	7,7	28	56,0	7,0
5	21	12,4	2,5	13	14,4	3,7	3	15,0	7,9	10	14,3	4,1	8	10,0	3,3	5	16,7	6,8	3	6,0	3,3
Разом	170	100,0		90	100,0		20	100,0		70	100,0		80	100,0		30	100,0		50	100,0	

Як видно, серед усіх опитаних (170) середня оцінка рівня комп'ютерної грамотності становить лише $3,6 \pm 0,06$ бала. Підтверджується, що більш високий він у міській місцевості $3,7 \pm 0,1$ проти $3,4 \pm 0,1$ бала в сільській ($p < 0,05$), при помітній різниці також між чоловіками й жінками ($3,5 \pm 0,1$ проти $3,7 \pm 0,07$ бала жінок).

Отже, за результатами дослідження виявлені проблемні питання в роботі середнього медичного персоналу, що не сприяють наданню якісних та очікуваних пацієнтами та здоровими особами медичних послуг. У єдиному контексті з отриманими даними при аналізі відповідей лікарів, населення вони допоможуть визначитись щодо підходів і принципів при прийнятті рішень, спрямованих на вдосконалення моделі надання ПМД в умовах децентралізації, доцільність якого обґрунтована на цьому етапі дослідження.

Висновки до розділу 4

1. Виявлена помітна різниця (за 7-бальною системою) в оцінці амбулаторно-поліклінічної допомоги за кваліфікаційним, організаційним та інформаційним факторами ($6,1 \pm 0,3$; $5,1 \pm 0,2$ та $4,8 \pm 0,2$ бали відповідно); жителі міст більше задоволені першими двома ($6,4 \pm 0,2$; $5,2 \pm 0,1$ проти $5,8 \pm 0,3$; $4,9 \pm 0,1$ бала сільських; $p < 0,05$), тоді як сільські – інформаційним фактором ($5,3 \pm 0,2$ проти $4,8 \pm 0,1$ бала; $p < 0,05$). При однаковому ставленні до організаційного (по $5,1 \pm 0,1$ бала) жінки вище оцінювали кваліфікаційний ($6,3 \pm 0,2$ проти $6,0 \pm 0,1$ чоловіків; $p < 0,05$) і, навпаки, нижче інформаційний ($4,8 \pm 0,3$ проти $5,4 \pm 0,2$ бала; $p < 0,05$).

2. Виявлено, що відсоток чоловіків, незадоволених параметрами кваліфікаційного та інформаційного факторів (1–4 бали), помітно більший, ніж жінок ($25,0\% \pm 1,5\%$ та $32,2\% \pm 1,6\%$ проти $20,8\% \pm 0,5\%$ та $27,8\% \pm 0,6\%$ відповідно); організаційним – кожен п'ятий і четвертий відповідно.

3. Виявлено, що ознаки незадоволеності пацієнтами подібні та близькі за частотою серед осіб різної статі й не залежать від місця проживання: за кваліфікаційним фактором (34%–50%). Щодо організаційного фактора: 40,0%–

59,0% вважають незручним розташування, час прийому в закладі, тривалість його очікування та роботу реєстратури. Найбільше (60,0%–77,0%) незадоволених інформаційно-просвітницькою роботою.

4. Виявлено, що показник задоволеності помітно знижується зі зростанням рівня освіти й зростає з віком. У жителів міст не виявлено відмінностей у жінок; серед чоловіків слабкий зв'язок був із кваліфікаційним фактором ($r = 0,211946$) та був помірно зворотнім з інформаційним ($r = 0,31219$).

5. Виявлено, що $94,1\% \pm 2,5\%$ та $97,0\% \pm 2,1\%$ респондентів міської та сільської місцевості обрали сімейного лікаря – 68% – усвідомлено, решта – прислухались до порад чи довільно. Кожен п'ятий міський ($20,0\% \pm 0,5\%$) та третій сільський ($29,2\% \pm 0,7\%$) жителі цього не відмітили, із віком відсоток зростає (до 30 років – $2,7\% \pm 0,7\%$, ≥ 50 років – $9,0\% \pm 1,5\%$).

6. Причинами звернень залишається лікування ($58,8\% \pm 0,6\%$ та $60,6\% \pm 0,8\%$ міських і сільських жителів), консультації ($23,5\% \pm 0,5\%$ та $32,3\% \pm 0,7\%$ відповідно; $p < 0,05$). Показник профілактичних оглядів утричі більший серед міських ($15,0\%$ проти $5,0\%$). Переважна більшість респондентів серед усіх ($62,7\%$; $64,7\% \pm 0,6\%$ та $60,0\% \pm 0,8\%$ міських та сільських відповідно) підтримують втілення інноваційних комунікаційних процесів, проте $28,2\%$ та $18,5\%$ відповідно не визначались, а $21,5\%$ та $7,1\%$ відповідно негативно ставляться до цього на тлі того, що лише 30% та $50,6\%$ відповідно мали досвід користування нововведеннями; з віком, із нижчим рівнем освіти люди частіше негативно відносяться до них, за гендерною ознакою без особливостей (\pm).

7. Територіальні зміни зі створенням об'єднаних територіальних громад населення підтримують у $69,3\%$ випадків, решта їх не підтримує ($17,3\%$) чи вагається ($13,3\%$), серед таких більше старіших, за 50 років, та сільських жителів (32 із 46) \pm .

8. За повну підтримку реформи медичної галузі висловилося $62,7\%$ опитаних. Виявлено, що 40% респондентів вказують на відсутність належної просвітницької

роботи, а також роз'яснень щодо змін, які очікують їх при реформуванні медичної допомоги, механізмів взаємозв'язку ПМД та вторинної ланки.

Відсоток опитаних ЛЗПСЛ та інших за фахом лікарів не відрізнявся серед працюючих у міській та сільській місцевості ($57,0\% \pm 4,9\%$ та $61,4\% \pm 6,4\%$, а також $43,0\% \pm 4,5\%$ та $38,6\% \pm 6,4\%$). У сільській місцевості контингент лікарів старіший (> 50 років): серед ЛЗПСМ $30,2\% \pm 7,0\%$ проти $24,6\% \pm 5,6\%$ у міській ($p > 0,05$), серед лікарів інших спеціальностей – $41,0\% \pm 10,4\%$ та $20,0 \pm 6,7\%$ відповідно ($p < 0,05$); більше також в 1,7 раза ЛЗПСЛ зі стажем роботи до 10 років і, водночас, більше лікарів інших спеціальностей зі стажем понад 20 років ($45,4\% \pm 10,6\%$ проти $37,1\% \pm 8,1\%$ в міській; $p > 0,05$).

9. Респонденти з числа сімейних лікарів задоволені процесом оформлення декларацій і вказують на збільшення навантаження ($80,7\%$ та $90,7\%$ міських та сільських відповідно), до чого приєднуються інші фахівці ($62,8\% \pm 8,1\%$ та $86,4 \pm 7,3\%$ відповідно), зростання конфліктних ситуацій ($65,0\% \pm 4,7\%$ та $43,9 \pm 6,5\%$ відповідно ЛЗПСЛ та лікарі інших спеціальностей), що обумовлено незадоволеністю маршрутом пацієнта ($34,0 \pm 4,7\%$ та $29,8 \pm 6,0\%$ відповідно), серед яких більше в сільській місцевості.

10. Виявлено, що основною причиною звернення залишається лікування ($65,0\% \pm 4,7\%$).

11. Виявлена потреба в підвищенні рівня знань щодо сучасних інформаційно-комунікативних систем, розширенні професійного кругозору в $95,3\%$ та $87,7\%$ ЛЗПСЛ сільської та міської місцевостей відповідно, мають досвід застосування медичних комунікацій.

12. Із реалізацією реформи в галузі очікується покращення якості надання медичної допомоги $69,0\% \pm 4,9\%$ та $73,6\% \pm 5,8\%$ ЛЗПСЛ та лікарями інших спеціальностей.

13. Підтримуючи територіальні зміни й утворення ОТГ, кожен третій лікар вагається в досягненні позитивних змін щодо очікуваних результатів за умов

відсутності відповідальності з боку органів місцевого самоврядування стосовно утворення ними установ, доступних і зручних для надання якісних медичних послуг.

14. Із загальної кількості опитаних середнього медичного персоналу (170) практично порівну було тих, хто працював у міській та сільській місцевостях: 90 осіб (52,9%) та 80 (47,1%) відповідно. Вікова особливість проявилася перевагою контингенту до 40 років з помітною більшістю в селах ($59,4\% \pm 3,7\%$ серед усіх та $70,0\% \pm 5,1\%$ проти $50,0 \pm 5,2\%$ у містах).

15. На збільшення навантаження, а також непорозуміння у взаємовідносинах із пацієнтом, колегами, що проявилися з переходом на сімейну практику обслуговування населення, вказали 88,2% опитаних серед медпрацівників; їх відсоток не відрізнявся в розрізі село / місто (87,8% та 88,8% у містах і селах), а також за віком: 31,7%; 31,1%; 32,5% відповідно. Вони визнають потребу в проведенні просвітницької, профілактичної роботи 149 із 170 (87,6%) респондентів, їх відсоток досягає 90% серед сільських та 85,8% – міських.

16. Середній медичний персонал активно підтримує впровадження новітніх технологій, сприймає перехід на перенесення інформації на електронні носії важливим і необхідним. Позитивні відповіді отримано від 144 із 170 (84,7%) респондентів; із них 78 із 90 (86,7%) та 66 із 80 (82,5%) у міській та сільській місцевості. Похибки \pm .

17. Виявлено, що 64,7% опитаних вважають комп'ютерну грамотність недостатньою, усереднена її оцінка становила лише $3,6 \pm 0,06$ бала за 5-бальною оцінкою, показник корелює з віком ($r = 0,3891, p < 0,05$).

18. За результатами дослідження виявлені проблемні питання, вирішення яких сприятимуть у наданні якісних медичних послуг. В єдиному контексті за аналізом відповідей лікарів, середнього медперсоналу стане можливим визначитись у підходах і принципах щодо вдосконалення моделі надання ПМД в умовах децентралізації, доцільність чого вже знайшла своє обґрунтування на цьому етапі дослідження.

РОЗДІЛ 5

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ВДОСКОНАЛЕНОЇ МОДЕЛІ ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ ЦЕНТРУ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ ДЛЯ ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ ОБ'ЄДНАНИХ ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАД

Первинна медична допомога завжди вважалась визначальною в системі ОЗ, проте, з різних причин, досьгодні не набула в Україні належного розвитку. В останнє десятиліття ситуація почала змінюватися і стає провідною, як у більшості країн світу – розвитку ПМД Уряд країни почав приділяти великої уваги. Результати накопичення в них досвіду переконують в економічній та медичній ефективності реформування саме первинної ланки, на рівні якої має починатися й завершуватися більшість звернень громадян за медичною допомогою. Тільки за таких умов зміцнення сучасної охорони здоров'я вдасться максимально забезпечити рівність і покращити доступність МД для всіх без винятку верств населення [68, 74, 155].

Україна як країна Європейського регіону, враховуючи позитивний міжнародний досвід, за роки реформування медичної галузі також зосередила зусилля на забезпеченні пріоритетного функціонування ПМД на засадах ЗПСМ. Проте умови, в яких почалися структурні перетворення вітчизняної первинної ланки, та шляхи, якими здійснювалися ці перетворення, виявили потреби в її функціонально-організаційному вдосконаленні.

5.1. Децентралізація Васильківського району та реформування ПМД в регіоні

Протягом усього процесу дослідження наш заклад територіально належав до одного адміністративного Васильківського району. До складу ЦПМСД входили 17 АЗПСМ і 22 ФАПи, 3 пункти невідкладної медичної допомоги, які мали протяжність по території обслуговування близько 100 км та обслуговували понад 95 000 населення.

Зміни в країні унікально розділили Васильківський район аж на три – Обухівський, Фастівський, Білоцерківський, у яких утворилося чотири ОТГ – Васильківська, Глевахівська, Гребінківська та Хотівська.

Враховуючи великий управлінський досвід керівництва нашого ЦПМСД всі створені ОТГ лишають в його підпорядкування всі АЗПСМ і ФАП, розташовані на їх адміністративних територіях, та обслуговування населення, яке там проживає.

Сам заклад є власністю Васильківської ОТГ, а з іншими ОТГ ми маємо укладати угоди щодо якісного обслуговування населення за напрямом ПМД. Дослідження дало можливість визначити особливості здоров'я різних груп населення, пріоритетні напрями ПМД регіону, вікову структуру, стан профілактичної роботи та ін. На підставі цих досліджень виникла нагальна потреба взаємозв'язку роботи, фінансових питань та інших важливих питань зі створеними ОТГ. Одного фінансування від НСЗУ недостатньо, адже робота цілодобових пунктів невідкладної медичної допомоги з наявністю виїзних бригад, оплата комунальних послуг, поточні та капітальні ремонти, програми лікування поширених захворювань – є важливою складовою ефективною та конкурентоспроможною системи ЦПМСД і фінансує їх місцева влада. Розробивши та впровадивши в систему взаємодії з керівництвом суміжних ОТГ удосконалену модель роботи ЦПМСД, ми отримаємо гарний результат надання ПМД.

5.2. Обґрунтування вдосконаленої моделі організації роботи Центру первинної медико-санітарної допомоги для обслуговування населення об'єднаних територіальних громад

Первинна медична допомога на засадах сімейної медицини в Україні на сьогодні є інтегрованим сектором ОЗ, який передбачає надання багатопрофільних послуг (ЗПСМ, терапевтичних, гінекологічних, педіатричних тощо) в амбулаторно-поліклінічних умовах сімейної амбулаторії, а також в умовах денного стаціонару та стаціонару на дому.

Процес децентралізації, започаткований урядовим рішенням в Україні, передбачає створення ОТГ, які визначатимуть потребу в організаційних змінах, в тому числі щодо забезпечення населення об'єднаних територіальних громад доступною, якісною й ефективною медичною допомогою. Водночас триває реформування ПМД, кінцева регіональна модель якої має бути пацієнт-орієнтованою, профілактично спрямованою. Вона також має бути здатною оперативно реагувати на суспільні негаразди й виклики, пов'язані з поширенням інфекційних, соціально небезпечних захворювань, відпрацюванням маршруту пацієнтів, взаємозв'язками з різними медичними й немедичними закладами, розміщеними на території ОТГ. З метою підвищення ефективності надання ПМД контроль повинен здійснюватися державою, МОЗ України.

На сьогодні вже помітні окремі позитивні зрушення в зазначеному напрямі, проте вони далекі від завершення. До того ж із часом впровадження новітніх технологій виникають додаткові проблемні питання, що потребують нагального вирішення. Саме з таких позицій формувалася програма цього дослідження, з визначенням стратегії й тактики подальшого вдосконалення служби. Стратегічним напрямом стало збереження та зміцнення здоров'я населення ОТГ. Тактичним напрямом – посилення пацієнторієнтованості, профілактичної спрямованості, рівності й доступності якісної ПМД з імплементацією сучасних науково обґрунтованих підходів до її реформування.

Далі пропонуємо результати проведеної роботи із залученням елементів концептуального та описового моделювання для візуалізації її базових і запропонованих для впровадження інноваційних складових. Перш за все варто зазначити, що вивчення думки населення як безпосереднього споживача послуг первинної медичної допомоги, рекомендоване закордонними експертами для безперервного покращення її ефективності, широко не практикується. Відсутні також державні профілактичні програми та програми боротьби з поширенням соціально значущих і соціально небезпечних хвороб, частина з них фрагментарно

реалізується зарахунок міжнародних програм та грантів фінансової участі самих пацієнтів.

Наступними складовими стали: вивчення світового досвіду, оприлюдненого в наукових публікаціях авторів з різних країн світу; власного дослідження та результатів уже впроваджених у практичну діяльність закладів охорони здоров'я окремих інновацій.

Враховуючи вищевикладене, нами обґрунтовано сучасну структуру та функції амбулаторії загальної практики – сімейної медицини, схему взаємодії центру первинної медико-санітарної допомоги з об'єднаними територіальними громадами, реалізація яких на практиці сприятиме функціонально-організаційному вдосконаленню при наданні первинної медичної допомоги та обслуговуванні населення об'єднаних територіальних громад (рис. 5.1, рис. 5.2, рис. 5.3).

Передумовами для обґрунтованого вдосконалення слугували не лише результати медико-статистичного аналізу, а й результати соціологічного дослідження, проведеного серед населення (як головного споживача первинної медичної допомоги), з вивчення результативності діяльності та задоволеності наданою ПМД, більшість параметрів якого не має свого відображення в офіційній статистичній звітності, а тому стає яскравим доповненням до неї – як елементом «зворотного зв'язку».

Так, адміністративно-територіальні зміни, що активно відбуваються в державі та пов'язані зі створенням ОТГ, стають певним викликом для функціонування мережі закладів ПМД. За результатами проведеного соціологічного дослідження були виявлені відмінності ставлення жителів сільської та міської місцевостей до змін у наданні ПМД у зв'язку з необхідністю створення ОТГ, при цьому більша частина (69,3%) респондентів підтримує ці зміни, сприймаючи добровільне об'єднання певних територій як можливість наближення до якісних і доступних, в тому числі соціальних і медичних послуг. Водночас кожен третій (30,7%) з опитаних не підтримує створення ОТГ. А результати вивчення оцінки населенням

результативності наданої ПМД виявили, що, на думку більшості респондентів, вона не повною мірою задовольняє та відповідає потребам пацієнтів.

Враховуючи вищенаведене, при обґрунтуванні вдосконаленої моделі надання ПМСД максимально враховувались проблемні питання доступності медичної допомоги (організовано кабінети цілодобової (зокрема, паліативної) медичної допомоги), а також окрема увага була приділена роз'яснювальній роботі серед населення ОТГ (удосконалено роботу інформаційно-аналітичного кабінету) з інформуванням про створені умови для реалізації нового підходу до ухвалення якісних рішень, проти традиційного, який включав лише передання повноважень та зміну розпорядника фінансових коштів.

У нових умовах Центр ПМСД практично стає ключовим (щодо надання медичної допомоги) у взаємодії з об'єднаними територіальними громадами (рис. 5.1). Інноваційними елементами, запропонованими та реалізованими за нашою участю, стали засади взаємодії Центру ПМСД з об'єднаними територіальними громадами, їх населенням, інструментами якого стають договір із НСЗУ та структурована угода, деталізація елементів якої представлена на рис. 5.1.

Рис. 5.1. Схема взаємодії центру первинної медико-санітарної допомоги з об'єднаними територіальними громадами



Рис. 1. Схема взаємодії центру первинної медико-санітарної допомоги з об'єднаними територіальними громадами.

Нове

Удосконалення

Без змін

У межах структурованої угоди, укладеної із Центром ПМСД, оплата за кожну людину окремо з метою надання медичних послуг відбувається за капітаційною ставкою. За участю ЛЗПСЛ здійснюється: невідкладна медична допомога; медичне спостереження за станом здоров'я пацієнтів; вакцинація; надання паліативної допомоги; виписка направлень до спеціалістів та виписка рецептів декретованим групам населення; спостереження за здоровою дитиною; спостереження за вагітністю; проведення лабораторних досліджень; консультативна допомога населенню із проведенням діагностики та лікування найбільш поширених хвороб, хронічних хвороб, травм та отруєнь; ведення первинної документації, оформлення довідок, листків непрацездатності та лікарських свідоцтв про смерть. За структурованою угодою на Центр ПМСД покладаються управлінські, бухгалтерські, економічні, інформаційно-консультативні послуги, ведення статистичної звітності, робота відділу кадрів, телемедичний супровід, супровід медичних програм, інженерно-технічний супровід, розробка програм на пільгове забезпечення лікарськими засобами ліквідаторів аварії на ЧАЕС, учасників АТО (ООС), ветеранів ВВВ, комісія ЛКК, перегляд та внесення змін задля осучаснення нормативно-правового документального забезпечення надання МД населенню ОТГ.

Зокрема, в договорі № 0000-Т5ММ-М000 про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій між НСЗУ та Комунальним некомерційним підприємством Васильківської районної ради «Васильківський районний центр первинної медико-санітарної допомоги» вказано: предмет договору; права та обов'язки сторін; звітність; умови, порядок і строки оплати медичних послуг згідно з тарифом; відповідальність сторін; умови дострокового припинення договору; прикінцеві положення. Додатково в наведеному договорі представлені спеціальні умови надання медичних послуг, пов'язаних із первинною медичною допомогою, в яких перелічені зобов'язання сторін, ціна договору, тарифи й коригувальні коефіцієнти на медичні послуги ПМД, умови їх застосування із зазначенням абсолютної кількості наявного населення на території обслуговування надавача послуг ПМД. В окремому додатку до договору зазначається перелік амбулаторій ЗПСМ із зазначенням контактів, графіка прийому

лікарів, які надають ПМД у відповідній АЗПСМ із кодами записів кожного медичного працівника в системі.

У 2021 р. ЦПМСД було підписано «Договір про співробітництво територіальних громад у формі делегування виконання окремих завдань, реалізації спільного проєкту, сумісного фінансування установ із можливим переліком послуг диференційованим, залежно від потреб та побажань Сторін (у сфері охорони здоров'я)», затверджений рішенням міської ради від 25.01.2021 № 269. Сторонами в наведеному договорі виступили: територіальні громади с. Гребінки, с. Саливінки, с. В. Новоселиці, с. Степового через Гребінківську територіальну громаду Білоцерківського району Київської області, територіальна громада м. Василькова через Васильківську територіальну громаду та «Комунальне некомерційне підприємство Васильківської районної ради «Васильківський районний Центр первинної медико-санітарної допомоги». Предметом договору означено надання первинної медичної допомоги, залежно від потреб і побажань мешканців вищенаведених територіальних громад. У документі також наведені завдання, вимоги до їх виконання з фінансуванням та звітністю, відповідальність сторін, можливі умови припинення договору та прикінцеві положення. Окремим додатком представлено: спеціальні умови надання медичних послуг, пов'язаних із первинною медичною допомогою; умови їх закупівлі з деталізацією вимог до організації таких послуг; вимоги до спеціалізації та кількості фахівців; перелік обладнання, будівель та споруд, які задіяні в процесі надання послуг первинної медичної допомоги.

До послуг, які згідно з договором надаються Васильківським ЦПМСД у формі делегування окремих завдань у сфері охорони здоров'я, відповідно до потреб і побажань сторін віднесені: управлінські; бухгалтерські; економічні; інформаційно-консультативні послуги; статистична звітність; інженерно-технічний супровід; телемедичний супровід; супровід медичних програм; послуги відділу кадрів; послуги із транспортування та зберігання лікарських засобів; проведення громадських консультацій; організація та контроль роботи комісії ЛКК; послуги з розробки програм на пільгове забезпечення лікарськими засобами ліквідаторів

аварії на ЧАЕС, учасників АТО, ветеранів ВВВ; організація проходження інтернатури для ЛЗПСЛ, курсів підготовки та підвищення кваліфікації медичних СМЗПСМ; організація виїздів невідкладної медичної допомоги; надання амбулаторної невідкладної допомоги; проведення лабораторних досліджень (включаючи загальний аналіз крові з лейкоцитарною формулою, загальний аналіз сечі, глюкозу крові, загальний холестерин, швидкі тести на вагітність, тропоніни, ВІЛ, вірусні гепатити та проведення тесту на антиген SARS-CoV); здійснення медичного спостереження з проведенням профілактичних втручань; надання консультативної допомоги, призначення лікарських засобів та медичних виробів, технічних засобів медичної реабілітації; надання послуг паліативної допомоги; заповнення документації, виписка рецептів для пільгового забезпечення лікарськими засобами окремих груп населення; направлення пацієнта з медичними показаннями для надання спеціалізованої або високоспеціалізованої медичної допомоги; співпраця з соціальними службами, громадськими організаціями, закладами освіти, ЗМІ та інше.

У структуру документа «Договір про співробітництво територіальних громад у формі делегування виконання окремих завдань, реалізації спільного проекту, сумісного фінансування установ з можливим переліком послуг диференційованим, залежно від потреб та побажань Сторін (у сфері охорони здоров'я та ОТГ)» окремим додатком входить система оцінки якості медичної допомоги в КНП «Васильківський районний центр первинної медико-санітарної допомоги», якою передбачено запровадження триступеневого внутрішнього контролю якості надання медичної допомоги. Перший здійснюється безпосередньо в структурному підрозділі (завідувачем амбулаторії, старшою медичною сестрою), другий – медичним директором ЦПМСД, третій – медичною радою закладу.

Наведені критерії контролю якості медичної допомоги, за якими передбачено бальну оцінку якості оформлення та ведення первинної медичної документації, оцінку лікувально-консультативної роботи, діагностичного процесу та взаємодії зі спеціалістами вторинної і третинної ланки, оцінку якості динамічного

спостереження за пацієнтами з діагностованими хронічними захворюваннями, результатів лікування, санітарно-профілактичної роботи.

До індикаторів якості надання медичної допомоги КНП ВРР «Васильківський районний центр первинної медико-санітарної допомоги», які також затверджені окремим додатком, віднесені: укомплектованість фізичними особами посад лікарів; питома вага атестованих лікарів відповідно до займаної посади; питома вага атестованих середніх медичних працівників порівняно з тими, хто підлягає атестації; показник укладених із пацієнтами декларацій до норми, відповідно займаній посаді; показник амбулаторного прийому, його відповідність нормативу; середній показник пролікованих у денному стаціонарі, його відповідність до потреби; якість ведення медичних карт амбулаторного хворого; якість ведення диспансерної групи населення; показники захворюваності, їх відповідність середньостатистичним у державі; показник розходження вперше встановленого клінічного діагнозу із заключним діагнозом, підтвердженим лабораторними та іншими методами обстеження; показник госпіталізацій; частота та структура ускладнень стаціонарного та амбулаторного лікування; задоволеність населення наданням медичної допомоги (за даними опитування); кількість звернень громадян з причини незадовільного медичного обслуговування; санітарно-освітня робота.

За цією структурованою угодою на надавача медичних послуг покладаються функції: створення та забезпечення функціонування системи надання медичних послуг з дотриманням галузевих стандартів та чинної нормативно-правової бази; забезпечення функціонування системи розгляду та оперативного реагування на звернення пацієнтів; створення та забезпечення функціонування системи внутрішнього контролю якості медичного обслуговування згідно з обґрунтованими критеріями її функціонування; реєстрація та подання замовнику щоквартального звіту про об'єм виконаної роботи та виявлені недоліки; контроль виконання плану підвищення якості медичного обслуговування працівниками та підрядниками надавача.

В угодах за окремими проєктами передбачено налагодження взаємодії ЦПМСД із закладами вторинної медичної допомоги, приватної медицини, з громадськими та релігійними організаціями, закладами освіти, підприємствами, установами та організаціями, які працюють в ОТГ, із соціальними службами.

За результатами проведеного на попередніх етапів роботи з соціологічного опитування було виявлено, що населення продовжує залишатися без сучасної необхідної інформації з основних засад формування здорового способу життя та обґрунтування доцільності їх дотримання. Також люди не отримують необхідних знань із профілактики попередження поширення соціально значущих та соціально небезпечних захворювань.

У сучасних умовах економічної кризи, реформування медичної галузі населення не отримує зрозумілих роз'яснень щодо змін, що очікують їх при реформуванні МД ($41,7\% \pm 5,0\%$ міських мешканців та $58,3\% \pm 6,1\%$ сільських жителів вказали на повну відсутність просвітницької роботи). Також населення мало інформоване про побудову нових механізмів взаємозв'язку між первинною та вторинною МД, особливо в нових умовах створення об'єднаних територіальних громад. Вищенаведене потенційно формує негативне ставлення населення до адміністративних змін та реформи охорони здоров'я в цілому. Особливо критично налаштовані сільські мешканці, серед яких частіше чоловіки не задоволені наданням амбулаторно-поліклінічної допомоги. Серед жителів міст, навпаки, частіше жінки, а саме кожна п'ята, четверта, третя не задоволені відповідно кваліфікаційною, організаційною та інформаційною складовими надання ПМД. При цьому більшість віддають належне професійній підготовці лікарів, медичного персоналу, відмічаючи, що найбільше незручностей у наданні ПМД було пов'язано в них із організаційним та інформаційним її компонентами.

Враховуючи вищенаведене, до функцій амбулаторії загальної практики – сімейної медицини (рис. 5.2) входить не лише забезпечення населення якісною ПМД (боротьба із захворюваннями, аналіз рівнів захворюваності та факторів ризику виникнення захворювання, надання невідкладної, паліативної, первинної медичної

допомоги, експертиза тимчасової непрацездатності тощо), а й профілактична робота. Остання включає планування та проведення медичних оглядів, нагляд за здоровими вагітними та жінками в післяпологовому періоді, активний нагляд за здоровими дітьми раннього віку, які не відвідують дитячі садочки, проведення періодичних медичних оглядів дітей у дошкільних навчальних закладах, школах, які розташовані на території ОТГ, а також вторинна профілактика захворювань, своєчасне виявлення соціально небезпечних захворювань, інфекційних і паразитарних хвороб, проведення санітарно-просвітницької роботи, включаючи лекції та бесіди з населенням.

За результатами опитування сімейних лікарів більшість із них вказують на збільшення навантаження (80,7% та 90,7% міських та сільських відповідно), до чого приєднуються інші фахівці (62,8% ± 8,1% та 86,4% ± 7,3% відповідно). Значний відсоток лікарів повідомили про зростання конфліктних ситуацій (65,0% ± 4,7% та 43,9% ± 6,5% відповідно сімейні лікарі та спеціалісти), що, на їхню думку, обумовлено недосконалістю опрацювання взаємозв'язків та незадоволеністю маршрутом пацієнта (34,0 ± 4,7% та 29,8 ± 6,0% відповідно), серед яких більше невдоволених – мешканці сільської місцевості.

Рис. 5.2. Структура та функції амбулаторії загальної практики – сімейної медицини

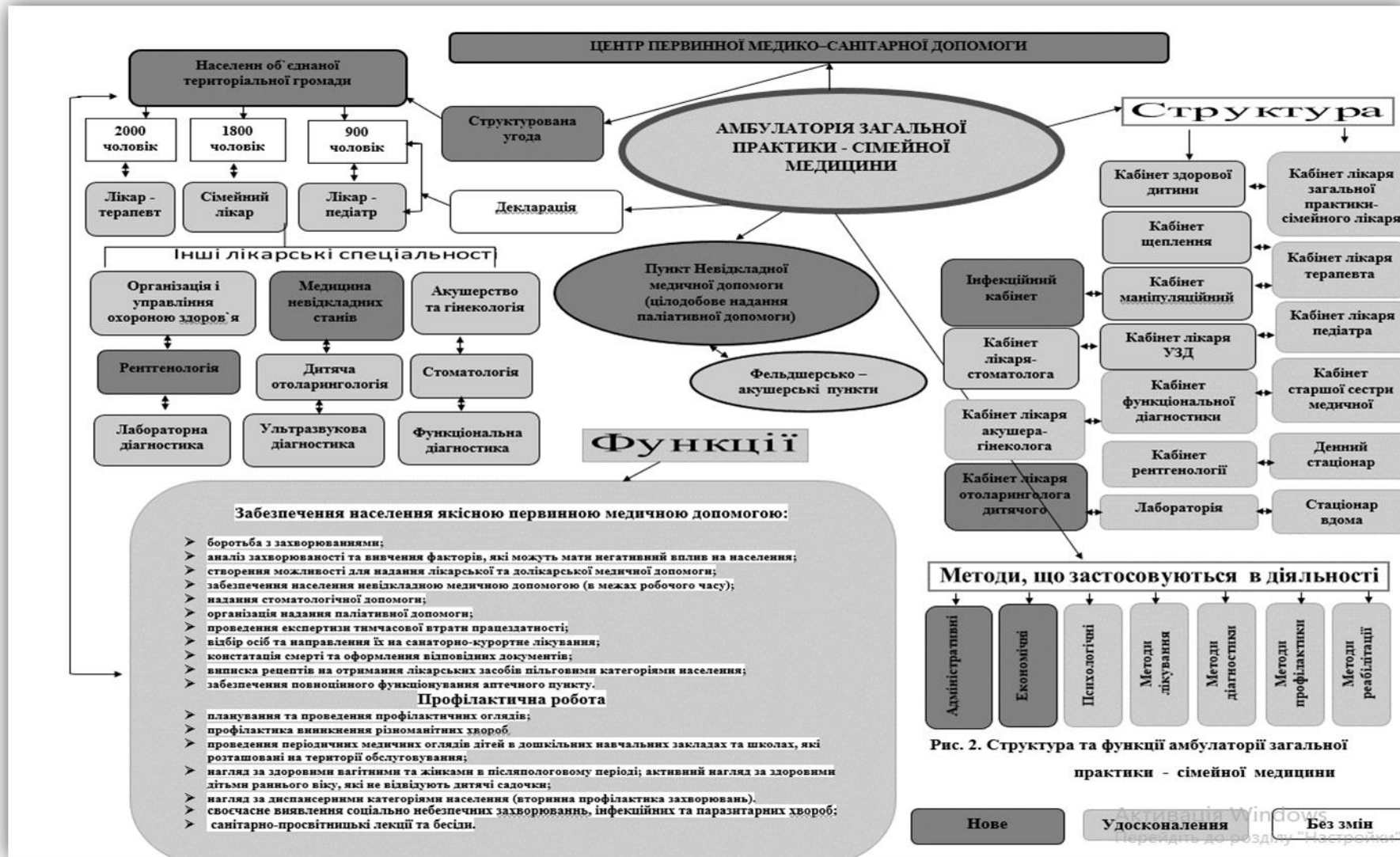


Рис. 2. Структура та функції амбулаторії загальної практики – сімейної медицини

У ситуації, що склалася, нами була вивчена можливість залучення лікарів-спеціалістів до надання МД населенню об'єднаних територіальних громад. Інноваційною стала можливість залучення спеціалістів до надання медичної допомоги населенню ОТГ в умовах АЗПСМ. Так, серед представлених на рис. 5.2 спеціалістів, залучених за нашої ініціативи до надання консультативної медичної допомоги, перелічені: психотерапевти, стоматологи, акушери-гінекологи, лікарі функціональної діагностики та УЗД, рентгенологи, дитячі отоларингологи, організатори охорони здоров'я та лаборанти.

Вперше за нашої ініціативи організовано функціонування трьох пунктів невідкладної допомоги, відповідно у трьох ОТГ, в яких наразі цілодобово надається ПМД та невідкладна допомога мешканцям. Адміністрація четвертої ОТГ не підтримала це питання, й відповідно до структурованої угоди ЦПМСД з іншими громадами був підписаний договір про умови обслуговування територіально їхнього населення іншими пунктами (НМД).

Високими залишаються сподівання на вдосконалення й покращення навичок роботи із сучасними інформаційно-комунікаційними системами в сімейних лікарів як у сільській місцевості (95,3%), так і в містах (87,7%), лише 20,0% з яких мають досвід застосування телемедицини, лише $49,0\% \pm 4,9\%$ користуються електронною системою запису, частіше в міських умовах ($50,9\% \pm 6,6\%$ проти $46,5 \pm 7,6\%$ у сільських), проте кожен третій вважає її недосконалим і чверть не дотримується встановленого часу прийому.

Для подолання тенденцій щодо низьких показників доступності медичної допомоги, що сформовані попередніми роками, як серед медичного персоналу, так і серед населення об'єднаних територіальних громад, нами додатково введені функції телемедичного, інженерно-технічного супроводу та інформаційно-консультативних послуг у структуровану угоду, яка укладається між ОТГ та ЦПМСД з можливістю участі в цій самій угоді й закладів вторинної медичної допомоги, в тому числі приватних медичних закладів, які працюють на означеній

території, соціальної служби, закладів освіти, релігійних і громадських організацій, грантових проєктів тощо.

Серед переліку методів, які застосовуються в АЗПСМ, додатково нами запропоновані нові (адміністративні, економічні) та удосконалено існуючі (методи профілактики, діагностики та лікування, психологічні, методи реабілітації) методи в роботі амбулаторно-поліклінічного закладу.

За нашими пропозиціями структура АЗПСМ в умовах територіальних змін зі творенням ОТГ населення має бути представлена вдосконаленими умовами роботи лікарських кабінетів: педіатра; ЛЗПСЛ; терапевта; підписання додаткового пакета послуг з НСЗУ на впровадження в закладі ЦПМСД таких лікарів як акушер-гінеколог; лікар УДЗ; лікар-стоматолог; лікар-лаборант. В умовах децентралізації доступність медичної допомоги лікарів вторинного рівня та спеціалізованого третинного рівня стає дедалі більш недоступною для звичайного сільського жителя (далеко розташовані, довго чекати дати запису та ін.). Задля принципу пацієнторієнтованості – своєчасність і безбар'єрна доступність – ми вводимо на первинному рівні послуги вузьких спеціалістів, що не є порушенням ПМД. Принципи пацієнторієнтованості ставлять пацієнтів та їхні сім'ї на їхнє законне – центральне – місце в системі охорони здоров'я і трансформують відносини персоналу з пацієнтами в партнерські. Тобто не система та інфраструктура, а саме пацієнт – у центрі уваги та в пріоритеті. Пацієнторієнтованість – це більше, ніж просто ввічливість, більше, ніж гарні ремонти та нові меблі. Пацієнторієнтованість у медичному закладі – це нова культура спілкування з клієнтом, орієнтація на його потреби та готовність змінюватися для того, щоб відповідати цим потребам. І такі зусилля принесуть свої плоди у вигляді вдячності та лояльності пацієнтів, задоволеності персоналу своєю роботою та, як наслідок, процвітання вашого закладу. Пацієнторієнтований підхід – це нова філософія надання допомоги, коли пацієнт із «німого», «безправного» суб'єкта лікувального процесу перетворюється на повноправного учасника, який бере активну участь на всіх етапах. Практика

показує, що процес трансформації медико-біологічного підходу на пацієнторієнтований займає певний час і вимагає «ламання» старих стереотипів.

У структурі амбулаторії загальної практики – сімейної медицини також представлені кабінети: щеплення; денного стаціонару; здорової дитини; рентгенологічний та маніпуляційний кабінети; кабінет старшої медичної сестри; кабінет функціональної діагностики.

Отже, нами виявлені проблемні питання, вирішення яких сприятиме задоволенню очікувань пацієнтів у забезпеченні якісними медичними послугами в єдиному контексті із запровадженням обґрунтованих вище змін структури та функцій АЗПСМ та взаємодії ЦПМСД з ОТГ. Результати вивчення світового й вітчизняного досвіду, власних досліджень дозволили на наступному етапі обґрунтувати вдосконалену модель Центру ПМСД для обслуговування населення ОТГ (рис. 5.3).

У зв'язку з децентралізацією та раціональною розбудовою регіональної системи охорони здоров'я з необхідним матеріально-технічним оснащенням, кадровим забезпеченням медичних закладів регіону створюється передумова активного залучення ОТГ до здійснення організаційних, структурних перетворень медичної служби з точки зору науково обґрунтованого її вдосконалення та розвитку [74, 81, 161].

Рис. 5.3. Удосконалена модель Центру первинної медико-санітарної допомоги для обслуговування населення об'єднаних територіальних громад

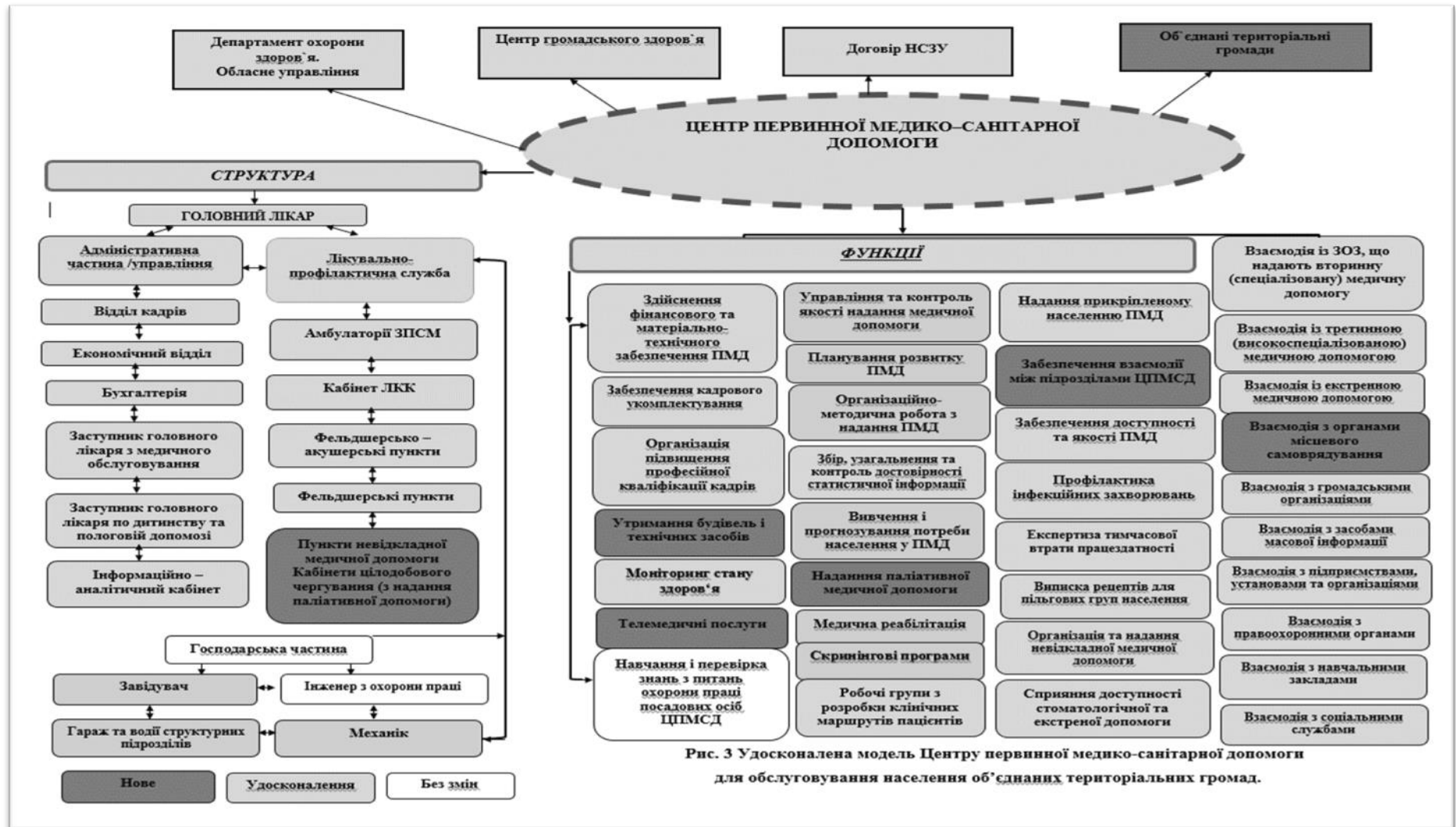


Рис. 3 Удосконалена модель Центру первинної медико-санітарної допомоги для обслуговування населення об'єднаних територіальних громад.

З іншого боку, складні соціально-економічні умови функціонування медичної галузі зайвий раз спонукають до пошуку внутрішніх ресурсів для підвищення її результативності, активізації лікувально-профілактичного процесу в динамічних соціально-економічних умовах.

Реалізація вектору реформ охорони здоров'я в умовах створення ОТГ відповідає сучасним національним пріоритетам, хоч і стає викликом для регіональної охорони здоров'я, оскільки не існує універсального алгоритму реалізації поставлених цілей в умовах ОТГ.

За законодавством медична галузь в Україні повинна забезпечувати населення якісною сучасною МД при обмежених фінансових ресурсах із забезпеченням принципів рівності, доступності та ефективності з акцентами на ПМД й профілактичній її вектор спрямованості зокрема. Реалізація основних напрямів подальшого розвитку та зміцнення ПМД на засадах ЗПСМ потребує, в першу чергу, модернізації охорони здоров'я на визначеній території з розробкою найбільш ефективної вдосконаленої моделі ПМД з урахуванням пов'язаних між собою медичних, соціальних проблем населення ОТГ у реальному часі, в зручному для населення місці та у відповідному об'ємі з можливістю своєчасного реагування на змінні потреби населення.

Функціонально-організаційна структура моделі надання ПМД вибудована з урахуванням регіональних особливостей медико-демографічної ситуації, структури причин звернень, госпіталізацій, смертності тощо визначеної території. Також врахована питома вага сільських мешканців, осіб старшої вікової групи, оскільки саме ці категорії населення часто мають поліорганну складну вікову патологію та можуть мати труднощі в пересуванні, що має враховуватися при прийнятті організаційно-управлінських рішень щодо налагодження територіальної доступності ПМД для населення ОТГ. Не менш важливою і відповідальною є організація надання первинної медичної допомоги дитячому населенню. Тому до функцій ЦПМСД включено постійний моніторинг стану здоров'я прикріпленого населення (рис. 5.3).

З огляду на зазначене виникає актуальне питання забезпечення ЦПМСД кваліфікованими медичними кадрами для укладення угод на обслуговування як дітей, так і дорослого населення, урегулювання організаційних форм і повноцінного інформування з цього приводу населення ОТГ.

Інноваційним елементом удосконаленої моделі ЦПМСД для обслуговування населення ОТГ стало забезпечення взаємодії між підрозділами ЦПМСД, реалізація якої сприятиме оптимізації медичного забезпечення населення ОТГ. Недосконалість нормативно-правової бази та організаційно-методичного забезпечення процесу взаємодії між медичними працівниками як у межах одного медичного закладу, в ЦПМСД, так і з іншими медичними установами, що надають спеціалізовану, високоспеціалізовану медичну допомогу, невідкладну, екстрену медичну допомогу, змусила нас вирішувати це питання в першу чергу. Особлива увага була приділена проблемі медико-технологічного оснащення, вирішення якої дало змогу значною мірою забезпечити використання в амбулаторно-поліклінічній практиці новітніх технологій, оптимізувати маршрути пацієнтів між закладами, що надають різні види медичної допомоги, розширити функції денного стаціонару та стаціонару на дому, в результаті чого можна буде значно покращити задоволеність населення наданою медичною допомогою в цілому. Викликом сьогодення стала епідемія COVID-19, яка актуалізувала форми й методи роботи медичних працівників ПМСД в умовах стаціонару на дому. У межах надання медичної допомоги в стаціонарі на дому передбачається щоденне дистанційне консультування та інтерпретація, консультації інших фахівців з оцінкою в динаміці їх результатів у зіставленні з індивідуальними особливостями, змінами в стані здоров'я окремо взятого пацієнта. Організований в такий спосіб динамічний супровід за пацієнтом стає гарантом своєчасної його госпіталізації за показами.

Ефективне управління забезпечується через злагоджене функціонування адміністративної частини, лікувально-профілактичної служби та господарської частини під керівництвом директора Центру ПМСД. Удосконалена робота відділу кадрів, економічного відділу, бухгалтерії, інформаційно-аналітичного кабінету

та двох заступників директора. До складу лікувально-профілактичної служби, крім АЗПСМ, віднесено кабінет ЛКК, удосконалено роботу ФАПів.

Інноваційним елементом удосконаленої моделі стала потреба населення в цілодобовому отриманні ПМД, вирішення якої буде в принципі функціонування пунктів невідкладної медичної допомоги. Створено робочі групи з розробки клінічних маршрутів пацієнтів та для реалізації скринінгових програм.

Окрема увага нами була приділена осучасненню інформаційно-комунікаційних систем у ЦПМСД, але навіть найпрекрасніша комунікаційна стратегія не зможе компенсувати неефективні процеси всередині вашого закладу. А це означає, що спершу – дії, а потім чи паралельно – комунікаційний супровід.

Удосконалена модель ЦПМСД для обслуговування населення ОТГ враховує необхідність постійного формування комунікаційних зв'язків із системою громадського здоров'я через регіональний Центр громадського здоров'я із залученням його до участі в заходах із профілактики та попередження поширення хвороб, реалізації засад профілактики виникнення та розповсюдження інфекційних захворювань в об'єднаній територіальній громаді.

Зміцнення комунікаційно-інформаційних ресурсів ЦПМСД сприяє оптимізації функції управління та контролю якості надання медичної допомоги, що в перспективі дозволяє планувати розвиток ПМД за результатами збору, узагальнення перевіреної достовірної статистичної інформації та організаційно-методичної роботи з надання ПМД населенню ОТГ. В основних інформаційних ресурсах широко обговорюється надана Центром аналітична інформація про переваги та перспективи впровадження запропонованої вдосконаленої моделі, можливості залучення населення до участі в профілактичних заходах, до надання пропозицій щодо оптимізації надання ПМД, розвитку соціального маркетингу на рівні громади.

Сьогодення характеризується широким запровадженням різних інформаційних технологій, що мають безумовні перспективи для розвитку, зокрема в медичній галузі. Це – електронна охорона здоров'я; телемедицина. Напря

телемедицини представлено окремою функцією в удосконаленій моделі ЦПМСД для обслуговування населення ОТГ. Поступово реальним для ЛЗПСЛ стає повсякденне використання комп'ютерної техніки зі збереженням інформації про пацієнта в електронній базі даних. У планах на майбутнє повна комп'ютеризація лікувально-профілактичного процесу в ЦПМСД, що об'єктивізує і спростить узагальнення, систематизацію наданих у закладах Центру медичних послуг для здійснення клінічного аудиту, забезпечення безперервного процесу покращення якості та ефективності надання медичної допомоги, зокрема щодо своєчасного виявлення захворювань, удосконалення профілактичних, реабілітаційних заходів при наданні ПМД населенню ОТГ.

Механізми управління ЦПМСД включають заходи різного рівня: місцевого, регіонального, державного.

Складова державного механізму управління ЦПМСД представлена МОЗ України, НСЗУ, які регулюють діяльність ЗОЗ як юридичних суб'єктів, та мають економічні механізми управління, зокрема системою ПМД, від яких залежить подальший розвиток реформ у медичній галузі України. Державний механізм управління розвитку ПМД реалізується також через нормативно-правові документи (закони, постанови, накази, рішення колегії, розпорядження тощо), що передбачено діючою вертикаллю управління в системі охорони здоров'я України.

Складова регіонального механізму управління ЦПМСД представлена регіональним Департаментом охорони здоров'я та регіональним Центром громадського здоров'я, робота з якими налагоджується в рамках нормативно-правового поля, в якому розвивається й реформується система ПМД на засадах загальної лікарської практики в Україні. На цьому ж рівні регламентуються основні заходи із взаємодії закладів, які надають різні види медичної допомоги (первинна, спеціалізована, високоспеціалізована) в умовах конкретного адміністративного регіону (області).

Інноваційною стала участь об'єднаних територіальних громад (на місцевому рівні) із можливістю формування окремої місцевої програми розвитку ПМД, яка

включатиме план оптимізації мережі ЦПМСД, матеріально-технічне оснащення, утримання будівель і споруд Центру, план кадрового забезпечення, включаючи можливі пільги та заохочення для медичного персоналу тощо.

Надання лікувально-профілактичної допомоги на місцевому рівні невід'ємно пов'язан з питаннями покращення екології навколишнього середовища, широким поширенням серед населення засад здорового способу життя, профілактикою інфекційних, соціально небезпечних і соціально значущих захворювань, для вирішення яких необхідні комплексні зусилля ОТГ.

Регуляторні заходи різних рівнів і механізмів управління (місцевого, регіонального, державного) включають: політичні заходи, створення й удосконалення, доповнення нормативної, економічної бази; організаційні заходи; пріоритетність інновацій.

Безпосереднє втілення заходів із розвитку, реформування ПМД здійснювалося через механізм комплексного підходу до створення, прийняття, реалізації регіональних програм, кожна з яких забезпечувала юридичну, економічну підтримку політичним рішенням, прийнятим на місцевому рівні із зазначенням конкретних заходів та їх виконавців. Так, за розпорядженням Васильківського міського голови в ЦПМСД продовжує діяти «Програма впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення м. Васильків та за певними категоріями захворювань», якою передбачено прогнозні обсяги фінансування до 800,0 тис. грн на рік. Також у рамках місцевої програми «Програма фінансової підтримки комунального некомерційного підприємства Васильківської районної ради «Васильківський районний центр первинної медико-санітарної допомоги» в частині утримання пункту невідкладної медичної допомоги для обслуговування мешканців м. Васильків на 2020 рік передбачено створення й забезпечення функціонування пункту невідкладної медичної допомоги, фінансування плану заходів якого передбачає: видатки на оплату праці задіяного медичного персоналу; придбання матеріалів, обладнання та інвентарю; придбання медикаментів та перев'язувальних

матеріалів відповідно до наказу МОЗ України від 19.03.2018 № 504; оплату послуг згідно з укладеними договорами; оплату комунальних послуг та енергоносіїв (теплопостачання, водопостачання та водовідведення, оплату електроенергії); придбання обладнання й предметів довгострокового використання (автомобіля) [93, 94, 98, 101].

Варто також сказати, що за рішенням обласної ради від 24.12.2020 № 36 «Щодо затвердження відповідної регіональної програми» та пправил використання субвенцій з обласного бюджету на пільгове медичне обслуговування громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, було надано можливість відшкодування витрат на безоплатне забезпечення лікарськими засобами за рецептами лікарів ЦПМСД у разі амбулаторного лікування у них громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи.

Отже, запропоновані інновації та вдосконалені елементи моделі ЦПМСД для обслуговування населення з різних ОТГ, включені до структури та функцій АЗПСМ та ФАП тих регіонів, на території яких вони функціонують і їх територіальна ПМД відповідає особливостям і потребам населення саме їх району та саме їх ОТГ. Запропоновані інновації потребують пріоритетного розвитку та впровадження, що дозволить попередити можливі ризики, здатні нести загрозу ефективному управлінню та розвитку ПМД як на місцевому рівні, так і в державі загалом.

5.3. Результати вивчення ефективності запропонованої вдосконаленої моделі первинної медичної допомоги для обслуговування населення об'єднаних територіальних громад

Для визначення прогностичної ефективності запропонованої вдосконаленої моделі ПМД для обслуговування населення ОТГ нами було використано метод експертних оцінок, основою якого стала неупереджена професійна думка досвідчених фахівців (експертів). Цей інструмент дає можливість структурувати

й кількісно оцінити складові та інноваційні елементи запропонованої вдосконаленої моделі, запровадження якої матиме вплив на вдосконалення процесу управління ПМД у цілому.

Як експертів нами було залучено 30 досвідчених фахівців із тривалим досвідом роботи в медичній галузі. Інструментом для проведення опитування стала спеціально розроблена карта експертної оцінки. Оцінка запропонованих аспектів удосконаленої моделі ЦПМСД для обслуговування населення об'єднаних територіальних громад відбувалася за 10-бальною шкалою (від 0 – несуттєво до 10-дуже важливо).

До складу групи неупереджених експертів, обраних для проведення дослідження, увійшли 14 науковців, всі доктори наук за фахом «Соціальна медицина», 11 лікарів загальної практики – сімейної медицини (чотири з яких очолювали роботу амбулаторій ЗПСМ), 5 пацієнтів Центру ПМСД, які мали вищу освіту (службовець, економіст та три вчителя).

Загальний стаж роботи в медичній галузі експертів з медичною освітою становив $27,1\% \pm 2,70$ року. Серед експертів переважали спеціалісти з вищою кваліфікаційною категорією (84,0%) за фахом «Організація та управління охороною здоров'я» та «Загальна практика – сімейна медицина».

Результати письмових відповідей експертів при заповненні анкети експертного опитування були перенесені до спеціально створеної комп'ютерної бази даних із застосуванням кодування, в такий спосіб було забезпечено повну анонімність експертів. Для оцінки отриманих даних розраховувалися абсолютні й відносні показники. Відповіді експертів (за десятибальною шкалою) підлягали медико-статистичному групуванню та аналізу з визначенням середнього бала та коефіцієнта варіації C_v . Зокрема, застосування коефіцієнта варіації C_v зумовлене необхідністю з'ясувати узгодженість думок експертів, щоб охарактеризувати належність змінних (відповідей експертів за визначеним пунктом) до однієї сукупності. Значення коефіцієнта варіації C_v змінювалося від 0 до 10, причому

наближеність до 0 свідчило про повну узгодженість експертів у своїх рішеннях (табл. 5.1).

Таблиця 5.1

Результати експертної оцінки ефективності вдосконаленої моделі організації ЦПМСД для обслуговування населення об'єднаних територіальних громад

(за 10-бальною оціночною шкалою)

Основні аспекти оцінки вдосконаленої моделі	Середня арифметична величина оцінок, бали (M ± m)	Середньо-квадратичне відхилення (σ)	Коефіцієнт варіації (Cv), у відсотках
1	2	3	4
Загальна оцінка вдосконаленої моделі Центру первинної медико-санітарної допомоги для обслуговування населення об'єднаних територіальних громад	9,2 ± 0,22	0,87	9,48
Застосування в діяльності Центру ПМСД сучасних адміністративних, економічних методів управління	8,80 ± 0,1	1,05	10,08
Запровадження механізму створення структурованих угод для регулювання відносин Центру ПМСД із закладами приватної медицини, громадськими, релігійними організаціями, закладами освіти, підприємствами тощо	8,71 ± 0,17	0,86	9,91

1	2	3	4
Організація роботи пункту невідкладної медичної допомоги при Центрі ПМСД	9,83 ± 0,27	0,45	4,61
Організація роботи кабінету цілодобового надання паліативної допомоги при Центрі ПМСД	8,4 ± 0,13	0,71	8,47
Запровадження активної взаємодії Центру ПМСД з органами місцевого самоврядування, об'єднаною територіальною громадою	9,33 ± 0,23	0,98	10,05
Можливість консультативного прийому спеціалістів (отоларинголог дитячий) в структурі Центру ПМСД	8,17 ± 0,21	0,64	7,80
Дієвість запроваджених елементів удосконаленої моделі Центру первинної медико-санітарної допомоги для обслуговування населення об'єднаних територіальних громад	8,80 ± 0,1	0,54	6,15

Діапазон значень середньоквадратичних відхилень коливався від 0,45 до 1,05, а значення коефіцієнта варіації в більшості випадків не перевищували 10%, що свідчить про доволі високу узгодженість експертів у наданих ними відповідях (оцінках).

Загальна оцінка вдосконаленої моделі ЦПМСД для обслуговування населення ОТГ виявилася доволі високою (середнє арифметичне $9,2 \pm 0,22$ бала; середньоквадратичне відхилення 0,87; коефіцієнт варіації 9,48%). Найвищий бал оцінки з високим рівнем узгодженості експертів отримали складові вдосконаленої моделі щодо організації роботи пункту невідкладної медичної допомоги при Центрі ПМСД (середнє арифметичне $9,83 \pm 0,27$ бала; середньоквадратичне відхилення 0,45; коефіцієнт варіації 4,61%) та запровадження активної взаємодії Центру ПМСД з органами місцевого самоврядування, ОТГ (середнє арифметичне $9,33 \pm 0,23$ бала; середньоквадратичне відхилення 0,98; коефіцієнт варіації 10,05%).

Отже, нами виявлено високий рівень узгодженості експертів у своїх досить високих оцінках при характеристиці вдосконаленої моделі ЦПМСД для обслуговування населення ОТГ, а саме щодо: загальної оцінки вдосконаленої моделі ЦПМСД для обслуговування населення ОТГ ($9,2 \pm 0,22$); застосування в діяльності ЦПМСД сучасних адміністративних, економічних методів управління ($8,80 \pm 0,1$); запровадження механізму створення структурованих угод для регулювання відносин ЦПМСД із закладами приватної медицини, громадськими, релігійними організаціями, закладами освіти, підприємствами тощо ($8,71 \pm 0,17$); організації роботи пункту невідкладної медичної допомоги при ЦПМСД ($9,83 \pm 0,27$); запровадження активної взаємодії Центру ПМСД з органами місцевого самоврядування, ОТГ ($9,33 \pm 0,23$); можливості консультативного прийому спеціалістів у структурі ЦПМСД ($8,17 \pm 0,21$); дієвості запроваджених елементів удосконаленої моделі ЦПМСД для обслуговування населення ОТГ ($8,80 \pm 0,1$) за 10-бальною оціночною шкалою.

Вищенаведене дозволяє стверджувати, що впровадження запропонованої функціонально-організаційної вдосконаленої моделі ЦПМСД для обслуговування населення ОТГ матиме позитивний медико-соціальний, економічний ефект за рахунок покращення доступності й ефективності ПМД населенню ОТГ. Запровадження обґрунтованої удосконаленої моделі має наукову цінність

і практичне значення, а отже, може бути рекомендованим для використання і в інших регіонах України.

Висновки до розділу 5

Враховуючи фактор, що процес децентралізації унікально вплинув на Васильківський район і його було частинами розділено та приєднано аж до трьох районів Київської області – Обухівського, Фастівського, Білоцерківського, в яких утворилося чотири ОТГ – Васильківська, Глевахівська, Гребінківська та Хотівська, а всі АЗПСМ і ФАП, розташовані на їх адміністративних територіях, і населення, яке там проживає, лишилися в складі нашого ЦПМСД (згідно з ліцензією). Першочергово постало питання подальшої співпраці з суміжними ОТГ.

Для цього було проведене це дослідження та визначені інструменти взаємодії з ОТГ для продуктивної співпраці задля збереження й покращення показників здоров'я населення.

1. За підсумками виконання заключного організаційного етапу дисертаційної роботи здійснено наукове обґрунтування вдосконаленої моделі ЦПМСД для обслуговування населення ОТГ, розроблено схеми взаємодії ЦПМСД із ОТГ, удосконалено структуру та функції АЗПСМ, що стали складовими вдосконаленої моделі.

2. Здійснення обґрунтування вдосконаленої моделі ЦПМСД для обслуговування населення ОТГ базувалося на результатах етапів виконання дисертаційної роботи, а саме: аналізу наукових досліджень з означеного напрямку; рекомендацій міжнародних експертів; вітчизняного та закордонного досвіду із впровадження сімейної медицини; результатах проведених соціологічних і медико-статистичних досліджень.

3. Позитивна експертна оцінка запропонованих інноваційних елементів удосконаленої моделі в цілому та її складових, зокрема, дозволяє спрогнозувати позитивний медико-соціальний та економічний ефект від її впровадження за

рахунок покращення доступності та ефективності взаємодії ПМД в межах сусідніх ОТГ.

За матеріалами розділу опубліковано:

1. Августинівич Я. І., Михальчук В. М. Бізнес – планування, як інструмент реформування ПМСД. *Ведомості лікарськіє*. 2018. № 8. С. 1582–1587 (дисертанткою проведено обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів).

2. Михальчук В. М., Августинівич Я. І. Оренда як організаційно-правова форма трансформації ПМСД. *Україна. Здоров'я нації*. 2018. № 2. С. 89–90 (дисертанткою проведено обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів).

3. Августинівич Я. І. Михальчук В. М. Сучасний погляд на необхідність удосконалення організації роботи Центру первинної медико-санітарної допомоги для обслуговування населення об'єднаних територіальних громад. *Україна. Здоров'я нації*. 2019. № 2. С. 14 (дисертанткою проведено обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів).

4. Августинівич Я. І., Михальчук В. М. Деякі проблемні питання організації первинної медичної допомоги в умовах об'єднаних територіальних громад. VIII Міжнародний медичний конгрес «Впровадження сучасних досягнень медичної науки у практику охорони здоров'я України». 2019. С. 13 (дисертанткою проведено обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів).

ВИСНОВКИ

У дисертації наведене теоретичне узагальнення і нове вирішення актуальної науково-практичної задачі – обґрунтувати та розробити удосконалену модель центру ПМСД, відповідну до сучасних умов децентралізації із створенням ОТГ на основі запропонованих структур і функцій, що узгоджуються з реальною ситуацією стану здоров'я населення зазначеної території та оцінкою її надання медичними працівниками та споживачами, яка спроможна забезпечити доступність, якість, профілактичну спрямованість зорієнтовану на пацієнта. Доцільність впровадження нововведень підтверджена експертами та результатами втілення їх на практиці

1. Встановлено, що сучасна модель ПМСД не в повній мірі реагує на зміни, які відбуваються в суспільстві, соціально-економічних відносинах та стані здоров'я населення, зокрема в умовах децентралізації та створення об'єднаних територіальних громад, що обумовило обґрунтування та розробку удосконаленої моделі організації роботи Центру первинної медико-санітарної допомоги.

2. Показано різницю рівня поширеності хвороб серед різних верств дорослого населення в Україні, Київській області та Васильківському районі і динаміку її рівня за період 2014-2017рр.: в Україні поширеність хвороб зросла на 1,1% до 170634,5; Київській області на 6,2% до 205827,3 та Васильківському районі – на 1,8% до 154879,6 на 100 тис.; приріст переважав серед міських жителів (на 1,2%; 6,2%; 1,8% до 173669,8; 200607,6; 148398,9 проти 0,7%; 6,4%; 0,08% – сільських до 163676,3; 214096,1; 128094,8 відповідно), жінок (на 1,2%; 4,0%; 0,08% до 191045,0; 226872,7; 141381,3 проти чоловіків 0,8%; - 3,5%; 0,3% до 145873,9; 165523,6; 99635,4 відповідно) та осіб працездатного віку (на 1,7%; 7,6%; 0,4% до 13796,3; 172869,7; 94973,1 проти старше працездатного – 1,8%; 3,7%; 0,3% до 250423,0; 302121,3; 224593,4 відповідно).

3. Встановлено структуру поширеності хвороб та її відмінність на рівні України, області та району, а також серед різних категорій населення, а саме: 97,5% поширеність формували хвороби систем кровообігу, органів дихання, травлення; 7,2% – 19,8% – в різній комбінації хвороби сечостатевої, кістково-м'язової,

ендокринної систем, хвороб ока. На долю перших приходилось 37,4% в Україні, 38,7% в області, 35,6% в районі, приріст показників становив 0,8%; 5,0%; 0,7% відповідно, з переважанням серед міських жителів (на 1,3%; 5,7%; 0,3% відповідно), жінок (на 0,9%; 5,3%; 0,2% проти 0,6%; 4,2%; 0,3% чоловіків), осіб старше працездатного віку на 1,6% в області та 0,8% в районі при зменшенні на 3,1% в Україні, а серед працездатного на 1,8% в Україні, 7,1% в області при зменшенні на 1,5% в районі. Темпи зростання хвороб органів дихання переважають в області та районі (на 8,9%, 2,0% проти 1,8% в Україні), інтенсивніше серед сільського населення області (на 15,9% проти 2,5% в Україні), осіб працездатного віку (на 13,0% проти 2,5% відповідно та в районі на 2,7%), а також жінок (на 11,4%; 0,2% проти 1,5% по країні). При стабільних показниках хвороб органів травлення в Україні відмічено їх зростання в області на 6,4% та районі на 10,3%, інтенсивніше серед міського населення (на 8,8% та 5,3%), працездатного віку (на 8,0%; 6,6%), в області приріст більшим був серед жінок (на 9,0% проти 3,1% чоловіків), в районі – чоловіків (на 2,2% проти 1,0% жінок).

4. Показано відмінність рівня та структури захворюваності та поширеності хвороб серед дітей 0-14 років, зокрема:

- спостерігався її приріст на регіональному та районному рівнях (на 5,3% та 0,4% відповідно) і був утричі більшим серед сільських в регіоні та в п'ять – серед міських в районі. При зменшенні чисельності підлітків (на 13,0% та 13,6% в країні та регіоні), більшість яких проживає в містах (60,2 – 63,4%), зросла захворюваність на 9,0% в Україні, в 3,5 рази більше в області та в районі на 1,4%; - структура захворюваності подібна у дітей різного віку і не відрізнялася територіально; перші три місця належали хворобам органів дихання, шкіри, травмам і отруєнням; простежені відмінності щодо частоти окремих нозологій, поширеність захворювань у віці 0-14 років при зниженні її в цілому по Україні (на 2,0% та 1,0% і 1,2% серед міських та сільських жителів) мала приріст в області та районі (на 2,3% та 1,0%), особливо серед сільського населення (на 5,4% та 2,0% проти 0,7% та 0,8% міського).

5. Виявлено ставлення населення до оптимізації організації надання первинної медичної допомоги та різниця в оцінці амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги за основними її компонентами (кваліфікаційними, організаційними, інформаційними), за 7-бальною системою, це складає: ($6,1 \pm 0,3$; $5,1 \pm 0,2$ та $4,8 \pm 0,2$ відповідно); жителі міст більше задоволені першими двома ($6,4 \pm 0,2$; $5,2 \pm 0,1$ проти $5,8 \pm 0,3$; $4,9 \pm 0,1$ сільських; $p < 0,05$), тоді як сільські – інформаційним фактором ($5,3 \pm 0,2$ проти $4,8 \pm 0,1$; $p < 0,05$), жінки вище оцінювали кваліфікаційний ($6,3 \pm 0,2$ проти $6,0 \pm 0,1$ чоловіків; $p < 0,05$) і, навпаки, нижче і їх незадоволеності стали обмеженість порад щодо профілактики хвороб та їх ускладнень, якість обстеження, незручність розташування закладу та графік роботи лікаря.

6. За даними соціологічного дослідження встановлено: збільшення навантаження сімейних лікарів ($80,7\%$ та $90,7\%$ міських та сільських відповідно) та «вузьких фахівців» ($62,8 \pm 8,1\%$ та $86,4 \pm 7,3\%$ відповідно), зростання конфліктних ситуацій ($65,0 \pm 4,7\%$ та $43,9 \pm 6,5\%$ відповідно), обумовлено недосконалістю взаємозв'язків та незадоволеністю маршрутом пацієнта ($34,0 \pm 4,7\%$ та $29,8 \pm 6,0\%$ відповідно), більше в сільській місцевості та необхідність у підвищенні рівня знань щодо сучасних інформаційно-комунікативних систем, розширення професійного кругозору у $95,3\%$ та $87,7\%$ сімейних лікарів сільської та міської місцевостях відповідно, потребують їх й «вузькі» спеціалісти ($91,0\%$ та $97,1\%$ відповідно); лише до $20,0\%$ мають досвід застосування телемедицини, близько половини ($49,0 \pm 4,9\%$) користуються електронною системою запису, частіше в міських умовах ($50,9 \pm 6,6\%$ проти $46,5 \pm 7,6\%$ в сільських), проте кожен третій вважає його недосконалим і чверть не дотримується встановленого часу. При підтримці інноваційних технологій ($66,0 \pm 4,7\%$ та $72,0 \pm 5,9\%$ сімейних та «вузьких» спеціалістів відповідно) – кожен четвертий ($23,0 \pm 4,2\%$ та $22,8 \pm 5,5\%$) займає нейтральну позицію, що, більшою мірою, залежить від рівня обізнаності та віку.

7. Виявлено, що зміни в зв'язку із створенням об'єднаних територіальних громад $69,3\%$ населення, пов'язує із покращенням амбулаторної допомоги, серед тих, хто їх

не підтримує (17,3%) чи вагається (13,3%), більше старіших за 50 років та сільських жителів. Повну підтримку реформи медичної галузі висловило 62,7% опитаних. Серед причин іншої думки 40% вказують на відсутність належної просвітницької роботи ($41,7 \pm 5,0\%$) та $58,3 \pm 6,1\%$ міські та сільські жителі; ($p < 0,05$).

8. Науково обґрунтована удосконалена модель ЦПМСД для обслуговування населення ОТГ, яка вибудована з урахуванням регіональних особливостей медико-демографічної ситуації, структури причин звернень, госпіталізацій, смертності на визначеній території із схемою його взаємодії із ОТГ, удосконаленими структурою та функціями АЗПСМ, що стали новими її складовими.

9. Удосконалена модель ЦПМСД для обслуговування населення ОТГ отримала узгоджену високу оцінку експертів за 10-бальною шкалою як в цілому ($9,2 \pm 0,22$), так і за її організаційними складовими: роботи пункту невідкладної методичної допомоги ($9,8 \pm 0,27$), активної взаємодії з об'єднаною територіальною громадою, органами місцевого самоврядування ($9,33 \pm 0,33$), впровадження сучасних адміністративних економічних методів управління ($8,8 \pm 0,1$). Результати експертної оцінки дозволяють рекомендувати запропоновані інновації для впровадження в практику закладів ПМСД України.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Отримані результати наукового дослідження дозволяють рекомендувати:

1. Міністерству охорони здоров'я України:

– запровадити в систему до- та післядипломної освіти медичних працівників, спеціалістів за фахом «Загальна практика – сімейна медицина» та «Організація і управління охороною здоров'я», побудовану з урахуванням сучасних умов децентралізації зі створенням об'єднаних територіальних громад науково обґрунтовану, яка спроможна забезпечити доступну якість медичного забезпечення населення ОТГ, профілактичну спрямованість та пацієнторієнтованість.

2. Регіональним управлінням (департаментом) охорони здоров'я обласних державних адміністрацій та м. Києва, головним лікарем центральних міських та центральних районних лікарень:

– відшукати можливості для сприяння аналізу позитивного досвіду впровадження запропонованої удосконаленої моделі ЦПМСД на предмет запровадження інноваційних елементів моделі в практику, удосконалення підготовки медичного персоналу для надання ПМД в умовах децентралізації та формування ОТГ;

– відшукати можливості для реалізації впровадження вдосконаленої схеми взаємодії ЦПМСД із ОТГ, удосконаленої структури та функцій АЗПСМ як складових запропонованої удосконаленої моделі з урахуванням регіональних особливостей стану здоров'я населення;

3. Вищим медичним навчальним закладам і закладам післядипломної медичної освіти:

– доповнити плани та програми навчальних циклів спеціалізації та вдосконалення професійних знань і вмінь для всіх лікарів за фахом «Загальна практика-сімейна медицина» та «Організація і управління охороною здоров'я», медичних сестер, сімейних лікарів змістовим блоком побудови схеми взаємодії ЦПМСД із ОТГ як складової удосконаленої моделі ЦПМСД, з передбаченими змінами структури та функцій АЗПСМ.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авраменко Т. П., Жаліло Л. І., Мартинюк О. І. та ін. Розвиток державного управління реформуванням охорони здоров'я в Україні на регіональному рівні: стан, проблеми, перспективи: методичні рекомендації. Київ: НАДУ, 2013. 48 с.
2. Товбан М. П., Стовбан І. В., Васільєв А. Г., Хбур З. В. Дослідження ефективності взаємодії медичних закладів у межах одного госпітального округу в різних регіонах України. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2019. № 3. С. 74–81. URL: <http://dx.doi.org/10.11603/1681-2786.2020.3.11626>.
3. Holiachenko A. O., Smirnova V. L., Panchyshyn N. Ya, Holiachenko O. A. Соціальна, медична та економічна ефективності охорони здоров'я в період її реформування. *Вісник медичних і біологічних досліджень*. 2019. № 1. С. 19–23. URL: <http://dx.doi.org/10.11603/bmbr.2706-6290.2020.1.10612>.
4. Андрух В. С., Андрух В. Н., Слободян М. В. Сучасні аспекти безперервного професійного розвитку лікарів у сфері охорони здоров'я України. *Практикуючий лікар*. 2019. № 2. С. 5–8.
5. Андрух В. С., Слободян М. В. Засади післядипломної медичної освіти лікарів України в аспекті Болонського процесу. *Практикуючий лікар*. 2013. № 1. С. 89–93.
6. Бабінець Л. С., Ткач О. О., Матюк Л. М., Чарторинський В. Ю. та ін. Досягнення і проблеми надання медичної допомоги населенню Тернопільщини з акцентом на первинну ланку. *Сімейна медицина*. 2015. № 3. С. 28–30.
7. Шатковський Я. Медична реформа та забезпачення доступності первинної медичної допомоги: адміністративно-правові засади. *Публічне право*. 2018. № 1 (29). С. 158–64.
8. Білинська М. М., Юрочко Т. П. Управління змінами сфери охорони здоров'я: навчальний посібник. Київ: НАДУ, 2017. 108 с.

9. Білінська М. М., Васюк Н. О., Бойко С. Г. Політика та управління в секторі економіки та фінансування системи охорони здоров'я в Україні: навчальний посібник. Київ: НАДУ, 2017. 98 с.

10. Білінська М. М., Мокрецов С. Є., Васюк Н. О. Ситуаційні завдання щодо прийняття управлінських рішень у сфері охорони здоров'я (CASE-STUDY): методичні рекомендації. Київ: НАДУ, 2017. 98 с.

11. Білінський Д. О. Медична реформа в Україні: фінансово-правові аспекти. Науковий журнал публічного та приватного права. 2019 № 1. С. 82–88. URL: <http://dx.doi.org/10.32844/2618-1258.2019.3-1.13>.

12. Боев В. С. Оценка состояния системы сельского здравоохранения Пермского края и мероприятия по ее совершенствованию. *Здравоохранение РФ*. 2012. № 4. С. 11–15.

13. Бондаренко І. М. та ін. Медико-соціальна експертиза при онкологічних захворюваннях: навч. посіб. Дніпропетр. мед. акад. МОЗ України. Дніпро: Ліра, 2016. 422 с.

14. Булавінова К. О., Децик О.З., Ціхонь З. О. Роль комунікаційних стратегій у системі громадського здоров'я України. *Україна. Здоров'я нації*. 2018. № 3 (50). С. 6–9.

15. Бюджетний кодекс України від 08.07.2010 № 2456-VI зі змінами та доповненнями. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2456-17>

16. Вороненко Ю. В., Гойда Н. Г., Децик О.З. та ін. Організація контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я: методичні рекомендації. Київ. 2013. С. 24–25.

17. Вороненко Ю. В., Шекера О. Г. Нормативно-правовое обеспечение семейной медицины в свете реформы здравоохранения Украины. *Здоровье общества*. 2013. № 1. С. 15–22.

18. Вороненко Ю. В. та ін. Сучасні підходи до управління матеріальними ресурсами медичного закладу. *Український медичний часопис*. 2013. № 1. С. 19–22.

19. Власюк О. С. Шляхом децентралізації: виклики, ризики та пріоритети реформування регіонального розвитку в Україні. *Регіональна економіка*. 2015. № 1. С. 5–18.

20. Гайдаров Г. М., Ломакина Е. А. Медико-экономический анализ деятельности медицинской организации как инструмент менеджмента. *Система менеджмента качества: опыт и перспективы*. 2020. Вып. 9. С. 16–20.

21. Чорна В. В. Порівняльний аналіз фінансування сфери охорони здоров'я України та країн Європейського Союзу. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2021. № 1. С. 45–49. URL: <http://dx.doi.org/10.11603/1681-2786.2018.1.12142>.

22. Гиріна О. М. Використання інформаційних технологій в медичній практиці при підготовці сімейного лікаря. *Сімейна медицина*. 2011. № 3. С. 14–15.

23. Глушко Л. В., Чаплинська Н. В., Позур Н. З., Гавриш Т. Ю. Удосконалення якості підготовки лікарів в умовах Болонського процесу. *Медична освіта*. 2011. № 4. С. 41–48.

24. Горбань Є. М., Уваренко А. Р., Петрашенко П. Р. Інноваційні технології та інноваційна політика в системі охорони здоров'я України. *Лікарська справа. Врачебное дело*. 2001. № 5. С. 3–9.

25. Гребняк М. П., Кірсанова О. В., Таранов В. В. Формування кадрового потенціалу громадського здоров'я. *Україна. Здоров'я нації*. 2018. № 3(50). С. 17–20.

26. Гребняк Н. П., Агарков В. А., Грищенко С. В. и др. Здоровье населения Украины в глобальном измерении. *Медичні перспективи*. 2012. Т. XII (1). С. 128–134.

27. Грищук С. М. Визначення рівнів обізнаності населення з основними положеннями «медичної реформи». *Україна. Здоров'я нації*. 2018. № 3(50). С. 22–27.

28. Доля О. С., Ярешко Н. О. Сучасні технології для об'єктивізації та стандартизації оцінювання практичних навичок лікарів-інтернів хірургів.

Медицина освіта. № 2 (17 травня 2019). С. 143–147. URL: <http://dx.doi.org/10.11603/me.2414-5998.2019.2.9991>.

29. Шлапко Т. В., Тверитінова Д. О. Історичний розвиток вітчизняного законодавства у сфері медичного обслуговування населення. *Прикарпатський юридичний вісник* 1. № 3(28) (16 березня 2019). С. 142–46. URL: [http://dx.doi.org/10.32837/пуув.v1i3\(28\).337](http://dx.doi.org/10.32837/пуув.v1i3(28).337).

30. Дейкун М. П. Наукове обґрунтування деяких напрямів розвитку медичної допомоги на сучасному етапі соціально-економічних реформ. *Лікарська справа*. 1999. № 6. С. 131–135.

31. Децик О. З., Яворський А. М., Яворський М. І. Шляхи поліпшення задоволеності пацієнтів в системі управління якістю стаціонарної допомоги. *Сучасні медичні технології*. 2013. № 2 (18). С. 45–48.

32. Деякі питання надання медичної субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам: постанова Кабінету Міністрів України від 23.01.2015 № 2. URL: <http://zakon5.rada.gov.Ua/laws/show/11-2015-%D0%BF> (дата звернення: 10.07.2020).

33. Деякі питання щодо договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій: постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410: URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/ru/410-2018-%D0%BF> (дата звернення: 10.07.2020).

34. Сіделковський О. Л. Комунальні та відомчі медичні заклади в системі єдиного медичного простору: невирішені проблеми адміністративно-правового регулювання. *Прикарпатський юридичний вісник* 2019. № 4 (29). С. 169–72. URL: [http://dx.doi.org/10.32837/пуув.v2i4\(29\).457](http://dx.doi.org/10.32837/пуув.v2i4(29).457).

35. Дорош Н. В., Ільканич К. І., Дорогин О. І., Бойко І. Р. Мобільні технології для моніторингу показників стану здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2017. № 3. С. 47–50. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VSG_2017_3_1 (дата звернення: 10.07.2020).

36. Гавриченко Д., Козирева О., Попова Т., Сергієнко Л. Механізм фінансування охорони здоров'я України в умовах трансформацій. Проблеми теорії та практики фінансово – кредитної практики. 2019. № 42. С. 125–133. URL: <http://dx.doi.org/10.55643/fcaptp.1.42.2022.3674>.

37. Жаліло Л. І., Мартинюк О. І. Державне регулювання охорони громадського здоров'я: Київ: НАДУ, 2009. 66 с.

38. Жилка Н.Я., Кудря А. В. Первинна медична допомога: нормативно-правовий аспект. *Україна. Здоров'я нації*. 2016. № 1–2 (37–38). С. 74–78.

39. За матеріалами соціологічного дослідження «Медична реформа в Україні. Стан та перспективи розвитку» (м. Миколаїв). URL: <https://chmnu.edu.ua/medichna-reforma-v-ukrayini-stan-ta-perspektivi-realizatsiyi-m-mikolayiv> (дата звернення: 10.07.2020).

40. Логвиненко Б. О. До питання про відповідність медичної реформи в Україні дванадцяти принципам організації охорони здоров'я. *Прикарпатський юридичний вісник*. 2019. № 4 (29). С. 120–123. URL: [http://dx.doi.org/10.32837/pyuv.v2i4\(29\).447](http://dx.doi.org/10.32837/pyuv.v2i4(29).447).

41. Закон України від 19.11.1992 № 280І-ХІІ в редакції від 10.03.2018. Основи законодавства України про охорону здоров'я: URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/280I-12> (дата звернення: 10.07.2020).

42. Щербинська О. С., Гудзьо І. Я. Щодо можливостей закладів охорони здоров'я забезпечити жінок комплексною медичною допомогою за умов впровадження другого етапу реформи системи охорони здоров'я (за аналізом затверджених пакетів медичних послуг). *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2020. № 2. С. 31–34. URL: <http://dx.doi.org/10.11603/1681-2786.2020.2.11407>.

43. Харитонюк О. Роль українського менталітету в процесі реалізації реформи децентралізації влади в Україні. *Міжнародні відносини, суспільні комунікації та*

регіональні студії. 2019. № 1 (7). С. 230–237. URL: <http://dx.doi.org/10.29038/2524-2679-2020-01-230-237>.

44. Знаменська М. А., Слабкий Г. О. Концептуальна модель комунікацій в охороні здоров'я. Піднесення науки. Медична наука. 2015. № 7 (4). С. 59–62.

45. Муляр Г. Реформа сфери охорони здоров'я: адміністративно-правовий аспект. *Юридичний вісник*. 2020. № 1. С. 51–57. URL: <http://dx.doi.org/10.32837/yuv.v0i1.1559>.

46. Лісовий В. М., Капустнік В. А., Марковський В. Д., Завгородній І. В. Маско А. М. Роль сучасних інформаційних технологій у забезпеченні якості медичної освіти. *Медична освіта*. 2019. № 3. С. 35–37. URL: <http://dx.doi.org/10.11603/me.2414-5998.2019.3.10119>.

47. Горпініч Т. Періодизація розвитку медичної освіти. *Педагогічний дискурс*. 2018. № 25. С. 63–71. URL: <http://dx.doi.org/10.31475/ped.dys.2018.25.08>.

48. Квасний Л., Щербань О., Романів О. В., Попадинець Н. Сучасні форми фінансування закладів охорони здоров'я в Україні в контексті медичної реформи. *Bulletin of Sumy National Agrarian University*. 2019. № 4 (82). С. 144–148. URL: <http://dx.doi.org/10.32845/bsnau.2019.4.27>.

49. Кириленко О., Малиняк Б., Письменний В., Русін В. Планування та управління фінансовими ресурсами територіальної громади: навчальний посібник для посадових осіб місцевого самоврядування. Асоціація міст України. Київ: ТОВ «Підприємство «ВІЕНЕЙ», 2015. 396 с.

50. Запорожчан С. В., Воронцова Т. О., Волянська Л. А., Крицький І. О., Синицька В. О., Бурвела Е. І. Осучаснення консультативно-лікарської допомоги дітям на первинному рівні. *Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології*. 2018. № 2. С. 9–14. URL: <http://dx.doi.org/10.11603/24116-4944.2018.2.9322>.

51. Князевич В. М., Митник З. М., Слабкий Г. О. та ін. Первинна медико-санітарна допомога / сімейна медицина: монографія. Київ: МОЗ України, 2010. 404 с.

52. Конституція України: Закон від 28.06.1996 № 254к/96-ВР в редакції від 30.09.2016 URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80/page4> (дата звернення: 10.07.2020).

53. Корнійчук О. П. Шляхи ефективного проведення реформування системи охорони здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2011. № 3. С. 78–85.

54. Короткий О.В. Вивчення поінформованості лікаря первинної ланки відносно якості надання медичної допомоги, дослідження його комунікацій з іншими об'єктами сфери охорони здоров'я (за даними соціологічного дослідження). *Україна. Здоров'я нації*. 2017. № 4. С. 87–93.

55. Вороненко Ю. В., Вдовиченко Ю. П., Толстанов О. К., Краснов В. В. Функціональні і структурні зміни в організації безперервного професійного розвитку лікарів та провізорів у контексті реформування охорони здоров'я України. *Медична освіта*. 2019. № 3. С. 30–34. URL: <http://dx.doi.org/10.11603/me.2414-5998.2019.3.10118>.

56. Федоренко Т. Міністерство охорони здоров'я України у механізмі взаємодії з громадськістю з питань формування та реалізації державної політики у сфері медицини. *Публічний менеджмент*. 2019. № 4. С. 285–301. URL: [http://dx.doi.org/10.32689/2617-2224-2019-4\(19\)-285-302](http://dx.doi.org/10.32689/2617-2224-2019-4(19)-285-302).

57. Кравченко В. В., Орлова Н. М. Шляхи підвищення задоволеності населення якістю амбулаторної допомоги. *Україна. Здоров'я нації*. 2018. № 2 (49). С. 38–42.

58. Кудря А. В. Деякі проблеми сімейного лікаря в умовах реформування системи охорони здоров'я. *Формування нового обліку вітчизняної науки: конф.* (м. Київ, 28 лютого 2014 р.). Центр наукових публікацій. Київ, 2014. С. 202–204.

59. Купліванчук А. В., Лехан В. М., Шевченко М. В. та ін. Методичні рекомендації щодо встановлення надбавок за обсяг та якість виконання роботи працівникам закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу та є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я. Київ, 2012. 13 с.
60. Лазоришинець В. В., Лісневська Н. О., Слабкий Г. О. та ін. Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи: спеціалізоване видання. Київ, 2014. 608 с.
61. Лазоришинець В. В., Салютін Р. В., Слабкий Г. О. та ін. Реформування галузі охорони здоров'я: Вінницька, Донецька, Дніпропетровська, Одеська, Полтавська області, м. Київ. Результати, проблеми, перспективи. Київ, 2014. 207 с.
62. Латишев Є. Є. Формування системи сімейної медицини в Україні: монографія. Київ: Сфера, 2005. 176 с.
63. Лехан В. А., Слабкий Г. О., Шевченко М. В. Аналіз результатів реформування системи охорони здоров'я в пілотних регіонах: позитивні наслідки, проблеми та можливі шляхи їх вирішення. *Україна. Здоров'я нації*. 2015. № 3 (С). С. 67–86.
64. Лехан В. А., Слабкий Г. О., Шевченко М. В. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. *Україна. Здоров'я нації*. 2010. № 1. С. 5–23.
65. Лехан В. М., Крячкова Л. В., Волчек В. В. Управління змінами в системі охорони здоров'я України: історія та уроки пілотних регіонів: навчальний посібник. Дніпропетровськ: Літограф, 2016. 53 с.
66. Лехан В. М., Рудий В. М. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні: спільний звіт. Київ: вид-во Раєвського, 2016. 168 с.
67. Лехан В. М., Кризина Н. П., Яценко Ю. Б., Євтушенко В. В. та ін. Модернізація мережі закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу: методичні рекомендації. Київ: МОЗУ, 2012. 17 с.

68. Лехан В. М., Крячкова Л. В., Борвінко Е. В., Волчек В. В. Аналіз перешкод на шляху розвитку системи первинної медичної допомоги в Україні та можливі підходи до їх подолання. *Медичні перспективи*. 2016. Т. XXI. № 2 (ч. 1). С. 9–16.

69. Лехан В. М., Крячкова Л. В., Заярський М. І. Аналіз реформи охорони здоров'я в Україні: від здобуття незалежності до сучасності. *Україна. Здоров'я нації*. 2018. № 4 (52). С. 5–9.

70. Яремчук І. В. Внутрішній аудит ефективності використання бюджетних коштів у закладах охорони здоров'я. *Економічний вісник. Серія: фінанси, облік, оподаткування*. № 5 (04 липня 2019). 180–189. URL: <http://dx.doi.org/10.33244/2617-5932.5.2020.180-189>.

71. Лобас М. В. Деякі питання організації первинної медико-санітарної допомоги сільському населенню Черкаської області. *Україна. Здоров'я нації*. 2018. № 1 (47). С. 62–67.

72. Дзвінчук Д., Баран М. Застосування моделі змін у процесі реформування системи охорони здоров'я в Україні на первинному рівні. *Public Administration and Regional Development*. 2020. № 7. С. 89–108. URL: <http://dx.doi.org/10.34132/pard2020.07.04>.

73. Маркович Г. Особливості формування бюджетів об'єднаних територіальних громад. URL: http://galinfo.com.ua/articles/v_chomu_polyagayut_osoblyvosti_formuvannya_byudzhativ_otg_249352.html (дата звернення: 10.07.2020).

74. Барзилович А. Д. Фінансовий механізм державного регулювання розвитку охорони здоров'я України. *Науковий вісник: Державне управління*. № 5 (14 вересня 2019). С. 34–48. URL: [http://dx.doi.org/10.32689/2618-0065-2020-3\(5\)-34-48](http://dx.doi.org/10.32689/2618-0065-2020-3(5)-34-48).

75. Матюха Л. Ф., Медведовська Н. В., Барінов Ю. В. Обґрунтування індикаторів оцінки кращої лікарської практики при наданні первинної медичної допомоги. *Сучасні медичні технології*. 2017. № 1 (32). С. 28–34.

76. Матюха Л. Ф., Медведовська Н. В. Підходи до оцінки ефективності лікарської практики з надання первинної медичної допомоги. *Україна. Здоров'я нації*. 2017. № 2 (43). С. 140–142.

77. Матюха Л. Ф., Лехан В. М., Гойда Н. Г. та ін. Порядок організації надання медичної допомоги та забезпечення маршрутів пацієнта лікарем загальної практики – сімейним лікарем при різних клінічних станах та захворюваннях: методичні рекомендації. Київ: МОЗ, ДУ «УІСД», 2011. 43 с.

78. Матюха Л. Ф., Надутий К. О., Кондратюк Н. К. Стан модернізації первинної медичної допомоги в Україні. *Україна. Здоров'я нації*. 2013. № 2 (26). С. 76–83.

79. Запорожченко А. Особливості розвитку охорони здоров'я в Україні 1950–2000 рр. *Юридичний вісник*. 2018. № 3. С. 18–24. URL: <http://dx.doi.org/10.32837/yuv.v0i3.930>.

80. Методичні рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства. Оновлена версія. Схвалено робочою групою з питань реформування сфери охорони здоров'я України від 14 лютого 2018 р. 84 с URL: http://moz.gov.Ua/uploads/0/3555-moz_metod_recomendations_autonomization_2018_ua_final_web.pdf (дата звернення: 10.07.2020)

81. Москаленко М. Ф. Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я: український контекст: монографія. Київ: Книга плюс, 2008. 320 с.

82. Надута Г., Надутий К., Жаліло І. Порівняння економічної ефективності двох організаційних моделей первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. Підвищення ефективності державного управління охороною здоров'я на регіональному рівні та на рівні місцевого самоврядування на основі принципів громадянського суспільства: матеріали Всеукраїнської наук.-практ. конф. (06–07 листопада 2003 р., м. Комсомольськ, Полтавська область). Кременчук: Християнська зоря, 2004. С. 61–66.

83. Надутий К. О. Деякі питання організації первинної медико-санітарної допомоги у період реформи. *Управління закладом охорони здоров'я*. 2011. № 8. 23 с.

84. Наказ МОЗ України від 01.08.2011 № 454: Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року: URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dii_20_I_1080_I_454.html (дата звернення: 10.07.2020)

85. Наталенко Н. В. Фінанси та бюджет об'єднаної громади (навчальний модуль). Київ: ІКЦ «Легальний статус», 2016. 72 с.

86. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років. Стратегічна дорадча група з питань реформування системи охорони здоров'я в Україні. 2015. 41 с URL: <http://healthsag.org.ua/strategiya> (дата звернення: 10.07.2020).

87. Нехай В. А., Гінзбург В. Г., Борвінко Е. В. Порівняльна характеристика моделі Семашка та моделі, започаткованої в рамках реформи системи охорони здоров'я в Україні. *Медицина сьогодні і завтра*. 2013. № 4. С. 99–105. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Msiz_2013_4_19.

88. Ніколенко В. Ю., Свешніков С. М., Юрченко В. В., Крижановський В. І. Місцеві бюджети як чинник стабільності розвитку регіонів: навчальний посібник. Київ, 2016. 41 с.

89. Пак С., Солоненко І. Розвиток організаційно-правових засад державного Управління охороною громадського здоров'я на регіональному та місцевому рівнях в Україні. *Вісник НАДУ*. 2011. № 1. С. 243.

90. Парій В. Д., Короткий О. В. Становлення та розвиток первинної медичної допомоги на засадах загальної практики – сімейної медицини в Україні: огляд літературних джерел. *Україна. Здоров'я нації*. 2018. № 2 (49). С. 48–53.

91. Пелехата О. В. Бюджет розвитку як інструмент сільської територіальної громади в реалізації бюджетної політики економічного зростання. *Соціально-економічні проблеми сучасного періоду України*. 2013. № 6 (104). С. 355–361.

92. Петрихін В. П. Організація надання первинної медико-санітарної допомоги міському та сільському населенню. Методичні розробки до практичного заняття з дисципліни «Соціальна медицина і організація охорони здоров'я». Запоріжжя, 2018. 19 с.

93. Про утворення державної установи «Центр громадського здоров'я МОЗ України»: наказ МОЗ України від 18.09.2015 № 604. URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dii_20110801_454.html (дата звернення: 10.07.2020).

94. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги: наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 504. URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dii_20110801_454.html (дата звернення: 10.07.2020).

95. Примірне положення про госпітальний округ: наказ МОЗУ від 20.02.2017 № 165 (у редакції наказу МОЗУ від 18.12.2017 № 1621. URL: http://moz.gov.ua/uploads/0/2663-dn_201712181621_dod.pdf (дата звернення: 10.07.2020).

96. Про добровільне об'єднання територіальних громад: Закон України від 05.02.2015 № 157-VIII. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/157-19> (дата звернення: 10.07.2020).

97. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості: Закон України від 14.11.2017 № 2206-VIII. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2206-19> (дата звернення: 10.07.2020).

98. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2168-19> (дата звернення: 10.07.2020).

99. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я: Закон України від 06.04.2017 № 2002-VIII. URL: <http://zakonO.rada.gov.ua/laws/show/2002-19> (дата звернення: 10.07.2020).

100. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві: Закон України від 07.07.2011 № 3612-VI. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/3612-17> (дата звернення: 10.07.2020).

101. Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення: постанова Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 № 391. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/391-2018-%D0%BF> (дата звернення: 10.07.2020).

102. Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік: постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 № 407. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/407-2018-%D0%BF> (дата звернення: 10.07.2020).

103. Про утворення Національної служби здоров'я України: постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 101. URL: <http://zakon5.rada.gov.Ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF> (дата звернення: 10.07.2020).

104. Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я: постанова Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 № 302. URL: <http://zakon5.rada.gov.Ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF> (дата звернення: 10.07.2020).

105. Про затвердження вимог до надавання послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення: постанова Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 № 391: URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/391-2018-%D0%BF> (дата звернення: 10.07.2020).

106. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я: розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 1013-р. URL: <https://www.knui.gov.ua/ua/npas/249626689> (дата звернення: 10.07.2020).

107. Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я: розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 1002-р. URL: <https://www.knui.gov.ua/ua/npas/249626689> (дата звернення: 10.07.2020).

108. Про організацію клініко-експертної оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування: наказ МОЗУ від 05.02.2016 № 69. *Офіційний вісник України*. 2016. № 23. С. 279–300.

109. Рамкові вимоги до багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування першого та другого рівнів. URL: <https://www.apteka.ua/article/410502>.

110. Рожкова І. В., Солоненко І. М. Децентралізація управління охороною здоров'я на місцевому рівні: монографія. Київ: Фенікс, 2008. 160 с.

111. Лехан В. М., Надутий К. О., Гриценко Л. О. Оцінка діяльності замовника медичних послуг керівниками закладів первинної медичної допомоги. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2019. № 3. С. 36–41. URL: <http://dx.doi.org/10.11603/1681-2786.2021.3.12624>.

112. Рудавка С. І. Проблема упровадження засад сімейної медицини в системі охорони здоров'я України. Підготовка лікарів за спеціальністю «загальна практика – сімейна медицина» у відповідності до «наскрізної програми», затвердженої Міністерством охорони здоров'я України: тези доповідей методичної конференції (24 квітня 2013 р. Вінниця). Вінниця: Вінницький національний медичний університет, 2013. С. 105–107.

113. Руголь Л. В. Медико-демографические аспекты реформирования здравоохранения. *Здравоохранение РФ*. 2010. № 6. С. 7–11.

114. Чкан І. О. Стратегічні реформи України – медицина в селі. *Збірник наукових праць Таврійського державного агротехнологічного університету. Економічні науки*. № 1 (21). Т. 1 (2013). С. 383–388.

115. Любчик О. А. Забезпечення медичної допомоги в Україні. *Вісник Луганського державного університету внутрішніх справ імені Е. О. Дідоренка*. 2020. № 90. С. 205–215. URL: <http://dx.doi.org/10.33766/2524-0323.90.205-215>.

116. Соляник О. М., Спичак Ж. І. Мотиваційний механізм в процесі управління державним медичним закладом. Суми: Сумський державний університет, 2012. URL: <http://essuir.sumdu.edu.ua/handle/123456789/28471>.

117. Богдан Д., Бойко А., Василькова А. Кадрові ресурси системи охорони здоров'я в Україні: ситуаційний аналіз. Київ: Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я», 2019. 133 с.

118. Гавриченко Д. Г. Державне регулювання трансформацій у сфері охорони здоров'я України. Наукові інновації та передові технології. 2020. № 1 (3). С. 21–34.

119. Сердюк О. І., Короп О. А., Просоленко Н. В., Рогожин Б. А. Методологічні аспекти аналізу інтегральної ефективності діяльності закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу. *Україна. Здоров'я нації*. 2018. № 3 (50). С. 78–83.

120. Серьогін С. М., Гончарук Н. Т. Теоретичні засади та основні напрями реформування місцевого самоврядування й децентралізації влади в Україні. *Аспекти публічного управління*. 2015. № 4. С. 111–120.

121. Сірик В. О. Доцільність реформування амбулаторно-поліклінічної системи надання медичної допомоги та переходу до практики сімейного обслуговування населення. *Ліки України*. 2016. № 4. С. 25–27.

122. Скрип В. В. Готовність та спроможність системи охорони здоров'я регіонального рівня до автономізації закладів охорони здоров'я (за результатами соціологічного дослідження). *Україна. Здоров'я нації*. 2017. № 4. С. 101–106.

123. Слабкий Г. О. Модель надання первинної медичної допомоги міському населенню в період реформування охорони здоров'я. *Управління закладом охорони здоров'я*. 2012. № 5. С. 25–36.

124. Слабкий Г. О. Нові підходи до організації первинної медико-санітарної допомоги. *Практика управління медичним закладом*. 2016. № 7. С. 16–22.
125. Слабкий Г. О., Лехан В. М., Надутий К. О. та ін. Деякі уроки реформи охорони здоров'я України. *Україна. Здоров'я нації*. 2014. № 3 (31). С. 7–22.
126. Слабкий Г. О., Матюха Л. Ф., Гойда Н. Г., Дудіна О. О. Оцінка ефективності організації та надання первинної медико-санітарної допомоги: методичні рекомендації. Київ: МОЗ, УІСД, НМАПО ім. П. Л. Шупика, 2011. 47 с.
127. Слабкий Г. О., Шафранський В. В., Ратаніна О. М. та ін. Інформаційно-роз'яснювальна діяльність, комунікація та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я населення в рамках системи громадського здоров'я. *Україна. Здоров'я нації*. 2017. № 3. С. 246–254.
128. Слабкий Г. О., Ященко Ю. Б., Яенко Л. В. та ін. Комунікації в процесі впровадження та супроводу реформування. *Україна. Здоров'я нації*. 2012. № 2–3. С. 176–181.
129. Слабкий І. О., Зозуля І. С., Зозуля А. І. Пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. *Сімейна медицина*. 2014. № 3 (53). С. 25–27.
130. Сміянов В. А. Визначення якості медичної допомоги та концепції її розвитку. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2011. № 1. С. 86–95.
131. Сміянов В. А., Дрига Н. О. Перспективи впровадження сучасних інформаційно-комунікаційних систем на рівні первинної медико-санітарної допомоги. *Україна. Здоров'я нації*. 2019. № 1 (54). С. 159–165.
132. Стеценко С. Г. Медична реформа в Україні: право, політика, мораль. *Публічне право*. 2017. № 4. С. 57–61.
133. Гавриченко Д. Г. Розвиток державної електронної системи охорони здоров'я в Україні. *Інвестиції: практика та досвід*. 2019. № 22. С. 120–125.

134. Татарин Н. Б., Войтович В. В. Місцеві бюджети як фінансова база місцевого самоврядування. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Міжнародні економічні відносини та світове господарство*. 2017. № 11. С. 159–162.

135. Ткаченко В. І., Ременник О. І., Голосай К.С. Аналіз стану первинної медичної допомоги в Київській області за 2002–2014 рр. *Український медичний часопис*. 2015. № 2. С. 81–85. URL: <http://nbuv.gov.ua/UJRN/UMCh>

136. Утвенко В. В. Особливості управління системою охорони здоров'я в Україні на регіональному і місцевому рівнях. *Становлення і розвиток української державності*. Київ: ДПВД «Персонал», 2009. Вип. 3. С. 63–70.

137. Фойгт Н. А. Концептуальні засади реформування системи первинної медичної допомоги в умовах демографічного старіння. *Інвестиції: практика та досвід*. 2011. № 17. С. 92–96.

138. Хвисюк О. М., Марченко В. Т., Жеребкін В. В. Система управління якістю медичної освіти за міжнародними стандартами на післядипломному етапі. *Проблеми сучасної медичної науки та освіти*. 2009. № 1. С. 5–6.

139. Чепелевська Л. А., Дубініна В. Г., Рудницький О. П., Любінець О. В. Аналіз демографічної ситуації в Україні. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України (2015 р.) / за ред. В. В. Шафранського; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». Київ, 2016. Р. І. С. 12–33.

140. Чубирко М. И., Пичужкина Н. М., Майсалова Л. А., Ласточкина Г. В. Оценка качества жизни сельского населения. *Здравоохранение РФ*. 2012. № 1. С. 43–52.

141. Шабунова А. А., Асташов В. Н., Кондакова Н. А., Шкаревская С. М. Модернизация здравоохранения в оценках населения и медицинских работников. *Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз*. 2013. № 2. С. 87–100.

142. Шабунова А. А., Кондакова Н. А. Региональный опыт реализации программы модернизации здравоохранения. *Здравоохранение РФ*. 2014. № 4. С. 8–13.

143. Шатковський Я. М. Медична реформа та забезпечення доступності первинної медичної допомоги: адміністративно-правові засади. *Публічне право*. 2018. № 1. С. 158–164.

144. Статистична інформація. Державна служба статистики України. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/> (дата звернення: 01.02.2018).

145. Шевченко М. В., Заглада О. О., Бойко В. Я. Ставлення до проведення структурних реформ в охороні здоров'я та запровадження медичного страхування (за даними соціологічного опитування керівників обласних, міських, районних управлінь охорони здоров'я та їхніх заступників). *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2011. № 2. С. 34–39.

146. Шевченко М. В. Оцінка ефективності бюджетних програм «первинна медична допомога населенню» у пілотних регіонах. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2014. № 1 (59). С. 42–47.

147. Шевченко М. В. Фінансово-економічне обґрунтування потреби у ресурсах для формування мережі амбулаторій загальної практики-сімейної медицини в Україні. *Вісник проблем біології і медицини*. 2014. № I (3). С. 387–390.

148. Про схвалення Концепції розвитку електронного урядування в Україні: розпорядження Кабінету Міністрів України від 20.09.2017 № 649-р. Урядовий портал. URL: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/250287124>.

149. Щербінська О. С. Характеристика забезпечення системи охорони здоров'я України лікарями загальної практики – сімейними лікарями. *Україна. Здоров'я нації*. 2019. № 1 (54). С. 126–130.

150. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України (2016 р.). МОЗУ, ДУ «УІСД МОЗ України». Київ, 2017. 516 с.

151. Яковлєва О. Г. Основні шляхи становлення і розвитку сімейної медицини в Україні як основа реорганізації первинної медико-санітарної допомоги населенню. *Медсестринство*. 2019. № 2. С. 16–21.

152. Barker I., Steventon A., Deeny S. R. Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross sectional study of routinely collected, personal level data. *BMJ*. 2017 V. 1 (356). 84 p. Doi: 10.1136/ bmj.84.

153. Bernhardt V. I. Communication at the Core of Effective Public Health. *Am J Public Health*. 2018. № 94 (12). P. 2051–2053.

154. Гавриченко Д. Г. Міжнародний досвід використання державних електронних послуг в сфері охорони здоров'я. Modern aspects of science [колективна монографія]. Рр. 433–445 (р. 10.2).

155. Burkhardt H., Trojan C. Expectations and attitudes concerning geriatric counseling: Results of a survey among general practitioners and hospital-based providers in two German states. *Z. Gerontol. Geriatr*. 2017. Doi: 10.1007/s00391-017-1180-z.

156. Chan P. D., Johnson M. T. Treatment Guidelines for Medicine and Primary Care. NY, Current Clinical Strategies Publishing, 2008. 241 p.

157. Das J., Chowdhury A., Hussam R., Banerjee A. The impact of training informal health care providers in India: a randomized controlled trial. *Science*. 2016; 354(6308): aaf 7384. Doi: <http://dx.doi.org/10.1126/science.aaf7384> PMID:2784647.

158. Delioma E. M., Rivera G., Lilly M. Personalized vascular medicine: individualizing drug therapy. *Vascular Vied*. 2011. V. 16 (5). P. 391–404.

159. Figueras J., McKee M., Cain J., Lessof S. Health systems in transition: learning from experience. Copenhagen. Denmark: European Observatory on Health Systems and Policies. 2004. 263 p. URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdfJfile/0007/98395/E83108.pdf.

160. Fichera E., Pezzino M. Pay for performance and contractual choice: the case of general practitioners in England. *Health Econ. Rev.* 2017. V. 7 (1). P. 6. Doi: 10.1186/s13561-017-0142-x

161. Fleming N., Becker L., Culler S. et al. The impact of electronic health records on workflow and financial measures in primary care practices. *Health Services Research.* 2014 Feb: 49(1 Pt 2): 405–420.

162. Giezendanner S., Jung C., Banderet H. R. General Practitioners' Attitudes towards Essential Competencies in End-of-Life Care: A Cross-Sectional Survey. *PLoS One.* 2017. V. 12 (2). Doi: 10.1371/journal.pone.0170168.

163. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. World Health Organization. 2013: 2; 107.

164. Global digital population as of January 2019 (in millions) URL: <http://www.statistics/617136/digital-population-worldwide/>.29.

165. Implementing WSIS Outcomes: A Ten-Year Review / United Nations Conference on Trade and Development World Summit on the Information Society. Geneva, 2015.

166. Heiby J. The use of modern quality improvement approaches to strengthen African health systems: a 5-year agenda. *Int J Qual Health Care.* 2014 Apr; 26 (2): 117 – 23. Doi: <http://dx.doi.org/10.1093> PMID: 24481053.

167. Kick I., Cayless S., Johnston B., Wengstrom Y. Telehealth in palliative care in the UK: a review of the evidence. *J. Telemedicine and Telecare.* 2010. V. 16 (7). P. 394–402.

168. Kringos D. S., Boerma W.G.W., Hutchinson A., Saltman R.B. Building primary care in a changing Europe: case studies. Copenhagen. Denmark: WHO Regional Office for Europe and European Observatory on Health Systems and Policies, 2015. 315 p. URL: <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/building-primary-care-in-a-changing-europe-case-studies-20> I 5 (дата звернення: 10.07.2020).

169. Lekhan V.N. et. al. Ukraine: Health System Review. *Health Systems in Transition*. 2015. № 17 (2). 153 p. URL: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/OOI8/280701/UkraineHiT.pdf?ua=1 (дата звернення: 10.07.2020).

170. Lekhan Г., Rudiy V., Shishkin S. The Ukrainian Health Financing System and Options for reform. A thorough Analysis of the Health Care Financing System in the Ukraine and Suggestions for feasible Changes. 2007. 33 p. URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/97423/E90754.pdf (дата звернення: 10.07.2020).

171. Ling-Zhi Kong Chins Medium-to-Long Term Plan for the Prevention and Treatment of Chronic Diseases (2017-2025) under the Healthy China Initiative. *Chronic Diseases and Translational Medicine*. 2017. V. 3 (3). P. 135–137. Doi: [org/10.1016/j.cdtm](https://doi.org/10.1016/j.cdtm) (дата звернення: 10.07.2020).

172. Nilsson C., Skerfving I., Suqderberg S. Swedish district nurses' experiences on the use of information and communication technology for supporting people with serious chronic illness living at home—a case study. *Scandinavian journal of caring science*. 2010. V. 24 (2). P. 259–265.

173. Muiernul and Child Undernutrition Study Group. What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival Bhutta Z.A., Ahmed T., Black R. E., et al. *Lancet*. 2008 Feb 2: 371 (9610). P. 417-40. Doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61693-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61693-6) PMID: 18206226 (дата звернення: 10.07.2020).

174. Rakel E. R. Textbook of Family Medicine. 7th edition. Saunders, An Imprint of Elsevier, 2007. 1581 p.

175. Redekop W. K., Mladsi D. The faces of personalized medicine: a framework for understanding its meaning and scope. *Value Health*. 2013. V. 16 (6). P. 4–9.

176. Reis I., Freire C. S., Fernondez J., Monguet J. M. Patient Centered Design: Challenges and Lessons Learned from Working with Health Professionals and

Schizophrenic Patients in e-Therapy Contexts' ENTERprise Information Systems. Springer. 2011. P. 1–10.

177. Reisu A., Pedrosab A., Douradoc M., Reisd C. Information and Communication Technologies in Long-term and Palliative. *Procedia lechnology*. 2013. V. 9. P. 1303–1312.

178. Slabkiy G. O., Znamenska M. A. Approaches to prophylactic activity on the level of primary medical-and-sanitary aid on the base of family medicine. The Unity of Science-International scientific periodical journ. Vienna, Austria, August 2015. P. 162–167.

179. Saltman R. B., Rico A., Boerma W.G.W. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. European Observatory on Health Systems and Policies Series: Open University Press, 2006. 286 p.

180. Steel A., Sibbritt D., Schloss J. et al. An Overview of the Practitioner Research and Collaboration Initiative (PRACI): a practice-based research network for complementary medicine. *BMC Complement Altern Med*. 2017. V. 17 (1). P. 87. Doi: 10.1186/ s12906-017-1609-3.

181. Trends in health systems in the former. Soviet countries ed. by B. Rechel, E. Richardson, M. McKee. Copenhagen, Denmark: European Observatory on Health Systems and Policies. 2014. 238 p. URL: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0019/261271/ (дата звернення: 10.07.2020).

182. World health statistics 2012: BOOЗ (документи Всесвітньої організації охорони здоров'я) I World Health Organization. Geneva: WHO, 2012. 175 p.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

АНКЕТА

експертної оцінки вдосконаленої моделі Центру первинної медико-санітарної допомоги для обслуговування населення об'єднаних територіальних громад

Шановний експерте!

Дякуємо за співпрацю та згоду на участь в опитуванні!

Висловіть, будь-ласка, свою незалежну та неупереджену думку щодо запропонованої вдосконаленої моделі Центру первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) для обслуговування населення об'єднаних територіальних громад.

Вкажіть:

Вашу спеціальність _____

Стаж роботи за спеціальністю _____ категорія _____

Науковий ступінь _____ Вчене звання _____

В останній графі кожного рядка вкажіть свою оцінку запропонованих аспектів удосконаленої моделі Центру первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) для обслуговування населення об'єднаних територіальних громад, використовуючи 10-бальну шкалу.

Основні аспекти оцінки вдосконаленої моделі	Бал
Загальна оцінка вдосконаленої моделі Центру первинної медико-санітарної допомоги для обслуговування населення об'єднаних територіальних громад	
Застосування в діяльності Центру ПМСД сучасних адміністративних, економічних методів управління	
Запровадження механізму створення структурованих угод для регулювання відносин Центру ПМСД із закладами приватної медицини, громадськими,	

релігійними організаціями, закладами освіти, підприємствами тощо	
Організація роботи пункту невідкладної медичної допомоги при Центрі ПМСД	
Організація роботи кабінету цілодобового надання паліативної допомоги при Центрі ПМСД	
Запровадження активної взаємодії Центру ПМСД з органами місцевого самоврядування, об'єднаною територіальною громадою	
Можливість консультативного прийому спеціалістів (отоларинголог дитячий, невролог) у структурі Центру ПМСД	
Дієвість запроваджених елементів удосконаленої моделі Центру первинної медико-санітарної допомоги для обслуговування населення об'єднаних територіальних громад	

ОЦІНКА

задоволеності лікаря роботою в умовах первинної медичної допомоги в період переходу на об'єднані територіальні громади

Шановний лікарю!

В сучасній політиці держави протягом останніх років відбувається багато змін. Пріоритетними напрямками цих змін є децентралізація (передача повноважень та бюджетів від державних органів органам місцевого самоврядування) на місцях та реформування галузі охорони здоров'я.

У зв'язку із цими змінами виникла потреба моніторингу проблемних питань забезпечення населення первинною медичною допомогою в умовах об'єднаних територіальних громад (ОТГ).

Звертаємось до Вас із проханням дати відповіді на запитання анкети, які будуть максимально наближені до умов нашого сьогодення. Кожна відповідь має вагоме значення для формування принципу подальшого вдосконалення первинної медичної допомоги населенню в умовах об'єднаних територіальних громад (ОТГ).

Дякуємо за співпрацю!!!

Дата	Вік	Місто / село	Стать (чол. / жін.)

1. Яка Ваша спеціальність?

- а) терапевт
- б) педіатр
- в) сімейний лікар
- г) інше

2. Який стаж Вашої роботи?

- а) 0–10 років
- б) 10–20 років
- в) 20–30 років
- г) 30 років і більше

3. Який відсоток декларацій, укладених між Вами та пацієнтами?

- а) 0%–50%
- б) 50%–100%
- в) 100% і більше

4. Чи проходили Ви курс навчання по роботі з «медичними інформаційними системами (МІС)» у Вашому ЛПЗ:

- а) так
- б) ні
- в) частково
- г) інше

5. Чи використовуєте Ви у своїй роботі телемедицину?

- а) так
- б) ні
- в) інколи
- г) інше

6. Яке Ваше ставлення до переходу медичної галузі на електронні інформаційні носії?

- а) позитивне, в сучасному світі має бути все на електронних носіях
- б) негативне, медична інформація повинна бути лише на паперових носіях
- в) нейтральне
- г) інше

7. Чи дотримуєтесь Ви графіків прийому відповідно до електронної черги?

- а) так
- б) ні
- в) не завжди виходить, бувають відхилення від графіка
- г) інше

8. Оцініть результат взаємодії між лікарями первинної та вторинної ланки:

- а) не задоволений(-а) з боку первинної ланки
- б) не задоволений(-а) з боку вторинної ланки
- в) не задоволений(-а) з боку керівництва
- г) нічого не змінилось
- г) інше

9. Як змінилося Ваше навантаження на робочому місці після переходу на обслуговування пацієнтів за деклараціями?

- а) збільшилось
- б) зменшилось
- в) нічого не змінилось
- г) інше

10. Як змінилась Ваша оплата праці після переходу на обслуговування пацієнтів за деклараціями?

- а) збільшилась
- б) зменшилась
- в) нічого не змінилось
- г) інше

11. Оцініть рівень конфліктних ситуацій у Вашому ЛПЗ з переходом на сімейну медицину:

- а) збільшились
- б) зменшились
- в) нічого не змінилось
- г) інше

12. Чи підтримуєте Ви урядові та місцеві програми щодо безоплатного або з частковою оплатою вартості за медикаменти для хронічних хворих?

- а) підтримую, такі програми потрібно розробляти на всі хронічні захворювання
- б) не підтримую, перелік лікарських препаратів надто обмежений, туди мають бути включені й інші препарати
- в) ставлення нейтральне
- г) інше (що саме?)

13. Ваша думка стосовно розподілу району на об'єднані територіальні громади (ОТГ): як перехід на ОТГ вплине на роботу лікаря?

- а) стане гірше**
- б) стане краще**
- в) нічого не зміниться**
- г) інше**

14. Загальне враження від реформування галузі охорони здоров'я:

- а) враження позитивне**
- б) враження негативне**
- в) нічого не змінилось**
- г) інше (що саме?)**

ОЦІНКА

задоволеності роботою середнього медичного персоналу в умовах первинної медичної допомоги в період переходу на об'єднані територіальні громади

Шановний працівнику із середньою медичною освітою!

В сучасній політиці держави протягом останніх років відбувається багато змін. Пріоритетними напрямками цих змін є децентралізація (передача повноважень та бюджетів від державних органів органам місцевого самоврядування) на місцях та реформування галузі охорони здоров'я. У зв'язку із цими змінами виникла потреба моніторингу проблемних питань забезпечення населення первинною медичною допомогою в умовах об'єднаних територіальних громад (ОТГ). Звертаємось до Вас із проханням дати відповіді на запитання анкети, які будуть максимально наближені до умов нашого сьогодення. Кожна відповідь має вагоме значення для формування принципу подальшого вдосконалення первинної медичної допомоги населенню в умовах об'єднаних територіальних громад (ОТГ).

Дякуємо за співпрацю!!!

Дата	Вік	Місто / село	Стать (чол. / жін.)

1. Яка Ваша спеціальність?

- а) сімейна сестра медична
- б) дільнична сестра медична
- в) фельдшер
- г) інше

2. Який стаж Вашої роботи?

- а) 0–10 років
- б) 10–20 років

в) 20–30 років

г) 30 років і більше

3. Чи брали Ви безпосередню участь у підписанні декларацій між лікарем та пацієнтами?

а) так

б) ні

в) інколи

4. Чи проходили Ви курс навчання по роботі з «медичними інформаційними системами (МІС)» у Вашому ЛПЗ:

а) так

б) ні

в) частково

г) інше

5. Чи використовуєте Ви у своїй роботі телемедицину?

а) так

б) ні

в) інколи

г) інше

6. Як змінились Ваші відноси з колективом у період переходу на сімейну медицину?

а) відносини погіршились

б) відносини покращились

в) нічого не змінилось

г) інше

7. Оцініть свій рівень комп'ютерної грамотності за п'ятибальною шкалою?

а) 1 бал.

б) 2 бали

в) 3 бали

г) 4 бали

г) 5 балів

8. Оцініть результат взаємодії роботи між первинною та вторинною ланкою, тобто охарактеризуйте «ланцюг» лікування пацієнта з хронічними хворобами або гострими станами:

- а) не задоволений(-а) з боку первинної ланки
- б) не задоволений(-а) з боку вторинної ланки
- в) не задоволений(-а) з боку керівництва
- г) нічого не змінилось
- г) інше

9. Як змінилося Ваше навантаження на робочому місці після переходу на обслуговування пацієнтів за деклараціями?

- а) збільшилось
- б) зменшилось
- в) нічого не змінилось
- г) інше

10. Як змінилась Ваша оплата праці після переходу на обслуговування пацієнтів за деклараціями?

- а) збільшилась
- б) зменшилась
- в) нічого не змінилось
- г) інше

11. Чи завжди Ви проводите з пацієнтами навчання стосовно лікувально-профілактичної роботи та санітарно-просвітницької роботи?

- а) так
- б) ні
- в) частково
- г) інше (що саме?)

12. Чи володієте Ви всіма техніками маніпуляцій, враховуючи імунопрофілактику?

- а) володію всіма техніками
- б) володію всіма техніками, окрім імунізації
- в) володію всіма техніками, окрім в/в крапельних
- г) володію всіма техніками, окрім дитячих маніпуляцій
- г) не володію маніпуляціями

д) інше (що саме?)

13. Оцініть рівень забезпеченості Вашої амбулаторії ЗПСМ устаткуванням та виробами медичного призначення згідно з табелем оснащення:

а) 0%–50%

б) 50%–70%

в) 70%–100%

г) інше

14. Ваша думка стосовно розподілу району на об'єднані територіальні громади:

як перехід на ОТГ вплине на Вашу роботу та на роботу Вашої амбулаторії ЗПСМ в цілому?

а) стане гірше

б) стане краще

в) нічого не зміниться

г) інше (що саме?)

ОЦІНКА

задоволеності пацієнта первинною медичною допомогою в умовах переходу на об'єднані територіальні громади

Шановний пацієнте!

В сучасній політиці держави протягом останніх років відбувається багато змін. Пріоритетними напрямками цих змін є децентралізація (передача повноважень та бюджетів від державних органів органам місцевого самоврядування) на місцях та реформування галузі охорони здоров'я. У зв'язку із цими змінами виникла потреба моніторингу проблемних питань забезпечення населення первинною медичною допомогою в умовах об'єднаних територіальних громад (ОТГ).

Звертаємось до Вас із проханням дати відповіді на запитання анкети, які будуть максимально наближені до умов нашого сьогодення. Кожна відповідь має вагоме значення для формування принципу подальшого вдосконалення первинної медичної допомоги населенню в умовах об'єднаних територіальних громад (ОТГ).

Дякуємо за співпрацю!!!

Дата	Вік	Місто/село	Стать (чол./жін.)

1. Чи зверталися Ви протягом останнього року за консультацією чи медичною допомогою до амбулаторії ЗПСМ?

- а) так
- б) ні
- в) інше

2. Чи обрали Ви та члени Вашої родини для себе сімейного лікаря?

- а) обрав(-ла) лише для себе, члени сім'ї ще не визначились

- б) ніхто із членів родини не обрав сімейного лікаря
- в) 50% і більше членів родини обрали сімейного лікаря
- г) сімейного лікаря обрали менше 50% членів моєї родини
- г) всі члени моєї родини підписали декларації із сімейними лікарями

3. Чи скористались Ви правом вільного вибору сімейного лікаря?

- а) так, лікаря обрав(-ла) самостійно
- б) підписав(-ла) декларацію з тим лікарем, який мав вільні місця
- в) ні, вибір лікаря мені запропонували в медичному закладі
- г) інше

4. На Вашу думку, як змінилась первинна медицина з переходом на сімейну?

- а) стало краще, адже лікар став «ближчий» та доступніший до мене
- б) стало гірше, раніше принцип дільничності працював краще
- в) нічого не змінилось
- г) інше

5. З якими труднощами Ви стикались під час останнього звернення до Вашої сімейної амбулаторії?

- а) довгі черги на прийом до лікаря
- б) лікаря не було в години прийому
- в) незручний графік прийому лікаря
- г) некомфортні умови перебування в амбулаторії
- г) лікар призначив дорогі препарати
- д) не стикався(-лась) із проблемами
- е) інше (що саме?)

6. Чи користувались Ви електронною чергою?

- а) так
- б) ні

7. Яке Ваше відношення до переходу медичної галузі на електронні інформаційні системи?

- а) позитивне, в сучасному світі має бути все на електронних носіях
- б) негативне, медична інформація повинна бути лише на паперових носіях

в) нейтральне

г) інше

8. Чи надавали Вам платні послуги в амбулаторії ЗПСМ за:

а) консультацію, огляд

б) медичні маніпуляції (наприклад, уколи)

в) оформлення медичних довідок

г) направлення до спеціалістів другого рівня

г) інше

9. Чи відмовляв Вам у наданні медичної допомоги Ваш сімейний лікар?

а) ні

б) так (у чому саме?)

в) інше

10. Чи отримували Ви від медичного персоналу навчання з лікувально-профілактичної роботи та санітарно-просвітницької роботи?

а) так

б) ні

в) частково

г) інше (що саме?)

11. Оцініть результат взаємодії між первинною та вторинною ланкою

а) не задоволений(-а) з боку первинної ланки

б) не задоволений(-а) з боку вторинної ланки

в) не задоволений(-а) з жодного боку

г) всіма рівнями задоволений(-а), робота налагоджена, гарно побудована схема «маршруту пацієнта»

г) нічого не можу сказати, медичну допомогу отримую лише на першому рівні

д) інше

12. Ваша думка стосовно розподілу району на об'єднані територіальні громади (ОТГ): як перехід на ОТГ вплине на медичну допомогу населенню?

а) стане гірше

б) стане краще

в) нічого не зміниться

г) інше

**13. Загальне враження від реформування галузі охорони здоров'я:
як медична реформа вплинула саме на Вас та членів Вашої родини?**

а) враження позитивне

б) враження негативне

в) нічого не змінилось

г) інше (що саме?)

ОЦІНКА

задоволеності первинною медичною допомогою батьків в умовах переходу на об'єднані територіальні громади

Шановні батьки!

В сучасній політиці держави протягом останніх років відбувається багато змін. Пріоритетними напрямками цих змін є децентралізація (передача повноважень та бюджетів від державних органів органам місцевого самоврядування) на місцях та реформування галузі охорони здоров'я.

У зв'язку із цими змінами виникла потреба моніторингу проблемних питань забезпечення населення первинною медичною допомогою в умовах об'єднаних територіальних громад (ОТГ).

Звертаємось до Вас із проханням дати відповіді на запитання анкети, які будуть максимально наближені до умов нашого сьогодення. Кожна відповідь має вагоме значення для формування принципу подальшого вдосконалення первинної медичної допомоги населенню в умовах об'єднаних територіальних громад (ОТГ).

Дякуємо за співпрацю!!!

Дата	Область	Місто / село	Стать (чол. / жін.)

1. Вкажіть вік Вашої дитини

- а) 0–17 років
- б) 7–14 років
- в) 15–17 років

2. Чи обрали Ви для себе та Вашої дитини сімейного лікаря?

- а) обрав(-ла) лише для себе

- б) обрав(-ла) лише для своєї дитини
- в) декларацію з сімейним лікарем підписав(-ла) вся моя родина
- г) сімейного лікаря ще не маємо
- г) інше (що саме?)

3. Чи скористались Ви правом вільного вибору сімейного лікаря?

- а) так, лікаря обрав(-ла) самостійно
- б) підписав(-ла) декларацію з тим лікарем, який мав вільні місця
- в) ні, вибір лікаря мені запропонували в медичному закладі
- г) інше

4. З яким лікарем Ви підписали декларацію для своєї дитини?

- а) з педіатром
- б) з сімейним лікарем
- в) інше

5. Чи зможе Ваша дитина дати відповідь на запитання, як звуть її сімейного лікаря?

- а) так, знає ПІБ лікаря
- б) знає лише прізвище лікаря
- в) знає лише ім'я лікаря
- г) не знає сімейного лікаря
- г) інше

6. З якими труднощами Ви стикались під час останнього звернення до Вашої сімейної амбулаторії?

- а) довгі черги на прийом до лікаря
- б) лікаря не було в години прийому
- в) незручний графік прийому лікаря
- г) некомфортні умови перебування в амбулаторії
- г) лікар призначив дорогі препарати
- д) не стикався(-лась) з проблемами
- е) інше (що саме?)

7. Чи користувались Ви електронною чергою?

а) так

б) ні

8. Яке Ваше відношення до переходу медичної галузі на електронні інформаційні системи?

а) позитивне, в сучасному світі має бути все на електронних носіях

б) негативне, медична інформація повинна бути лише на паперових носіях

в) нейтральне

г) інше

9. Чи надавали Вам платні послуги в амбулаторії ЗПСМ за:

а) консультацію, огляд

б) медичні маніпуляції (наприклад, уколи)

в) оформлення медичних довідок

г) направлення до спеціалістів другого рівня

г) інше

10. Чи відмовляв Вам Ваш сімейний лікар у наданні медичної допомоги?

а) ні

б) так (у чому саме?)

в) інше

11. Чи отримували Ви від медичного персоналу навчання з лікувально-профілактичної роботи та санітарно-просвітницької роботи?

а) так

б) ні

в) частково

г) інше (що саме?)

12. Оцініть результат взаємодії між первинною та вторинною ланкою

а) не задоволений(-а) з боку первинної ланки

б) не задоволений(-а) з боку вторинної ланки

в) не задоволений(-а) з жодного боку

г) всіма рівнями задоволений(-а), робота налагоджена, гарно побудована схема «маршруту пацієнта»

г) нічого не можу сказати, медичну допомогу отримую лише на першому рівні

д) інше

13. Ваша думка стосовно розподілу району на об'єднані територіальні громади (ОТГ): як об'єднання в ОТГ вплине на медичну допомогу населенню?

а) стане гірше

б) стане краще

в) нічого не зміниться

г) інше

14. Загальне враження від реформування галузі охорони здоров'я: як медична реформа вплинула саме на Вас та членів Вашої родини?

а) враження позитивне

б) враження негативне

в) нічого не змінилось

г) інше (що саме?)

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковані основні результати дисертації

1. Августинович Я. І., Михальчук В. М. Бізнес – планування, як інструмент реформування ПМСД. *Відомості лікарські.* 2018. № 8. С. 1582–1587 (дисертанткою проведено обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів).
2. Михальчук В. М., Августинович Я. І. Оренда як організаційно-правова форма трансформації ПМСД. *Україна. Здоров'я нації.* 2018. № 2. С. 89–90 (дисертанткою проведено обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів).
3. Августинович Я. І. Сучасні особливості захворюваності дорослого населення. *Україна. Здоров'я нації.* 2019. № 2. С. 13 (дисертанткою проведено обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів).
4. Августинович Я. І. Оцінка населення первинної медико-соціальної допомоги на рівні об'єднаних територіальних громад. *Україна. Здоров'я нації.* 2019. № 3. С. 5 (дисертанткою проведено обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів).
5. Августинович Я. І. Амбулаторно-поліклінічна допомога з точки зору медичних працівників в аспекті сучасних змін. *Економіка і право охорони здоров'я.* 2019. № 2. С. 5 (дисертанткою проведено обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів).
6. Августинович Я. І. Михальчук В. М. Сучасний погляд на необхідність удосконалення організації роботи Центру первинної медико-санітарної допомоги для обслуговування населення об'єднаних територіальних громад. *Україна. Здоров'я нації.* 2019. № 2. С. 14 (дисертанткою проведено обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів).

7. Августинович Я. І., Михальчук В. М. Деякі проблемні питання організації первинної медичної допомоги в умовах об'єднаних територіальних громад. VIII Міжнародний медичний конгрес «Впровадження сучасних досягнень медичної науки у практику охорони здоров'я України». 2019. С. 13 (*дисертанткою проведено обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів*).

8. Августинович Я. І., Михальчук В. М. Правовий та організаційно-правовий та економічний механізми державного регулювання у галузі первинної медичної допомоги в умовах об'єднаних територіальних громад. Міжнародний медичний форум «Менеджмент в охороні здоров'я» та XI Міжнародний медичний конгрес VI. 2022 С. 11 (*дисертанткою проведено обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів*).

Апробація результатів дослідження: основні положення та висновки дисертації обговорювались на науково-практичних конференціях національного та міжнародного рівнів: науково-практичній конференції **«Науково-практична конференція з міжнародною участю «Сімейна медицина – головна складова охорони здоров'я України (до Всесвітнього дня сімейного лікаря)»** (м. Київ, 12 листопада 2019 р.); науково-практичній конференції **«XI Міжнародний медичний форум. Міжнародний медичний конгрес»** (м. Київ, 20 травня 2020 р.); науково-практичній конференції Міжнародний медичний форум **«Менеджмент в охороні здоров'я» та XI Міжнародний медичний конгрес VI** (м. Київ, 17 травня 2022 р.);

ДОВІДКИ
про використання результатів дисертаційної роботи
(АКТИ ВПРОВАДЖЕННЯ)

Бородянський ЦПМСД

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор
КНП Бородянської селищної ради
«Бородянський центр первинної медико –
санітарної допомоги»
Бовсуновський Микола Іванович

« 23 » вересня 2021 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Назва пропозиції: «Медико – соціальне обґрунтування удосконаленої моделі центру медичної допомоги»

Підготовлено робочою групою: Августинович Я.І., Михальчук В.М.

1. Ким пропонується пропозиція (адреса): Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Київ, 2021., м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
2. Мотиви впровадження: *підвищення ефективності реформування охорони здоров'я з пріоритетним розвитком первинної медичної допомоги на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини в умовах децентралізації та створення об'єднаних територіальних громад.*
3. Назва медичного закладу регіону, де впроваджена пропозиція (вказати – лікарня, відділення в стаціонарі, поліклініка):
4. 38304599, КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО БОРОДЯНСЬКОЇ СЕЛИЩНОЇ РАДИ "БОРОДЯНСЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ"
за фахом – «Загальна практика – сімейна медицина».
4. Кількість лікарів, ознайомих з пропозицією (терапевти, кардіологи, лікарі загальної практики/сімейні лікарі, інші фахівці):
15 – різних за фахом (7 – сімейних, педіатрів – 5, терапевтів – 3);
5. Результати впровадження:
 - а) підвищення якості діагностики (вказати хвороби і кількість випадків):
 - 1) Пневмонія – 1421 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 0,9%);
 - 2) Гіпертонічна хвороба - 445 випадки (тенденція до зростання за 3 роки на 0,8 %);
 - 3) Ішемічна хвороба серця - 377 випадків (тенденція до зростання за 3 роки на 0,9%);
 - 4) Інфекції нирок - 122 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,7%);

- 5) Хвороби передміхурової залози – 162 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 4,7%);
- 6) Гастрит - 75 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,6%);
- 7) Дуоденіт - 43 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 2,9%);
- 8) Хвороби шкіри - 118 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 3,2%);
- 9) Артрити - 84 випадки (тенденція до зростання за 3 роки на 0,7%);
- 10) Міопія - 33 випадок (тенденція до зростання за 3 роки на 0,5%);

б) підвищення прихильності до лікування (вказати хвороби і кількість пацієнтів):

- 1) Пневмонія – 1123 пацієнтів;
- 2) Гіпертонічна хвороба - 286 пацієнтів;
- 3) Ішемічна хвороба серця – 294 пацієнтів;
- 4) Інфекції нирок – 90 пацієнтів;
- 5) Хвороби передміхурової залози – 155 пацієнтів;
- 6) Гастрит - 71 пацієнт;
- 7) Дуоденіт 41 пацієнт;
- 8) Хвороби шкіри - 80 пацієнтів;
- 9) Артрити - 77 пацієнтів;
- 10) Міопія - 31 пацієнт;

в) ефективність лікування (вказати ефект – зниження артеріального тиску, нормалізація ліпідного профілю, підвищення толерантності до фізичного навантаження, покращення клінічного перебігу хвороби, тощо).

1) Покращення стану здоров'я пацієнтів завдяки використанню фізикальних, лабораторних методів обстеження;

- 2801 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 3,7%);
- інструментальних методів обстеження 532 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,0%);

2) Зниження показників захворюваності:

- найбільш поширених інфекційних хвороб – 88 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,9 %);
- неінфекційних хвороб - 270 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 4,0%);

- травм, отруєнь – 67 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 1,9%);

- патологічних станів – 43 випадків(позитивна динаміка за 3 роки на 2,1%);

3) Зниження показників артеріального тиску (АТ), що в свою чергу, знижує ризику мозкового інсульту, ішемічної хвороби серця (ІХС) та передчасної смерті 362 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 4,0%);

4) Зменшення випадків довготривалої АГ, яка призводить до ураження органів-мішеней — гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ), серцевої

недостатності (СН), порушення функції нирок, аж до розвитку ниркової недостатності – 38 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 1,7%);

б) Зниження смертності 25 (позитивна динаміка за 3 роки на 2,5%);

7) Проведення профілактичних втручань, спрямованих на зменшення інфекційних захворювань серед дорослого та дитячого населення, зокрема вакцинації згідно з календарем профілактичних щеплень 2694 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 3,9%); ;

8) Застосування та призначення лікарських засобів з доведеною клінічною ефективністю та вживанням заходів до запобігання антибіотикорезистентності 345 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 4,4%);

9) Раннє виявлення соціально-небезпечних хвороб (ВІЛ, туберкульоз (в тому числі, латентна туберкульозна інфекція), гепатити, інфекції, що передаються статевим шляхом, тощо) та запобігання інфікуванню контактних осіб – 265 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 4,6%);

10) Пропаганда здорового способу життя 7831 (позитивна динаміка за 3 роки на 6,0%);

11) Підвищення толерантності до фізичного навантаження 325 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 2,6%);

12) Оптимізація якості життя, завдяки комплексному лікуванню цілої низки різнопрофільних захворювань 567 (позитивна динаміка за 3 роки на 6,4%);

13) Підвищення працездатності 795 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 4,6%);

14) Зниження ваги – 169 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 4,2%);

15) Підвищення працездатності, перемога над хронічною втомою 391 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 3,5%).

6. Пропозиції та зауваження:

1) Забезпечення належних умов для покращення безперервності надання якісної первинної медичної допомоги для ефективного надання допомоги пацієнту/пацієнтці протягом усього його життя, з урахуванням усіх його/її проблем зі здоров'ям, зокрема взаємодій з іншими надавачами медичних послуг.

Відповідальний за впровадження



М. І. Бовсуновський
(П.І.Б., підпис)

Богуславський ЦПМСД

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор
КНП Богуславської міської ради
«Богуславський центр первинної медико –
санітарної допомоги»

Пивовар Валентина Дмитрівна

«23» вересня 2021 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Назва пропозиції: **«Медико – соціальне обґрунтування удосконаленої моделі центру медичної допомоги»**

Підготовлено робочою групою: Августинівич Я.І., Михальчук В.М.

1. Ким пропонується пропозиція (адреса): Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Київ, 2021., м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
2. Мотиви впровадження: *підвищення ефективності реформування охорони здоров'я з пріоритетним розвитком первинної медичної допомоги на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини в умовах децентралізації та створення об'єднаних територіальних громад.*
3. Назва медичного закладу регіону, де впроваджена пропозиція (вказати – лікарня, відділення в стаціонарі, поліклініка):
4. 38435021, КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО БОГУСЛАВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ "БОГУСЛАВСЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ"

за фахом – «Загальна практика – сімейна медицина».

4. Кількість лікарів, ознайомих з пропозицією (терапевти, кардіологи, лікарі загальної практики/сімейні лікарі, інші фахівці):

14 – різних за фахом (5 – сімейних, педіатрів – 4, терапевтів – 5);

5. Результати впровадження:

а) підвищення якості діагностики (вказати хвороби і кількість випадків):

1) Пневмонія – 1210 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 1,7%);

2) Гіпертонічна хвороба - 382 випадки (тенденція до зростання за 3 роки на 1,8 %);

3) Ішемічна хвороба серця - 346 випадків (тенденція до зростання за 3 роки на 0,8%);

4) Інфекції нирок - 86 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 3,2%);

- 5) Хвороби передміхурової залози – 182 випадків (позитивна динаміка за роки на 2,7%);
- 6) Гастрит - 85 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 3,1%);
- 7) Дуоденіт - 53 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 2,3%);
- 8) Хвороби шкіри - 93 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 1,5%);
- 9) Артрити - 94 випадки (тенденція до зростання за 3 роки на 1,7%);
- 10) Міопія - 41 випадок (тенденція до зростання за 3 роки на 0,2%);

б) підвищення прихильності до лікування (вказати хвороби і кількість пацієнтів):

- 1) Пневмонія – 1012 пацієнтів;
- 2) Гіпертонічна хвороба - 286 пацієнтів;
- 3) Ішемічна хвороба серця – 307 пацієнтів;
- 4) Інфекції нирок – 69 пацієнтів;
- 5) Хвороби передміхурової залози – 155 пацієнтів;
- 6) Гастрит - 71 пацієнт;
- 7) Дуоденіт 41 пацієнт;
- 8) Хвороби шкіри - 80 пацієнтів;
- 9) Артрити - 83 пацієнтів;
- 10) Міопія - 41 пацієнт;

в) ефективність лікування (вказати ефект – зниження артеріального тиску, нормалізація ліпідного профілю, підвищення толерантності до фізичного навантаження, покращення клінічного перебігу хвороби, тощо).

1) Покращення стану здоров'я пацієнтів завдяки використанню фізикальних, лабораторних методів обстеження;

- 2731 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 4,3%);
- інструментальних методів обстеження 532 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,9%);

2) Зниження показників захворюваності:

- найбільш поширених інфекційних хвороб – 73 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,4 %);
- неінфекційних хвороб - 174 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 3,8%);
- травм, отруень – 47 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,6%);
- патологічних станів – 33 випадків(позитивна динаміка за 3 роки на 2,9%);

3) Зниження показників артеріального тиску (АТ), що в свою чергу, знижує ризики мозкового інсульту, ішемічної хвороби серця (ІХС) та передчасної смерті 362 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 4,4%);

4) Зменшення випадків довготривалої АГ, яка призводить до ураження органів-мішеней — гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ), серцевої

недостатності (СН), порушення функції нирок, аж до розвитку ниркової недостатності – 31 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 1,1%);

6) Зниження смертності 19 (позитивна динаміка за 3 роки на 2,6%);

7) Проведення профілактичних втручань, спрямованих на зменшення інфекційних захворювань серед дорослого та дитячого населення, зокрема вакцинації згідно з календарем профілактичних щеплень 2069 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 1,9%); ;

8) Застосування та призначення лікарських засобів з доведеною клінічною ефективністю та вживанням заходів до запобігання антибіотикорезистентності 284 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 4,1%); ;

9) Раннє виявлення соціально-небезпечних хвороб (ВІЛ, туберкульоз (в тому числі, латентна туберкульозна інфекція), гепатити, інфекції, що передаються статевим шляхом, тощо) та запобігання інфікуванню контактних осіб – 305 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 5,1%);

10) Пропаганда здорового способу життя 7583 (позитивна динаміка за 3 роки на 6,4%);

11) Підвищення толерантності до фізичного навантаження 325 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 2,8%);

12) Оптимізація якості життя, завдяки комплексному лікуванню цілої низки різнопрофільних захворювань 567 (позитивна динаміка за 3 роки на 6,7%);

13) Підвищення працездатності 775 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 4,7%);

14) Зниження ваги – 136 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 4,4%);

15) Підвищення працездатності, перемога над хронічною втомою 339 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 3,1%).

6. Пропозиції та зауваження:

1) Забезпечення належних умов для покращення безперервності надання якісної первинної медичної допомоги для ефективного надання допомоги пацієнту/пацієнтці протягом усього його життя, з урахуванням усіх його/її проблем зі здоров'ям, зокрема взаємодіючи з іншими надавачами медичних послуг.

Відповідальний за впровадження

В. Д. Пивовар
(П.І.Б., підпис)

Циблівський ЦПМСД

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор
КНП «Переяславський центр первинної
медико – санітарної допомоги»
Переяславської міської ради та
Циблівської сільської ради
Царенок Наталія Петрівна



« 24 » вересня 2021 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Назва пропозиції: **«Медико – соціальне обґрунтування удосконаленої моделі центру медичної допомоги»**

Підготовлено робочою групою: Августинович Я.І., Михальчук В.М.

1. Ким пропонується пропозиція (адреса): Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Київ, 2021., м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
2. Мотиви впровадження: *підвищення ефективності реформування охорони здоров'я з пріоритетним розвитком первинної медичної допомоги на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини в умовах децентралізації та створення об'єднаних територіальних громад.*
3. Назва медичного закладу регіону, де впроваджена пропозиція (вказати – лікарня, відділення в стаціонарі, поліклініка):
4. **38424617, КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО "ПЕРЕЯСЛАВСЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНИТАРНОЇ ДОПОМОГИ" ПЕРЕЯСЛАВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ ТА ЦИБЛІВСЬКОЇ СІЛЬСЬКОЇ РАДИ за фахом – «Загальна практика – сімейна медицина».**
4. Кількість лікарів, ознайомлених з пропозицією (терапевти, кардіологи, лікарі загальної практики/сімейні лікарі, інші фахівці):
24 – різних за фахом (5 – сімейних, педіатрів – 10, терапевтів – 9);
5. Результати впровадження:
 - а) підвищення якості діагностики (вказати хвороби і кількість випадків):
 - 1) Пневмонія – 1739 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 1,3%);
 - 2) Гіпертонічна хвороба - 459 випадки (тенденція до зростання за 3 роки на 0,7 %);
 - 3) Ішемічна хвороба серця - 532 випадків (тенденція до зростання за 3 роки на 1,1%);
 - 4) Інфекції нирок - 187 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,0%);

- 5) Хвороби передміхурової залози – 132 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 3,9%);
- 6) Гастрит - 82 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,2%);
- 7) Дуоденіт - 67 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 3,0%);
- 8) Хвороби шкіри - 166 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 2,5%);
- 9) Артрити - 103 випадки (тенденція до зростання за 3 роки на 1,1%);
- 10) Міопія - 43 випадок (тенденція до зростання за 3 роки на 0,4%);

б) підвищення прихильності до лікування (вказати хвороби і кількість пацієнтів):

- 1) Пневмонія – 1760 пацієнтів;
- 2) Гіпертонічна хвороба - 391 пацієнтів;
- 3) Ішемічна хвороба серця – 455 пацієнтів;
- 4) Інфекції нирок – 120 пацієнтів;
- 5) Хвороби передміхурової залози – 95 пацієнтів;
- 6) Гастрит - 71 пацієнт;
- 7) Дуоденіт 52 пацієнт;
- 8) Хвороби шкіри - 114 пацієнтів;
- 9) Артрити - 84 пацієнтів;
- 10) Міопія - 31 пацієнт;

в) ефективність лікування (вказати ефект – зниження артеріального тиску, нормалізація ліпідного профілю, підвищення толерантності до фізичного навантаження, покращення клінічного перебігу хвороби, тощо).

1) Покращення стану здоров'я пацієнтів завдяки використанню фізикальних, лабораторних методів обстеження;

- 3016 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 3,9%);
- інструментальних методів обстеження 599 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,6%);

2) Зниження показників захворюваності:

- найбільш поширених інфекційних хвороб – 108 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 4,3 %);
- неінфекційних хвороб - 381 випадок (позитивна динаміка за 3 роки на 3,3%);
- травм, отруень – 86 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 1,8%);
- патологічних станів – 43 випадків(позитивна динаміка за 3 роки на 2,6%);

3) Зниження показників артеріального тиску (АТ), що в свою чергу, знижує ризики мозкового інсульту, ішемічної хвороби серця (ІХС) та передчасної смерті 429 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 3,4%);

4) Зменшення випадків довготривалої АГ, яка призводить до ураження органів-мішеней — гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ), серцевої

недостатності (СН), порушення функції нирок, аж до розвитку ниркової недостатності – 44 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 1,9%);

6) Зниження смертності 19 (позитивна динаміка за 3 роки на 1,9%);

7) Проведення профілактичних втручань, спрямованих на зменшення інфекційних захворювань серед дорослого та дитячого населення, зокрема вакцинації згідно з календарем профілактичних щеплень 2945 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 3,2%); ;

8) Застосування та призначення лікарських засобів з доведеною клінічною ефективністю та вживанням заходів до запобігання антибіотикорезистентності 391 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 4,9%);

9) Раннє виявлення соціально-небезпечних хвороб (ВІЛ, туберкульоз (в тому числі, латентна туберкульозна інфекція), гепатити, інфекції, що передаються статевим шляхом, тощо) та запобігання інфікуванню контактних осіб – 265 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 4,2%);

10) Пропаганда здорового способу життя 8316 (позитивна динаміка за 3 роки на 6,3%);

11) Підвищення толерантності до фізичного навантаження 375 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 3,9%);

12) Оптимізація якості життя, завдяки комплексному лікуванню цілої низки різнопрофільних захворювань 567 (позитивна динаміка за 3 роки на 6,4%);

13) Підвищення працездатності 795 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 4,6%);

14) Зниження ваги – 169 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 4,2%);

15) Підвищення працездатності, перемога над хронічною втомою 412 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 3,9%).

6. Пропозиції та зауваження:

1) Забезпечення належних умов для покращення безперервності надання якісної первинної медичної допомоги для ефективного надання допомоги пацієнту/пацієнтці протягом усього його життя, з урахуванням усіх його/її проблем зі здоров'ям, зокрема взаємодіючи з іншими надавачами медичних послуг.

Відповідальний за впровадження


Н. П. Царенок
(П.І.Б., підпис)

Ковалівський ЦПМСД



«ЗАТВЕРДЖУЮ»

В. о. директора
КНП «Ковалівський центр первинної
медико – санітарної допомоги»
Ковалівської сільської ради Київської
області
Сафронів Микола Миколайович

 « 09 » вересня 2022 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Назва пропозиції: **«Медико – соціальне обґрунтування удосконаленої моделі центру медичної допомоги»**

Підготовлено робочою групою: Августинович Я.І., Михальчук В.М.

1. Ким пропонується пропозиція (адреса): Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Київ, 2021., м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
2. Мотиви впровадження: *підвищення ефективності реформування охорони здоров'я з пріоритетним розвитком первинної медичної допомоги на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини в умовах децентралізації та створення об'єднаних територіальних громад.*
3. Назва медичного закладу регіону, де впроваджена пропозиція (вказати – лікарня, відділення в стаціонарі, поліклініка):
4. 43143387, КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО "КОВАЛІВСЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ" КОВАЛІВСЬКОЇ СІЛЬСЬКОЇ РАДИ КИЇВСЬКОЇ ОБЛАСТІ
за фахом – «Загальна практика – сімейна медицина».
4. Кількість лікарів, ознайомих з пропозицією (терапевти, кардіологи, лікарі загальної практики/сімейні лікарі, інші фахівці):
2 – різних за фахом (2 – сімейних);
5. Результати впровадження:
 - а) підвищення якості діагностики (вказати хвороби і кількість випадків):
 - 1) Пневмонія – 543 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 1,1%);
 - 2) Гіпертонічна хвороба - 34 випадки (тенденція до зростання за 3 роки на 2,7 %);
 - 3) Ішемічна хвороба серця - 46 випадків (тенденція до зростання за 3 роки на 1,8%);
 - 4) Інфекції нирок - 9 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,5%);

5) Хвороби передміхурової залози – 9 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 3,1%);

6) Гастрит - 35 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,4%);

7) Дуоденіт - 23 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 3,6%);

8) Хвороби шкіри - 33 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 3,5%);

9) Артрити - 34 випадки (тенденція до зростання за 3 роки на 1,4%);

10) Міопія - 8 випадок (тенденція до зростання за 3 роки на 2,7%).

б) підвищення прихильності до лікування (вказати хвороби і кількість пацієнтів):

1) Пневмонія – 472 пацієнтів;

2) Гіпертонічна хвороба - 26 пацієнтів;

3) Ішемічна хвороба серця – 40 пацієнтів;

4) Інфекції нирок – 5 пацієнтів;

5) Хвороби передміхурової залози – 9 пацієнтів;

6) Гастрит - 31 пацієнт;

7) Дуоденіт 20 пацієнт;

8) Хвороби шкіри - 32 пацієнтів;

9) Артрити - 73 пацієнтів;

10) Міопія -8 пацієнтів;

в) ефективність лікування (вказати ефект – зниження артеріального тиску, нормалізація ліпідного профілю, підвищення толерантності до фізичного навантаження, покращення клінічного перебігу хвороби, тощо).

1) Покращення стану здоров'я пацієнтів завдяки використанню фізикальних, лабораторних методів обстеження;

– 390 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 6,0%);

2) Зниження показників захворюваності:

- найбільш поширених інфекційних хвороб – 35 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,2 %);

- неінфекційних хвороб - 43 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 4,1%);

- травм, отруєнь – 9 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 3,3%);

- патологічних станів – 12 випадків(позитивна динаміка за 3 роки на 2,9%);

3) Зниження показників артеріального тиску (АТ), що в свою чергу, знижує ризики мозкового інсульту, ішемічної хвороби серця (ІХС) та передчасної смерті 32 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 3,0%);

4) Зменшення випадків довготривалої АГ, яка призводить до ураження органів-мішеней – гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ), серцевої недостатності (СН), порушення функції нирок, аж до розвитку ниркової недостатності – 8 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,6%);

б) Зниження смертності - 3 (позитивна динаміка за 3 роки на 0,8%);

7) Проведення профілактичних втручань, спрямованих на зменшення інфекційних захворювань серед дорослого та дитячого населення, зокрема вакцинації згідно з календарем профілактичних щеплень 757 випадків(позитивна динаміка за 3 роки на 4,9%); ;

8) Застосування та призначення лікарських засобів з доведеною клінічною ефективністю та вживанням заходів до запобігання антибіотикорезистентності 42 випадків(позитивна динаміка за 3 роки на 3,7%); ;

9) Раннє виявлення соціально-небезпечних хвороб (ВІЛ, туберкульоз (в тому числі, латентна туберкульозна інфекція), гепатити, інфекції, що передаються статевим шляхом, тощо) та запобігання інфікуванню контактних осіб – 14 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 7,7%); ;

10) Пропаганда здорового способу життя 1835 (позитивна динаміка за 3 роки на 11,9%); ;

11) Підвищення толерантності до фізичного навантаження 23 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 3,4%); ;

12) Оптимізація якості життя, завдяки комплексному лікуванню цілої низки різнопрофільних захворювань 47 (позитивна динаміка за 3 роки на 4,8%); ;

13) Підвищення працездатності 36 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 4,4%); ;

14) Зниження ваги – 21 випадок (позитивна динаміка за 3 роки на 4,9%); ;

15) Підвищення працездатності, перемога над хронічною втомою 9 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 4,1%).

6. Пропозиції та зауваження:

1) Забезпечення належних умов для покращення безперервності надання якісної первинної медичної допомоги для ефективного надання допомоги пацієнту/пацієнтці протягом усього його життя, з урахуванням усіх його/її проблем зі здоров'ям, зокрема взаємодіючи з іншими надавачами медичних послуг.

Відповідальний за впровадження



Микола САФРОНОВ
(П.І.Б., підпис)

Макарівський ЦПМСД

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Головний лікар
Комунальне некомерційне підприємство
«Макарівський центр первинної медико-санітарної допомоги» Макарівської селищної ради
СОЛОМЕНКО Сергій Володимирович
«30 вересня 2021 р.»



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Назва пропозиції: **«Медико – соціальне обґрунтування удосконаленої моделі центру медичної допомоги»**

Підготовлено робочою групою: Августинович Я.І., Михальчук В.М.

1. Ким пропонується пропозиція (адреса):

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Київ, 2021., м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

2. Мотиви впровадження: *підвищення ефективності реформування охорони здоров'я з пріоритетним розвитком первинної медичної допомоги на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини в умовах децентралізації та створення об'єднаних територіальних громад.*

3. Назва медичного закладу регіону, де впроваджена пропозиція (вказати – лікарня, відділення в стаціонарі, поліклініка):

38462249, КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО "МАКАРИВСЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ" МАКАРИВСЬКОЇ СЕЛИЩНОЇ РАДИ, за фахом – «Загальна практика – сімейна медицина».

4. Кількість лікарів, ознайомлених з пропозицією (терапевти, кардіологи, лікарі загальної практики/сімейні лікарі, інші фахівці):

18– сімейних, 4 – різних за фахом (педіатрів – 4).

5. Результати впровадження:

а) підвищення якості діагностики (вказати хвороби і кількість випадків):

- 1) Пневмонія – 2650 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,2%);
- 2) Гіпертонічна хвороба - 474 випадки (тенденція до зростання за 3 роки на 2,7 %);
- 3) Ішемічна хвороба серця - 545 випадків (тенденція до зростання за 3 роки на 2,9%);

- 4) Інфекції нирок - 55 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 1,0%);
- 5) Хвороби передміхурової залози – 38 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 0,7%);
- 6) Гастрит - 145 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 0,9%);
- 7) Дуоденіт - 53 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 1,5%);
- 8) Хвороби шкіри - 44 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 0,4%);
- 9) Артрити - 84 випадки (тенденція до зростання за 3 роки на 0,8%);
- 10) Міопія - 21 випадок (тенденція до зростання за 3 роки на 0,5%);

б) підвищення прихильності до лікування (вказати хвороби і кількість пацієнтів):

- 1) Пневмонія – 1523 пацієнтів;
- 2) Гіпертонічна хвороба - 656 пацієнтів;
- 3) Ішемічна хвороба серця – 768 пацієнтів;
- 4) Інфекції нирок – 115 пацієнтів;
- 5) Хвороби передміхурової залози – 81 пацієнт;
- 6) Гастрит - 74 пацієнта;
- 7) Дуоденіт 52 пацієнтів;
- 8) Хвороби шкіри 53 пацієнтів;
- 9) Артрити 125 пацієнтів;
- 10) Міопія 36 пацієнтів;

в) ефективність лікування (вказати ефект – зниження артеріального тиску, нормалізація ліпідного профілю, підвищення толерантності до фізичного навантаження, покращення клінічного перебігу хвороби, тощо):

- 1) Покращення стану здоров'я пацієнтів завдяки використанню фізикальних, лабораторних методів обстеження;
– 3218 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 5,2%);
- інструментальних методів обстеження 251 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 1,5%);

2) Зниження показників захворюваності:

- найбільш поширених інфекційних хвороб – 36 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 1,2 %);
- неінфекційних хвороб - 426 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 1,2%);
- травм, отруєнь – 53 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 0,4%);
- патологічних станів – 59 випадків(позитивна динаміка за 3 роки на 0,4%); - фізіологічних (під час вагітності) станів -32 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 1,7%); ;

3) Зниження показників артеріального тиску (АТ), що в свою чергу, знижує ризики мозкового інсульту, ішемічної хвороби серця (ІХС) та передчасної смерті 2357 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,6%);

- 5) Зменшення випадків довготривалої АГ, яка призводить до ураження органів-мішеней — гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ), серцевої недостатності (СН), порушення функції нирок, аж до розвитку ниркової недостатності – 69 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 1,0%);
- 6) Запобігання виникненню та поширенню інфекційних хвороб 354 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 0,8%);
- 7) Зниження смертності 31 (позитивна динаміка за 3 роки на 1,8%);
- 8) Проведення профілактичних втручань, спрямованих на зменшення інфекційних захворювань серед дорослого та дитячого населення, зокрема вакцинації згідно з календарем профілактичних щеплень 5268 випадків(позитивна динаміка за 3 роки на 4,6%); ;
- 9) Застосування та призначення лікарських засобів з доведеною клінічною ефективністю та вживанням заходів до запобігання антибіотикорезистентності 159 випадків(позитивна динаміка за 3 роки на 2,1%) ;
- 10) Раннє виявлення соціально-небезпечних хвороб (ВІЛ, туберкульоз (в тому числі, латентна туберкульозна інфекція), гепатити, інфекції, що передаються статевим шляхом, тощо) та запобігання інфікуванню контактних осіб – 685 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 3,4%);
- 11) Пропаганда здорового способу життя 9158 (позитивна динаміка за 3 роки на 5,4%);
- 12) Підвищення толерантності до фізичного навантаження 251 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 3,3%);
- 14) Оптимізація якості життя, завдяки комплексному лікуванні цілої низки різнопрофільних захворювань 1542 (позитивна динаміка за 3 роки на 3,0%);
- 15) Підвищення працездатності 3547 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 3,5%);
- 16) Зниження ваги – 1691 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 4,9%);
- 17) Підвищення працездатності, перемога над хронічною втомою 2634 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 5,4%).

- 5) Зменшення випадків довготривалої АГ, яка призводить до ураження органів-мішеней — гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ), серцевої недостатності (СН), порушення функції нирок, аж до розвитку ниркової недостатності – 69 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 1,0%);
- 6) Запобігання виникненню та поширенню інфекційних хвороб 354 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 0,8%);
- 7) Зниження смертності 31 (позитивна динаміка за 3 роки на 1,8%);
- 8) Проведення профілактичних втручань, спрямованих на зменшення інфекційних захворювань серед дорослого та дитячого населення, зокрема вакцинації згідно з календарем профілактичних щеплень 5268 випадків(позитивна динаміка за 3 роки на 4,6%); ;
- 9) Застосування та призначення лікарських засобів з доведеною клінічною ефективністю та вживанням заходів до запобігання антибіотикорезистентності 159 випадків(позитивна динаміка за 3 роки на 2,1%) ;
- 10) Раннє виявлення соціально-небезпечних хвороб (ВІЛ, туберкульоз (в тому числі, латентна туберкульозна інфекція), гепатити, інфекції, що передаються статевим шляхом, тощо) та запобігання інфікуванню контактних осіб – 685 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 3,4%);
- 11) Пропаганда здорового способу життя 9158 (позитивна динаміка за 3 роки на 5,4%);
- 12) Підвищення толерантності до фізичного навантаження 251 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 3,3%);
- 14) Оптимізація якості життя, завдяки комплексному лікуванні цілої низки різнопрофільних захворювань 1542 (позитивна динаміка за 3 роки на 3,0%);
- 15) Підвищення працездатності 3547 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 3,5%);
- 16) Зниження ваги – 1691 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 4,9%);
- 17) Підвищення працездатності, перемога над хронічною втомою 2634 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 5,4%).

6. Пропозиції та зауваження:

1) *Забезпечення належних умов для покращення безперервності надання якісної первинної медичної допомоги для ефективного надання допомоги пацієнту/пацієнтці протягом усього його життя, з урахуванням усіх його/її проблем зі здоров'ям, зокрема взаємодіючи з іншими надавачами медичних послуг.*

Відповідальний за впровадження



С.В. Соломенко
(П.І.Б., підпис)

Маловільшанський ЦПМСД

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директору
КНП « Центр первинної медико –
санітарної допомоги Маловільшанської
сільської ради»

РОВЕНКО І.І.



« 23 » вересня 2021 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Назва пропозиції: **«Медико – соціальне обґрунтування удосконаленої моделі центру медичної допомоги»**

Підготовлено робочою групою: Августиневич Я.І., Михальчук В.М.

1. Ким пропонується пропозиція (адреса): Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Київ, 2021., м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
2. Мотиви впровадження: *підвищення ефективності реформування охорони здоров'я з пріоритетним розвитком первинної медичної допомоги на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини в умовах децентралізації та створення об'єднаних територіальних громад.*
3. Назва медичного закладу регіону, де впроваджена пропозиція (вказати – лікарня, відділення в стаціонарі, поліклініка):
37917880, КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО «ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ МАЛОВІЛЬШАНСЬКОЇ СІЛЬСЬКОЇ РАДИ».
за фахом – «Загальна практика – сімейна медицина».
4. Кількість лікарів, ознайомлених з пропозицією (терапевти, кардіологи, лікарі загальної практики/сімейні лікарі, інші фахівці):
19 – різних за фахом (18 – сімейних, педіатрів – 1);
5. Результати впровадження:
 - а) підвищення якості діагностики (вказати хвороби і кількість випадків):
 - 1) Пневмонія – 560 випадків (тенденція до зростання за 3 роки на +13,3%);
 - 2) Гіпертонічна хвороба - 10162 випадки (позитивна за 3 роки на –12,9 %);
 - 3) Ішемічна хвороба серця - 11714 випадків (позитивна за 3 роки на -6,0%);
 - 4) Інфекції нирок - 463 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на -6,7%);
 - 5) Хвороби передміхурової залози – 44 випадків (негативна динаміка за 3 роки на +13,3%);
 - 6) Гастрит - 1149 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на -7,7%);

- 7) Дуоденіт - 386 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на -6,5%);
- 8) Хвороби шкіри - 965 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на -48,4%);
- 9) Артрити - 230 випадки (позитивна за 3 роки на -9,1%);
- 10) Міопія - 265 випадок (позитивна за 3 роки на -15,1%);

б) підвищення прихильності до лікування (вкати хвороби і кількість пацієнтів):

- 1) Пневмонія – 415 пацієнтів;
- 2) Гіпертонічна хвороба – 5036 пацієнтів;
- 3) Ішемічна хвороба серця – 5911 пацієнтів;
- 4) Інфекції нирок – 361 пацієнтів;
- 5) Хвороби передміхурової залози – 23 пацієнтів;
- 6) Гастрит - 615 пацієнтів;
- 7) Дуоденіт 425 пацієнтів;
- 8) Хвороби шкіри 686 пацієнтів;
- 9) Артрити 186 пацієнтів;
- 10) Міопія 143 пацієнтів;

в) ефективність лікування (вказати ефект – зниження артеріального тиску, нормалізація ліпідного профілю, підвищення толерантності до фізичного навантаження, покращення клінічного перебігу хвороби, тощо):

- 1) Покращення стану здоров'я пацієнтів завдяки використанню фізикальних, лабораторних методів обстеження;
– 1986 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 3,2%);
- інструментальних методів обстеження 115 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 0,9%);

2) Зниження показників захворюваності:

- найбільш поширених інфекційних хвороб – 33 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 5,6 %);
- неінфекційних хвороб - 361 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 3,1%);
- травм, отруєнь – 115 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 2,1%);
- патологічних станів – 29 випадків(позитивна динаміка за 3 роки на -0,7%);
- фізіологічних (під час вагітності) станів -19 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 0,8%); ;

- 3) Зниження показників артеріального тиску (АТ), що в свою чергу, знижує ризику мозкового інсульту, ішемічної хвороби серця (ІХС) та передчасної смерті 1351 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 1,1%);
- 5) Зменшення випадків довготривалої АГ, яка призводить до ураження органів-мішеней — гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ), серцевої недостатності (СН), порушення функції нирок, аж до розвитку ниркової недостатності – 21 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 0,5%);
- 6) Запобігання виникненню та поширенню інфекційних хвороб 263 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 1,1%);
- 7) Збільшення смертності 156 (негативна динаміка за 3 роки на +16,0%);
- 8) Проведення профілактичних втручань, спрямованих на зменшення інфекційних захворювань серед дорослого та дитячого населення, зокрема вакцинації згідно з календарем профілактичних щеплень 4183 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,7%); ;
- 9) Застосування та призначення лікарських засобів з доведеною клінічною ефективністю та вживанням заходів до запобігання антибіотикорезистентності 273 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 1,9%);
- 10) Раннє виявлення соціально-небезпечних хвороб (ВІЛ, туберкульоз (в тому числі, латентна туберкульозна інфекція), гепатити, інфекції, що передаються статевим шляхом, тощо) та запобігання інфікуванню контактних осіб – 201 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 1,4%);
- 11) Пропаганда здорового способу життя 8563 (позитивна динаміка за 3 роки на 4,3%);
- 12) Підвищення толерантності до фізичного навантаження 115 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 2,1%);
- 14) Оптимізація якості життя, завдяки комплексному лікуванню цілої низки різнопрофільних захворювань 815 (позитивна динаміка за 3 роки на 2,4%);
- 15) Підвищення працездатності 986 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,5%);
- 16) Зниження ваги – 983 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 1,9%);
- 17) Підвищення працездатності, перемога над хронічною втомою 1739 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 4,1%).

6. Пропозиції та зауваження:

1) *Забезпечення належних умов для покращення безперервності надання якісної первинної медичної допомоги для ефективного надання допомоги пацієнту/пацієнтці протягом усього його життя, з урахуванням усіх його/її проблем зі здоров'ям, зокрема взаємодіючи з іншими надавачами медичних послуг.*

Відповідальний за впровадження

І.І.РОВЕНКО
(П.І.Б., підпис)



Рокитнянський ЦПМСД

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор
КНП Рокитнянської селищної ради
Білоцерківського району Київської
області «Рокитнянський центр первинної
медико-санітарної допомоги»
Яра Оксана Олександрівна



« 24 » вересня 2021 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Назва пропозиції: **«Медико – соціальне обґрунтування удосконаленої моделі центру медичної допомоги»**

Підготовлено робочою групою: Августинович Я.І., Михальчук В.М.

1. Ким пропонується пропозиція (адреса): Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Київ, 2021., м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
2. Мотиви впровадження: *підвищення ефективності реформування охорони здоров'я з пріоритетним розвитком первинної медичної допомоги на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини в умовах децентралізації та створення об'єднаних територіальних громад.*
3. Назва медичного закладу регіону, де впроваджена пропозиція (вказати – лікарня, відділення в стаціонарі, поліклініка):
4. 38486267, КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО РОКИТНЯНСЬКОЇ СЕЛИЩНОЇ РАДИ БІЛОЦЕРКІВСЬКОГО РАЙОНУ КИЇВСЬКОЇ ОБЛАСТІ "РОКИТНЯНСЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНИТАРНОЇ ДОПОМОГИ" за фахом – «Загальна практика – сімейна медицина».
4. Кількість лікарів, ознайомлених з пропозицією (терапевти, кардіологи, лікарі загальної практики/сімейні лікарі, інші фахівці):
11 – різних за фахом (6 – сімейних, педіатрів – 2, терапевтів – 3);
5. Результати впровадження:
 - а) підвищення якості діагностики (вказати хвороби і кількість випадків):
 - 1) Пневмонія – 1103 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 1,9%);
 - 2) Гіпертонічна хвороба - 320 випадки (тенденція до зростання за 3 роки на 1,9 %);
 - 3) Ішемічна хвороба серця - 346 випадків (тенденція до зростання за 3 роки на 0,8%);
 - 4) Інфекції нирок - 69 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,5%);

5) Хвороби передміхурової залози – 129 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,1%);

6) Гастрит - 75 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,8%);

7) Дуоденіт - 53 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 2,3%);

8) Хвороби шкіри - 63 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 1,5%);

9) Артрити - 94 випадки (тенденція до зростання за 3 роки на 1,7%);

10) Міопія - 28 випадок (тенденція до зростання за 3 роки на 0,7%);

11) Туберкульоз – 15 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 0,3 %).

б) підвищення прихильності до лікування (вказати хвороби і кількість пацієнтів):

1) Пневмонія – 1072 пацієнтів;

2) Гіпертонічна хвороба - 286 пацієнтів;

3) Ішемічна хвороба серця – 307 пацієнтів;

4) Інфекції нирок – 51 пацієнт;

5) Хвороби передміхурової залози – 95 пацієнтів;

6) Гастрит - 61 пацієнт;

7) Дуоденіт 41 пацієнт;

8) Хвороби шкіри - 52 пацієнтів;

9) Артрити - 83 пацієнтів;

10) Міопія - 28 пацієнтів;

в) ефективність лікування (вказати ефект – зниження артеріального тиску, нормалізація ліпідного профілю, підвищення толерантності до фізичного навантаження, покращення клінічного перебігу хвороби, тощо).

1) Покращення стану здоров'я пацієнтів завдяки використанню фізикальних, лабораторних методів обстеження;

– 2349 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 4,0%);

- інструментальних методів обстеження 332 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 3,6%);

2) Зниження показників захворюваності:

- найбільш поширених інфекційних хвороб – 55 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,8 %);

- неінфекційних хвороб - 143 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 3,1%);

- травм, отруєнь – 29 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,3%);

- патологічних станів – 33 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,9%);

3) Зниження показників артеріального тиску (АТ), що в свою чергу, знижує ризику мозкового інсульту, ішемічної хвороби серця (ІХС) та передчасної смерті 362 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 3,5%);

- 4) Зменшення випадків довготривалої АГ, яка призводить до ураження органів-мішеней — гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ), серцевої недостатності (СН), порушення функції нирок, аж до розвитку ниркової недостатності – 28 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 1,6%);
- 6) Зниження смертності - 19 (позитивна динаміка за 3 роки на 1,8%);
- 7) Проведення профілактичних втручань, спрямованих на зменшення інфекційних захворювань серед дорослого та дитячого населення, зокрема вакцинації згідно з календарем профілактичних щеплень 19757 випадків(позитивна динаміка за 3 роки на 1,9%); ;
- 8) Застосування та призначення лікарських засобів з доведеною клінічною ефективністю та вживанням заходів до запобігання антибіотикорезистентності 342 випадків(позитивна динаміка за 3 роки на 3,9%) ;
- 9) Раннє виявлення соціально-небезпечних хвороб (ВІЛ, туберкульоз (в тому числі, латентна туберкульозна інфекція), гепатити, інфекції, що передаються статевим шляхом, тощо) та запобігання інфікуванню контактних осіб – 234 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 4,7%);
- 10) Пропаганда здорового способу життя 5835 (позитивна динаміка за 3 роки на 6,9%);
- 11) Підвищення толерантності до фізичного навантаження 253 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 3,2%);
- 12) Оптимізація якості життя, завдяки комплексному лікуванню цілої низки різнопрофільних захворювань 467 (позитивна динаміка за 3 роки на 5,7%);
- 13) Підвищення працездатності 556 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 4,4%);
- 14) Зниження ваги – 111 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 4,9%);
- 15) Підвищення працездатності, перемога над хронічною втомою 339 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 4,1%);
- 16) Зниження показників захворюваності на туберкульоз, завдяки ранньому виявленню, безперервному нагляду та ефективному лікуванню – 15 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,5 %);
- 17) Підвищення показників тривалості та якості життя, шляхом надання паліативної допомоги відповідним групам населення – 98 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 4,4 %).

6. Пропозиції та зауваження:

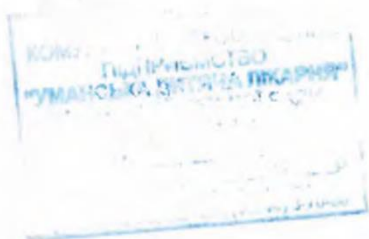
1) Забезпечення належних умов для покращення безперервності надання якісної первинної медичної допомоги для ефективного надання допомоги пацієнту/пацієнтці протягом усього його життя, з урахуванням усіх його/її проблем зі здоров'ям, зокрема взаємодіючи з іншими надавачами медичних послуг.

Відповідальний за впровадження



О. О. Яра
(П.І.Б., підпис)

Уманська дитяча лікарня



«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор
КНП «Уманська дитяча лікарня»
УМАНСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ

« 12 » вересня 2022 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Назва пропозиції: **«Медико – соціальне обґрунтування удосконаленої моделі центру медичної допомоги»**

Підготовлено робочою групою: Августинович Я.І., Михальчук В.М.

1. Ким пропонується пропозиція (адреса): Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Київ, 2021., м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
2. Мотиви впровадження: *підвищення ефективності реформування охорони здоров'я з пріоритетним розвитком первинної медичної допомоги на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини в умовах децентралізації та створення об'єднаних територіальних громад.*
3. Назва медичного закладу регіону, де впроваджена пропозиція (вказати – лікарня, відділення в стаціонарі, поліклініка):
4. 05540652, КНП “УДЛ” Уманської Міської Ради
за фахом – «Загальна практика – сімейна медицина».
Кількість лікарів, ознайомлених з пропозицією (терапевти, кардіологи, лікарі загальної практики/сімейні лікарі, інші фахівці):
педіатрів – 7; вузькі спеціалісти - 12
5. Результати впровадження:
 - а) підвищення якості діагностики (вказати хвороби і кількість випадків):
 - 1) Пневмонія – 1780 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 1,3%);
 - 2) Інфекції нирок - 197 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 1,7%);
 - 3) Гастрит – 75 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 1,6%);
 - 4) Дуоденіт - 33 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 1,4%);
 - 5) Хвороби шкіри - 134 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 1,1%);
 - б) Артрити - 34 випадки (тенденція до зростання за 3 роки на 0,7%);
 - 10) Міопія - 23 випадок (тенденція до зростання за 3 роки на 0,5%);

б) підвищення прихильності до лікування (вказати хвороби і кількість пацієнтів):

- 1) Пневмонія – 3453 пацієнтів;
- 2) Інфекції нирок – 280 пацієнтів;
- 3) Гастрит - 75 пацієнт;
- 4) Дуоденіт 33 пацієнт;
- 5) Хвороби шкіри - 134 пацієнтів;
- 6) Артрити - 34 пацієнтів;
- 7) Міопія - 23 пацієнт;

1) Покращення стану здоров'я пацієнтів завдяки використанню фізикальних, лабораторних методів обстеження;

- 1801 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 3,9%);

- інструментальних методів обстеження 1124 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,4%);

2) Зниження показників захворюваності:

- найбільш поширених інфекційних хвороб – 188 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 1,6 %);

- неінфекційних хвороб - 370 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,8%);

- травм, отруєнь – 127 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 1,%);

- патологічних станів – 43 випадків(позитивна динаміка за 3 роки 0,8%);

3) Зниження смертності 125 (позитивна динаміка за 3 роки на 1,5%);

4) Проведення профілактичних втручань, спрямованих на зменшення інфекційних захворювань серед дорослого та дитячого населення, зокрема вакцинації згідно з календарем профілактичних щеплень 5694 випадків(позитивна динаміка за 3 роки на 3,5%); ;

5) Застосування та призначення лікарських засобів з доведеною клінічною ефективністю та вживанням заходів до запобігання антибіотикорезистентності 1345 випадків(позитивна динаміка за 3 роки на 4,0%) ;

6) Раннє виявлення соціально-небезпечних хвороб (ВІЛ, туберкульоз (в тому числі, латентна туберкульозна інфекція), гепатити, інфекції, що передаються статевим шляхом, тощо) та запобігання інфікуванню контактних осіб – 885 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,2%);

10) Пропаганда здорового способу життя 18216 (позитивна динаміка за 3 роки на 4,3%);

11) Підвищення толерантності до фізичного навантаження 1325 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 2,2%);

12) Оптимізація якості життя, завдяки комплексному лікуванню цілої низки різнопрофільних захворювань 1537 (позитивна динаміка за 3 роки на 4,3%);

13) Підвищення працездатності 1765 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 1,6%);

14) Зниження ваги – 459 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 3,2%);

15) Підвищення працездатності, перемога над хронічною втомою 1391 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 0,5%).

6. Пропозиції та зауваження:

1) Забезпечення належних умов для покращення безперервності надання якісної первинної медичної допомоги для ефективного надання допомоги пацієнту/пацієнтці протягом усього його життя, з урахуванням усіх його/її проблем зі здоров'ям, зокрема взаємодіючи з іншими надавачами медичних послуг.

Відповідальний за впровадження



Бучанський ЦПМС

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор
КНП «Бучанський центр первинної
медико – санітарної допомоги»
Бучанської міської ради
Оксана ДЖАМ



« 09 » вересня 2022 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Назва пропозиції: **«Медико – соціальне обґрунтування удосконаленої моделі центру медичної допомоги»**

Підготовлено робочою групою: Августинівич Я.І., Михальчук В.М.

1. Ким пропонується пропозиція (адреса): Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Київ, 2021., м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
2. Мотиви впровадження: *підвищення ефективності реформування охорони здоров'я з пріоритетним розвитком первинної медичної допомоги на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини в умовах децентралізації та створення об'єднаних територіальних громад.*
3. Назва медичного закладу регіону, де впроваджена пропозиція (вказати – лікарня, відділення в стаціонарі, поліклініка):
4. 08292, КНП «Бучанський центр первинної медико – санітарної допомоги» Бучанської міської ради
за фахом – «Загальна практика – сімейна медицина».
Кількість лікарів, ознайомлених з пропозицією (терапевти, кардіологи, лікарі загальної практики/сімейні лікарі, інші фахівці):
15 – різних за фахом (13 – сімейних, педіатрів – 16, терапевтів – 9);
5. Результати впровадження:
 - а) підвищення якості діагностики (вказати хвороби і кількість випадків):
 - 1) Пневмонія – 3421 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 1,9%);
 - 2) Гіпертонічна хвороба - 945 випадки (тенденція до зростання за 3 роки на 0,8 %);
 - 3) Ішемічна хвороба серця - 877 випадків (тенденція до зростання за 3 роки на 1,3%);
 - 4) Інфекції нирок - 322 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,7%);

- 5) Хвороби передміхурової залози – 262 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 4,5%);
- 6) Гастрит - 125 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,6%);
- 7) Дуоденіт - 63 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 2,4%);
- 8) Хвороби шкіри - 218 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 3,1%);
- 9) Артрити - 124 випадки (тенденція до зростання за 3 роки на 0,7%);
- 10) Міопія - 43 випадок (тенденція до зростання за 3 роки на 0,5%);

б) підвищення прихильності до лікування (вказати хвороби і кількість пацієнтів):

- 1) Пневмонія – 3403 пацієнтів;
- 2) Гіпертонічна хвороба - 886 пацієнтів;
- 3) Ішемічна хвороба серця – 846 пацієнтів;
- 4) Інфекції нирок – 290 пацієнтів;
- 5) Хвороби передміхурової залози – 255 пацієнтів;
- 6) Гастрит - 121 пацієнт;
- 7) Дуоденіт 61 пацієнт;
- 8) Хвороби шкіри - 204 пацієнтів;
- 9) Артрити - 211 пацієнтів;
- 10) Міопія - 41 пацієнт;

в) ефективність лікування (вказати ефект – зниження артеріального тиску, нормалізація ліпідного профілю, підвищення толерантності до фізичного навантаження, покращення клінічного перебігу хвороби, тощо).

1) Покращення стану здоров'я пацієнтів завдяки використанню фізикальних, лабораторних методів обстеження;

- 4801 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 3,9%);
- інструментальних методів обстеження 1124 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,4%);

2) Зниження показників захворюваності:

- найбільш поширених інфекційних хвороб – 388 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,6 %);
- неінфекційних хвороб - 570 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 3,8%);
- травм, отруень – 127 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 1,%);
- патологічних станів – 43 випадків(позитивна динаміка за 3 роки 0,8%);

3) Зниження показників артеріального тиску (АТ), що в свою чергу, знижує ризики мозкового інсульту, ішемічної хвороби серця (ІХС) та передчасної смерті 762 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 3,7%);

4) Зменшення випадків довготривалої АГ, яка призводить до ураження органів-мішеней — гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ), серцевої

недостатності (СН), порушення функції нирок, аж до розвитку ниркової недостатності – 58 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 1,2%);

б) Зниження смертності 125 (позитивна динаміка за 3 роки на 1,5%);

7) Проведення профілактичних втручань, спрямованих на зменшення інфекційних захворювань серед дорослого та дитячого населення, зокрема вакцинації згідно з календарем профілактичних щеплень 5694 випадків(позитивна динаміка за 3 роки на 3,5%); ;

8) Застосування та призначення лікарських засобів з доведеною клінічною ефективністю та вживанням заходів до запобігання антибіотикорезистентності 1345 випадків(позитивна динаміка за 3 роки на 4,0%) ;

9) Раннє виявлення соціально-небезпечних хвороб (ВІЛ, туберкульоз (в тому числі, латентна туберкульозна інфекція), гепатити, інфекції, що передаються статевим шляхом, тощо) та запобігання інфікуванню контактних осіб – 1265 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 4,2%);

10) Пропаганда здорового способу життя 18316 (позитивна динаміка за 3 роки на 5,3%);

11) Підвищення толерантності до фізичного навантаження 1325 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 2,2%);

12) Оптимізація якості життя, завдяки комплексному лікуванні цілої низки різнопрофільних захворювань 1567 (позитивна динаміка за 3 роки на 4,3%);

13) Підвищення працездатності 1795 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 1,6%);

14) Зниження ваги – 469 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 4,2%);

15) Підвищення працездатності, перемога над хронічною втомою 1391 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 1,5%).

6. Пропозиції та зауваження:

1) Забезпечення належних умов для покращення безперервності надання якісної первинної медичної допомоги для ефективного надання допомоги пацієнту/пацієнтці протягом усього його життя, з урахуванням усіх його/її проблем зі здоров'ям, зокрема взаємодіючи з іншими надавачами медичних послуг.

Відповідальний за впровадження



Оксана ДЖАМ
(П.І.Б., підпис)

Вишгородський ЦПМСД

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор
КНП «Центр первинної медико –
санітарної допомоги» Вишгородської
міської ради

Морозова Оксана Валеріївна

_____ вересня 2021 р.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Назва пропозиції: **«Медико – соціальне обґрунтування удосконаленої моделі центру медичної допомоги»**

Підготовлено робочою групою: Августинович Я.І., Михальчук В.М.

1. Ким пропонується пропозиція (адреса): Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Київ, 2021., м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

2. Мотиви впровадження: *підвищення ефективності реформування охорони здоров'я з пріоритетним розвитком первинної медичної допомоги на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини в умовах децентралізації та створення об'єднаних територіальних громад.*

3. Назва медичного закладу регіону, де впроваджена пропозиція (вказати – лікарня, відділення в стаціонарі, поліклініка):

38423901, КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО "ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ" ВИШГОРОДСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ;

за фахом – «Загальна практика – сімейна медицина».

4. Кількість лікарів, ознайомих з пропозицією (терапевти, кардіологи, лікарі загальної практики/сімейні лікарі, інші фахівці):

31 – різних за фахом (16 – сімейних, педіатрів – 8, терапевтів – 4, гінекологів – 3);

5. Результати впровадження:

а) підвищення якості діагностики (вказати хвороби і кількість випадків):

1) Пневмонія – 2869 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 3,9%);

2) Гіпертонічна хвороба - 965 випадки (тенденція до зростання за 3 роки на 2,6 %);

3) Ішемічна хвороба серця - 968 випадків (тенденція до зростання за 3 роки на 1,7%);

4) Інфекції нирок - 783 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 1,4%);

5) Хвороби передміхурової залози – 564 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 0,9%);

6) Гастрит - 599 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,6%);

- 7) Дуоденіт - 321 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 2,0%);
- 8) Хвороби шкіри - 362 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 1,5%);
- 9) Артрити - 403 випадки (тенденція до зростання за 3 роки на 1,9%);
- 10) Міопія - 144 випадок (тенденція до зростання за 3 роки на 1,6%);

б) підвищення прихильності до лікування (вказати хвороби і кількість пацієнтів):

- 1) Пневмонія - 2523 пацієнтів;
- 2) Гіпертонічна хвороба - 856 пацієнтів;
- 3) Ішемічна хвороба серця - 767 пацієнтів;
- 4) Інфекції нирок - 469 пацієнтів;
- 5) Хвороби передміхурової залози - 414 пацієнтів;
- 6) Гастрит - 341 пацієнт;
- 7) Дуоденіт 277 пацієнтів;
- 8) Хвороби шкіри 263 пацієнта;
- 9) Артрити 275 пацієнтів;
- 10) Міопія 86 пацієнтів;

в) ефективність лікування (вказати ефект - зниження артеріального тиску, нормалізація ліпідного профілю, підвищення толерантності до фізичного навантаження, покращення клінічного перебігу хвороби, тощо):

- 1) Покращення стану здоров'я пацієнтів завдяки використанню фізикальних, лабораторних методів обстеження;
 - 2256 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 4,8%);
 - інструментальних методів обстеження 76 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 1,2%);
- 2) Зниження показників захворюваності:
 - найбільш поширених інфекційних хвороб - 75 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,3 %);
 - неінфекційних хвороб - 189 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,0%);
 - травм, отруєнь - 41 випадок (позитивна динаміка за 3 роки на 1,4%);
 - патологічних станів - 39 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,3%); - фізіологічних (під час вагітності) станів - 22 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 1,7%);
 - туберкульозу - 29 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 5,2 %);
- 3) Зниження показників артеріального тиску (АТ), що в свою чергу, знижує ризики мозкового інсульту, ішемічної хвороби серця (ІХС) та передчасної смерті 876 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,4%);
- 5) Зменшення випадків довготривалої АГ, яка призводить до ураження органів-мішеней - гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ), серцевої недостатності (СН), порушення функції нирок, аж до розвитку ниркової недостатності - 9 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 4,2%);

6) Запобігання виникненню та поширенню інфекційних хвороб 154 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 1,8%);

7) Зниження смертності 12 (позитивна динаміка за 3 роки на 0,8%);

8) Проведення профілактичних втручань, спрямованих на зменшення інфекційних захворювань серед дорослого та дитячого населення, зокрема вакцинації згідно з календарем профілактичних щеплень 2336 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,3%); ;

9) Застосування та призначення лікарських засобів з доведеною клінічною ефективністю та вживанням заходів до запобігання антибіотикорезистентності 191 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 3,3%); ;

10) Раннє виявлення соціально-небезпечних хвороб (ВІЛ, туберкульоз (в тому числі, латентна туберкульозна інфекція), гепатити, інфекції, що передаються статевим шляхом, тощо) та запобігання інфікуванню контактних осіб – 369 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 6,4%);

11) Пропаганда здорового способу життя 7584 (позитивна динаміка за 3 роки на 6,0%);

12) Підвищення толерантності до фізичного навантаження 71 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 2,5%);

14) Оптимізація якості життя, завдяки комплексному лікуванню цілої низки різнопрофільних захворювань 429 (позитивна динаміка за 3 роки на 4,7%);

15) Підвищення працездатності 547 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 1,5%);

16) Зниження ваги – 739 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,6%);

17) Підвищення працездатності, перемога над хронічною втомою 1343 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 3,5%).

6. Пропозиції та зауваження:

1) Забезпечення належних умов для покращення безперервності надання якісної первинної медичної допомоги для ефективного надання допомоги пацієнту/пацієнтці протягом усього його життя, з урахуванням усіх його/її проблем зі здоров'ям, зокрема взаємодіючи з іншими надавачами медичних послуг.

Відповідальний за впровадження

О. В. Морозова

Білоцерківський ЦПМСД № 1

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Генеральний директор
КНП Білоцерківської міської ради
«Міський Центр первинної медико –
санітарної допомоги № 1»
Черненко Надія Вікторівна
«23» вересня 2021 р.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Назва пропозиції: **«Медико – соціальне обґрунтування удосконаленої моделі центру медичної допомоги»**

Підготовлено робочою групою: Августинович Я.І., Михальчук В.М.

1. Ким пропонується пропозиція (адреса): Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Київ, 2021., м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
2. Мотиви впровадження: *підвищення ефективності реформування охорони здоров'я з пріоритетним розвитком первинної медичної допомоги на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини в умовах децентралізації та створення об'єднаних територіальних громад.*
3. Назва медичного закладу регіону, де впроваджена пропозиція (вказати – лікарня, відділення в стаціонарі, поліклініка):
22208209, КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО БІЛОЦЕРКІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ "МІСЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ №1"
за фахом – «Загальна практика – сімейна медицина».
4. Кількість лікарів, ознайомих з пропозицією (терапевти, кардіологи, лікарі загальної практики/сімейні лікарі, інші фахівці):
57 – різних за фахом (44 – сімейних, педіатрів – 8, терапевтів – 5, гінекологів – 2);
5. Результати впровадження:
 - а) підвищення якості діагностики (вказати хвороби і кількість випадків):
 - 1) Пневмонія – 6150 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,6%);
 - 2) Гіпертонічна хвороба - 1422 випадки (тенденція до зростання за 3 роки на 3,2 %);
 - 3) Ішемічна хвороба серця - 1881 випадків (тенденція до зростання за 3 роки на 2,3%);
 - 4) Інфекції нирок - 1256 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 3,5%);

5) Хвороби передміхурової залози – 1422 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 0,7%);

6) Гастрит - 1245 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 3,2%);

7) Дуоденіт - 953 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 2,9%);

8) Хвороби шкіри - 722 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 1,0%);

9) Артрити - 684 випадки (тенденція до зростання за 3 роки на 0,9%);

10) Міопія - 325 випадок (тенденція до зростання за 3 роки на 0,6%);

11) Туберкульоз – 167 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 0,2 %);

б) підвищення прихильності до лікування (вказати хвороби і кількість пацієнтів):

1) Пневмонія – 3953 пацієнтів;

2) Гіпертонічна хвороба - 1820 пацієнтів;

3) Ішемічна хвороба серця – 1032 пацієнтів;

4) Інфекції нирок – 1061 пацієнтів;

5) Хвороби передміхурової залози – 419 пацієнтів;

6) Гастрит - 596 пацієнта;

7) Дуоденіт 389 пацієнтів;

8) Хвороби шкіри - 296 пацієнтів;

9) Артрити - 325 пацієнтів;

10) Міопія - 196 пацієнтів;

11) Туберкульоз – 123 пацієнта;

в) ефективність лікування (вказати ефект – зниження артеріального тиску, нормалізація ліпідного профілю, підвищення толерантності до фізичного навантаження, покращення клінічного перебігу хвороби, тощо):

1) Покращення стану здоров'я пацієнтів завдяки використанню фізикальних, лабораторних методів обстеження;

- 5273 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 6,9%);

- інструментальних методів обстеження 321 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,4%);

2) Зниження показників захворюваності:

- найбільш поширених інфекційних хвороб – 93 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 1,5 %);

- неінфекційних хвороб - 384 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,3%);

- травм, отруєнь – 40 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 1,5%);

- патологічних станів – 59 випадків(позитивна динаміка за 3 роки на 1,5%);

- фізіологічних (під час вагітності) станів -36 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 1,0%);

- туберкульозу – 21 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 1,2 %);

- 3) Зниження показників артеріального тиску (АТ), що в свою чергу, знижує ризику мозкового інсульту, ішемічної хвороби серця (ІХС) та передчасної смерті 1762 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 1,4%);
- 5) Зменшення випадків довготривалої АГ, яка призводить до ураження органів-мішеней — гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ), серцевої недостатності (СН), порушення функції нирок, аж до розвитку ниркової недостатності – 39 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 0,3%);
- 6) Запобігання виникненню та поширенню інфекційних хвороб 291 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 0,9%);
- 7) Зниження смертності 19 (позитивна динаміка за 3 роки на 0,8%);
- 8) Проведення профілактичних втручань, спрямованих на зменшення інфекційних захворювань серед дорослого та дитячого населення, зокрема вакцинації згідно з календарем профілактичних щеплень 2831 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,3%); ;
- 9) Застосування та призначення лікарських засобів з доведеною клінічною ефективністю та вживанням заходів до запобігання антибіотикорезистентності 312 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,9%);
- 10) Раннє виявлення соціально-небезпечних хвороб (ВІЛ, туберкульоз (в тому числі, латентна туберкульозна інфекція), гепатити, інфекції, що передаються статевим шляхом, тощо) та запобігання інфікуванню контактних осіб – 876 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,9%);
- 11) Пропаганда здорового способу життя 8158 (позитивна динаміка за 3 роки на 4,9%);
- 12) Підвищення толерантності до фізичного навантаження 182 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 3,0%);
- 14) Оптимізація якості життя, завдяки комплексному лікуванню цілої низки різнопрофільних захворювань 1428 (позитивна динаміка за 3 роки на 3,4%);
- 15) Підвищення працездатності 2475 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 3,1%);
- 16) Зниження ваги – 936 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,4%);
- 17) Підвищення працездатності, перемога над хронічною втомою 1933 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 4,4%).

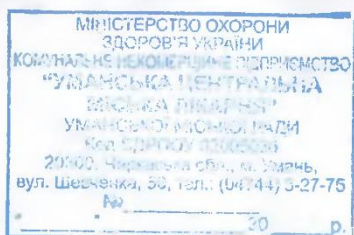
6. Пропозиції та зауваження:

1) Забезпечення належних умов для покращення безперервності надання якісної первинної медичної допомоги для ефективного надання допомоги пацієнту/пацієнтці протягом усього його життя, з урахуванням усіх його/її проблем зі здоров'ям, зокрема взаємодіючи з іншими надавачами медичних послуг.

Відповідальний за впровадження



Уманська ЦМСЛ



«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор
КНП «Уманська ЦМЛ»
УМАНСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ

« 09 » вересня 2022 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Назва пропозиції: **«Медико – соціальне обґрунтування удосконаленої моделі центру медичної допомоги»**

Підготовлено робочою групою: Августинович Я.І., Михальчук В.М.

1. Ким пропонується пропозиція (адреса): Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Київ, 2021., м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
2. Мотиви впровадження: *підвищення ефективності реформування охорони здоров'я з пріоритетним розвитком первинної медичної допомоги на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини в умовах децентралізації та створення об'єднаних територіальних громад.*
3. Назва медичного закладу регіону, де впроваджена пропозиція (вказати – лікарня, відділення в стаціонарі, поліклініка):
4. 20300, КНП "Уманська ЦМЛ" Уманської Міської Ради

за фахом – «Загальна практика – сімейна медицина».

Кількість лікарів, ознайомих з пропозицією (терапевти, кардіологи, лікарі загальної практики/сімейні лікарі, інші фахівці):

5 – сімейних, педіатрів – 7, терапевтів – 14; вузькі спеціалісти - 26

5. Результати впровадження:

а) підвищення якості діагностики (вказати хвороби і кількість випадків):

- 1) Пневмонія – 3315 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 1,9%);
- 2) Гіпертонічна хвороба - 870 випадки (тенденція до зростання за 3 роки на 0,8 %);
- 3) Ішемічна хвороба серця - 867 випадків (тенденція до зростання за 3 роки на 1,3%);
- 4) Інфекції нирок - 297 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,7%);
- 5) Хвороби передміхурової залози – 282 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 4,5%);
- 6) Гастрит - 135 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,6%);
- 7) Дуоденіт - 53 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 2,4%);
- 8) Хвороби шкіри - 238 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 3,1%);

9) Артриту - 134 випадки (тенденція до зростання за 3 роки на 0,7%);

10) Міопія - 43 випадок (тенденція до зростання за 3 роки на 0,5%);

б) підвищення прихильності до лікування (вказати хвороби і кількість пацієнтів):

1) Пневмонія – 3453 пацієнтів;

2) Гіпертонічна хвороба - 786 пацієнтів;

3) Ішемічна хвороба серця – 856 пацієнтів;

4) Інфекції нирок – 280 пацієнтів;

5) Хвороби передміхурової залози – 255 пацієнтів;

6) Гастрит - 121 пацієнт;

7) Дуоденіт 64 пацієнт;

8) Хвороби шкіри - 204 пацієнтів;

9) Артриту - 215 пацієнтів;

10) Міопія - 45 пацієнт;

в) ефективність лікування (вказати ефект – зниження артеріального тиску, нормалізація ліпідного профілю, підвищення толерантності до фізичного навантаження, покращення клінічного перебігу хвороби, тощо).

1) Покращення стану здоров'я пацієнтів завдяки використанню фізикальних, лабораторних методів обстеження;

– 4801 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 3,9%);

- інструментальних методів обстеження 1124 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,4%);

2) Зниження показників захворюваності:

- найбільш поширених інфекційних хвороб – 388 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,6 %);

- неінфекційних хвороб - 570 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 3,8%);

- травм, отруєнь – 127 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 1,%);

- патологічних станів – 43 випадків(позитивна динаміка за 3 роки 0,8%);

3) Зниження показників артеріального тиску (АТ), що в свою чергу, знижує ризики мозкового інсульту, ішемічної хвороби серця (ІХС) та передчасної смерті 762 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 3,7%);

4) Зменшення випадків довготривалої АГ, яка призводить до ураження органів-мішеней — гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ), серцевої недостатності (СН), порушення функції нирок, аж до розвитку ниркової недостатності – 58 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 1,2%);

б) Зниження смертності 125 (позитивна динаміка за 3 роки на 1,5%);

- 7) Проведення профілактичних втручань, спрямованих на зменшення інфекційних захворювань серед дорослого та дитячого населення, зокрема вакцинації згідно з календарем профілактичних щеплень 5694 випадків(позитивна динаміка за 3 роки на 3,5%); ;
- 8) Застосування та призначення лікарських засобів з доведеною клінічною ефективністю та вживанням заходів до запобігання антибіотикорезистентності 1345 випадків(позитивна динаміка за 3 роки на 4,0%); ;
- 9) Раннє виявлення соціально-небезпечних хвороб (ВІЛ, туберкульоз (в тому числі, латентна туберкульозна інфекція), гепатити, інфекції, що передаються статевим шляхом, тощо) та запобігання інфікуванню контактних осіб – 1285 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 4,2%); ;
- 10) Пропаганда здорового способу життя 18216 (позитивна динаміка за 3 роки на 5,3%); ;
- 11) Підвищення толерантності до фізичного навантаження 1325 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 2,2%); ;
- 12) Оптимізація якості життя, завдяки комплексному лікуванню цілої низки різнопрофільних захворювань 1537 (позитивна динаміка за 3 роки на 4,3%); ;
- 13) Підвищення працездатності 1765 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 1,6%); ;
- 14) Зниження ваги – 459 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 4,2%); ;
- 15) Підвищення працездатності, перемога над хронічною втомою 1391 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 1,5%).

6. Пропозиції та зауваження:

- 1) Забезпечення належних умов для покращення безперервності надання якісної первинної медичної допомоги для ефективного надання допомоги пацієнту/пацієнтці протягом усього його життя, з урахуванням усіх його/її проблем зі здоров'ям, зокрема взаємодіючи з іншими надавачами медичних послуг.

Відповідальний за впровадження



Козяр А.Б.

Згурівський ЦПМСД

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Головний лікар
КНП «Згурівський центр первинної
медико-санітарної допомоги» Згурівської
селищної ради Київської області
Зіборов Олександр Іванович



« 23 » вересня 2021 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Назва пропозиції: **«Медико-соціальне обґрунтування удосконаленої моделі центру медичної допомоги»**

Підготовлено робочою групою: Августинович Я.І., Михальчук В.М.

1. Ким пропонується пропозиція (адреса): Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Київ, 2021., м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
2. Мотиви впровадження: *підвищення ефективності реформування охорони здоров'я з пріоритетним розвитком первинної медичної допомоги на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини в умовах децентралізації та створення об'єднаних територіальних громад.*
3. Назва медичного закладу регіону, де впроваджена пропозиція (вказати – лікарня, відділення в стаціонарі, поліклініка):
38043234, КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО «ЗГУРІВСЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ» ЗГУРІВСЬКОЇ СЕЛИЩНОЇ РАДИ КИЇВСЬКОЇ ОБЛАСТІ
за фахом – «Загальна практика – сімейна медицина».
4. Кількість лікарів, ознайомих з пропозицією (терапевти, кардіологи, лікарі загальної практики/сімейні лікарі, інші фахівці):
8 – різних за фахом (сімейних – 1, педіатрів – 3, терапевтів – 2, гінекологів – 2);
5. Результати впровадження:
 - а) підвищення якості діагностики (вказати хвороби і кількість випадків):
 - 1) Пневмонія – 650 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,9%);
 - 2) Гіпертонічна хвороба – 222 випадки (тенденція до зростання за 3 роки на 2,1 %); *ина 1,9%);*
 - 4) Інфекції нирок – 56 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 3,6%);

5) Хвороби передміхурової залози – 122 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 3,1%);

6) Гастрит – 45 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 3,6%);

7) Дуоденіт – 33 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 2,5%);

8) Хвороби шкіри – 62 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 1,8%);

9) Артрити – 54 випадки (тенденція до зростання за 3 роки на 1,9%);

10) Міопія – 25 випадок (тенденція до зростання за 3 роки на 0,8%);

11) Туберкульоз – 17 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 0,4 %);

б) підвищення прихильності до лікування (вказати хвороби і кількість пацієнтів):

1) Пневмонія – 531 пацієнт;

2) Гіпертонічна хвороба – 180 пацієнтів;

3) Ішемічна хвороба серця – 92 пацієнтів;

4) Інфекції нирок – 49 пацієнтів;

5) Хвороби передміхурової залози – 95 пацієнтів;

6) Гастрит – 36 пацієнтів;

7) Дуоденіт – 33 пацієнтів;

8) Хвороби шкіри – 60 пацієнтів;

9) Артрити – 35 пацієнтів;

10) Міопія – 25 пацієнтів;

11) Туберкульоз – 12 пацієнтів;

в) ефективність лікування (вказати ефект – зниження артеріального тиску, нормалізація ліпідного профілю, підвищення толерантності до фізичного навантаження, покращення клінічного перебігу хвороби, тощо):

1) Покращення стану здоров'я пацієнтів завдяки використанню фізикальних, лабораторних методів обстеження:

– 1273 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 4,9%);

– інструментальних методів обстеження 212 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,8%);

2) Зниження показників захворюваності:

– найбільш поширених інфекційних хвороб – 33 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,2 %);

– неінфекційних хвороб - 64 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,9%);

– травм, отруєнь – 20 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 3,3%);

– патологічних станів – 9 випадків(позитивна динаміка за 3 роки на 4,5%);

- фізіологічних (під час вагітності) станів – 16 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 5,0%);
- туберкульозу – 17 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 1,0 %);
- 3) Зниження показників артеріального тиску (АТ), що в свою чергу, знижує ризику мозкового інсульту, ішемічної хвороби серця (ІХС) та передчасної смерті 362 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 4,4%);
- 4) Зменшення випадків довготривалої АГ, яка призводить до ураження органів-мішеней — гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ), серцевої недостатності (СН), порушення функції нирок, аж до розвитку ниркової недостатності – 19 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 0,8%);
- 6) Запобігання виникненню та поширенню інфекційних хвороб 91 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 3,2%);
- 7) Зниження смертності 9 (позитивна динаміка за 3 роки на 0,5%);
- 8) Проведення профілактичних втручань, спрямованих на зменшення інфекційних захворювань серед дорослого та дитячого населення, зокрема вакцинації згідно з календарем профілактичних щеплень 1031 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 1,6%);
- 9) Застосування та призначення лікарських засобів з доведеною клінічною ефективністю та вживанням заходів до запобігання антибіотикорезистентності 124 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,1%);
- 10) Раннє виявлення соціально-небезпечних хвороб (ВІЛ, туберкульоз (в тому числі, латентна туберкульозна інфекція), гепатити, інфекції, що передаються статевим шляхом, тощо) та запобігання інфікуванню контактних осіб – 76 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 4,9%);
- 11) Пропаганда здорового способу життя 4158 (позитивна динаміка за 3 роки на 4,4%);
- 12) Підвищення толерантності до фізичного навантаження 182 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 2,8%);
- 14) Оптимізація якості життя, завдяки комплексному лікуванні цілої низки різнопрофільних захворювань 437 (позитивна динаміка за 3 роки на 2,7%);
- 15) Підвищення працездатності 475 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 3,9%);
- 16) Зниження ваги – 136 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 4,4%);

17) Підвищення працездатності, перемога над хронічною втомою
133 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 2,4%).

6. Пропозиції та зауваження:

1) Забезпечення належних умов для покращення безперервності надання
якісної первинної медичної допомоги для ефективного надання допомоги
пацієнту/пацієнтці протягом усього його життя, з урахуванням усіх його/її
проблем зі здоров'ям, зокрема взаємодіючи з іншими надавачами медичних
послуг.

Відповідальний за впровадження



О. І. Зіборов
(ПІБ, підпис)

Калинівський ЦПМСД Фастівського району

«ЗАТВЕРДЖУЮ»



Курченко Сергій Миколайович

« 09 » вересня 2022 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Назва пропозиції: **«Медико – соціальне обґрунтування удосконаленої моделі центру медичної допомоги»**

Підготовлено робочою групою: Августинівич Я.І., Михальчук В.М.

1. Ким пропонується пропозиція (адреса): Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Київ, 2021., м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
2. Мотиви впровадження: *підвищення ефективності реформування охорони здоров'я з пріоритетним розвитком первинної медичної допомоги на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини в умовах децентралізації та створення об'єднаних територіальних громад.*
3. Назва медичного закладу регіону, де впроваджена пропозиція (вказати – лікарня, відділення в стаціонарі, поліклініка):

08623, КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО "ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ КАЛИНІВСЬКОЇ СЕЛИЩНОЇ РАДИ"

за фахом – «Загальна практика – сімейна медицина».

4. Кількість лікарів, ознайомлених з пропозицією (терапевти, кардіологи, лікарі загальної практики/сімейні лікарі, інші фахівці):
2 – різних за фахом (5 – сімейних);

5. Результати впровадження:

а) підвищення якості діагностики (вказати хвороби і кількість випадків):

- 1) Пневмонія – 343 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 1,1%);
- 2) Гіпертонічна хвороба - 41 випадок (тенденція до зростання за 3 роки на 2,9 %);
- 3) Ішемічна хвороба серця - 38 випадків (тенденція до зростання за 3 роки на 1,6%);
- 4) Інфекції нирок - 11 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,5%);

5) Хвороби передміхурової залози – 9 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 3,1%);

6) Гастрит - 32 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,6%);

7) Дуоденіт - 20 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 3,0%);

8) Хвороби шкіри - 29 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 3,1%);

9) Артрити - 34 випадки (тенденція до зростання за 3 роки на 1,4%);

10) Міопія - 8 випадок (тенденція до зростання за 3 роки на 2,7%).

б) підвищення прихильності до лікування (вказати хвороби і кількість пацієнтів):

1) Пневмонія – 272 пацієнтів;

2) Гіпертонічна хвороба - 26 пацієнтів;

3) Ішемічна хвороба серця – 35 пацієнтів;

4) Інфекції нирок – 5 пацієнтів;

5) Хвороби передміхурової залози – 9 пацієнтів;

6) Гастрит - 31 пацієнт;

7) Дуоденіт 20 пацієнт;

8) Хвороби шкіри - 32 пацієнтів;

9) Артрити - 73 пацієнтів;

10) Міопія -8 пацієнтів;

в) ефективність лікування (вказати ефект – зниження артеріального тиску, нормалізація ліпідного профілю, підвищення толерантності до фізичного навантаження, покращення клінічного перебігу хвороби, тощо).

1) Покращення стану здоров'я пацієнтів завдяки використанню фізикальних, лабораторних методів обстеження;

– 385 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 6,0%);

2) Зниження показників захворюваності:

- найбільш поширених інфекційних хвороб – 34 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,6 %);

- неінфекційних хвороб - 43 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 4,1%);

- травм, отруєнь – 11 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 3,3%);

- патологічних станів – 10 випадків(позитивна динаміка за 3 роки на 2,9%);

3) Зниження показників артеріального тиску (АТ), що в свою чергу, знижує ризику мозкового інсульту, ішемічної хвороби серця (ІХС) та передчасної смерті 52 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 3,0%);

4) Зменшення випадків довготривалої АГ, яка призводить до ураження органів-мішеней — гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ), серцевої недостатності (СН), порушення функції нирок, аж до розвитку ниркової недостатності – 14 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,6%);

б) Зниження смертності - 10 (позитивна динаміка за 3 роки на 1,2%);

7) Проведення профілактичних втручань, спрямованих на зменшення інфекційних захворювань серед дорослого та дитячого населення, зокрема вакцинації згідно з календарем профілактичних щеплень 1257 випадків(позитивна динаміка за 3 роки на 4,9%); ;

8) Застосування та призначення лікарських засобів з доведеною клінічною ефективністю та вживанням заходів до запобігання антибіотикорезистентності 62 випадків(позитивна динаміка за 3 роки на 3,7%); ;

9) Раннє виявлення соціально-небезпечних хвороб (ВІЛ, туберкульоз (в тому числі, латентна туберкульозна інфекція), гепатити, інфекції, що передаються статевим шляхом, тощо) та запобігання інфікуванню контактних осіб – 34 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 7,7%); ;

10) Пропаганда здорового способу життя 2835 (позитивна динаміка за 3 роки на 11,9%); ;

11) Підвищення толерантності до фізичного навантаження 30 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 3,4%); ;

12) Оптимізація якості життя, завдяки комплексному лікуванню цілої низки різнопрофільних захворювань 77 (позитивна динаміка за 3 роки на 4,8%); ;

13) Підвищення працездатності 64 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 4,4%); ;

14) Зниження ваги – 31 випадок (позитивна динаміка за 3 роки на 4,9%); ;

15) Підвищення працездатності, перемога над хронічною втомою 29 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 4,1%).

6. Пропозиції та зауваження:

1) Забезпечення належних умов для покращення безперервності надання якісної первинної медичної допомоги для ефективного надання допомоги пацієнту/пацієнтці протягом усього його життя, з урахуванням усіх його/її проблем зі здоров'ям, зокрема взаємодіючи з іншими надавачами медичних послуг.

Відповідальний за впровадження



Сергій КУДРЕНКО
(П.І.Б., підпис)

Калинівський ЦПМСД Броварського району

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор

КНП «Центр первинної медико –
санітарної допомоги» Калинівської
селищної ради Броварського району
Київської області

Тетяна КУДРЯВЦЕВА

19 вересня 2022 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Назва пропозиції: **«Медико – соціальне обґрунтування удосконаленої моделі центру медичної допомоги»**

Підготовлено робочою групою: Августинович Я.І., Михальчук В.М.

1. Ким пропонується пропозиція (адреса): Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Київ, 2021., м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
2. Мотиви впровадження: *підвищення ефективності реформування охорони здоров'я з пріоритетним розвитком первинної медичної допомоги на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини в умовах децентралізації та створення об'єднаних територіальних громад.*
3. Назва медичного закладу регіону, де впроваджена пропозиція (вказати – лікарня, відділення в стаціонарі, поліклініка):
4. **07443, КНП «Центр первинної медико – санітарної допомоги» Калинівської селищної ради Броварського району Київської області**

за фахом – «Загальна практика – сімейна медицина».

4. Кількість лікарів, ознайомлених з пропозицією (терапевти, кардіологи, лікарі загальної практики/сімейні лікарі, інші фахівці):
11 – різних за фахом (6 – сімейних, педіатрів – 2, терапевтів – 3);

5. Результати впровадження:

а) підвищення якості діагностики (вказати хвороби і кількість випадків):

1) Пневмонія – 1103 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 1,9%);

2) Гіпертонічна хвороба - 320 випадки (тенденція до зростання за 3 роки на 1,9 %);

- 3) Ішемічна хвороба серця - 346 випадків (тенденція до зростання за 3 роки на 0,8%);
- 4) Інфекції нирок - 69 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,5%);
- 5) Хвороби передміхурової залози – 129 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,1%);
- 6) Гастрит - 75 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,8%);
- 7) Дуоденіт - 53 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 2,3%);
- 8) Хвороби шкіри - 63 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 1,5%);
- 9) Артрити - 94 випадки (тенденція до зростання за 3 роки на 1,7%);
- 10) Міопія - 28 випадок (тенденція до зростання за 3 роки на 0,7%);
- 11) Туберкульоз – 15 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 0,3 %).

б) підвищення прихильності до лікування (вказати хвороби і кількість пацієнтів):

- 1) Пневмонія – 1072 пацієнтів;
- 2) Гіпертонічна хвороба - 286 пацієнтів;
- 3) Ішемічна хвороба серця – 307 пацієнтів;
- 4) Інфекції нирок – 51 пацієнт;
- 5) Хвороби передміхурової залози – 95 пацієнтів;
- 6) Гастрит - 61 пацієнт;
- 7) Дуоденіт 41 пацієнт;
- 8) Хвороби шкіри - 52 пацієнтів;
- 9) Артрити - 83 пацієнтів;
- 10) Міопія -28 пацієнтів;

в) ефективність лікування (вказати ефект – зниження артеріального тиску, нормалізація ліпідного профілю, підвищення толерантності до фізичного навантаження, покращення клінічного перебігу хвороби, тощо).

1) Покращення стану здоров'я пацієнтів завдяки використанню фізикальних, лабораторних методів обстеження;

- 2349 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 4,0%);
- інструментальних методів обстеження 332 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 3,6%);
- 2) Зниження показників захворюваності:
 - найбільш поширених інфекційних хвороб – 55 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,8 %);
 - неінфекційних хвороб - 143 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 3,1%);
 - травм, отруєнь – 29 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,3%);
 - патологічних станів – 33 випадків(позитивна динаміка за 3 роки на 2,9%);

- 3) Зниження показників артеріального тиску (АТ), що в свою чергу, знижує ризику мозкового інсульту, ішемічної хвороби серця (ІХС) та передчасної смерті 362 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 3,5%);
- 4) Зменшення випадків довготривалої АГ, яка призводить до ураження органів-мішеней — гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ), серцевої недостатності (СН), порушення функції нирок, аж до розвитку ниркової недостатності – 28 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 1,6%);
- 6) Зниження смертності - 19 (позитивна динаміка за 3 роки на 1,8%);
- 7) Проведення профілактичних втручань, спрямованих на зменшення інфекційних захворювань серед дорослого та дитячого населення, зокрема вакцинації згідно з календарем профілактичних щеплень 19757 випадків(позитивна динаміка за 3 роки на 1,9%); ;
- 8) Застосування та призначення лікарських засобів з доведеною клінічною ефективністю та вживанням заходів до запобігання антибіотикорезистентності 342 випадків(позитивна динаміка за 3 роки на 3,9%) ;
- 9) Раннє виявлення соціально-небезпечних хвороб (ВІЛ, туберкульоз (в тому числі, латентна туберкульозна інфекція), гепатити, інфекції, що передаються статевим шляхом, тощо) та запобігання інфікуванню контактних осіб – 234 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 4,7%);
- 10) Пропаганда здорового способу життя 5835 (позитивна динаміка за 3 роки на 6,9%);
- 11) Підвищення толерантності до фізичного навантаження 253 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 3,2%);
- 12) Оптимізація якості життя, завдяки комплексному лікуванню цілої низки різнопрофільних захворювань 467 (позитивна динаміка за 3 роки на 5,7%);
- 13) Підвищення працездатності 556 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 4,4%);
- 14) Зниження ваги – 111 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 4,9%);
- 15) Підвищення працездатності, перемога над хронічною втомою 339 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 4,1%);
- 16) Зниження показників захворюваності на туберкульоз, завдяки ранньому виявленню, безперервному нагляду та ефективному лікуванню – 15 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,5 %);

17) Підвищення показників тривалості та якості життя, шляхом надання паліативної допомоги відповідним групам населення – 98 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 4,4 %).

6. Пропозиції та зауваження:

1) Забезпечення належних умов для покращення безперервності надання якісної первинної медичної допомоги для ефективного надання допомоги пацієнту/пацієнтці протягом усього його життя, з урахуванням усіх його/її проблем зі здоров'ям, зокрема взаємодіючи з іншими надавачами медичних послуг.

Відповідальний за впровадження



Тетяна КУДРЯВЦЕВА
(П.І.Б., підпис)

Броварський ЦПМСД

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор
КНП Броварської міської ради
Броварського району Київської області
«Броварський міський центр первинної
медико – санітарної допомоги»
Кравцов Ігор Андрійович

_____ « 24 » вересня 2021 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Назва пропозиції: **«Медико – соціальне обґрунтування удосконаленої моделі центру медичної допомоги»**

Підготовлено робочою групою: Августинович Я.І., Михальчук В.М.

1. Ким пропонується пропозиція (адреса): Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Київ, 2021., м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
2. Мотиви впровадження: *підвищення ефективності реформування охорони здоров'я з пріоритетним розвитком первинної медичної допомоги на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини в умовах децентралізації та створення об'єднаних територіальних громад.*
3. Назва медичного закладу регіону, де впроваджена пропозиція (вказати – лікарня, відділення в стаціонарі, поліклініка):
4. **38902896, КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО БРОВАРСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ БРОВАРСЬКОГО РАЙОНУ КИЇВСЬКОЇ ОБЛАСТІ "БРОВАРСЬКИЙ МІСЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ"**
за фахом – «Загальна практика – сімейна медицина».
4. Кількість лікарів, ознайомлених з пропозицією (терапевти, кардіологи, лікарі загальної практики/сімейні лікарі, інші фахівці):
61 – різних за фахом (38 – сімейних, педіатрів – 21, терапевтів – 2);
5. Результати впровадження:
 - а) підвищення якості діагностики (вказати хвороби і кількість випадків):
 - 1) Пневмонія – 6650 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 5,2%);
 - 2) Гіпертонічна хвороба - 1974 випадки (тенденція до зростання за 3 роки на 9,7 %);

- 3) Ішемічна хвороба серця - 2145 випадків (тенденція до зростання за 3 роки на 4,9%);
- 4) Інфекції нирок - 1655 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 5,0%);
- 5) Хвороби передміхурової залози – 1438 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 3,7%);
- 6) Гастрит - 1245 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 4,2%);
- 7) Дуоденіт - 953 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 2,5%);
- 8) Хвороби шкіри - 754 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 1,4%);
- 9) Артрити - 684 випадки (тенденція до зростання за 3 роки на 1,0%);
- 10) Міопія - 531 випадок (тенденція до зростання за 3 роки на 0,9%);

б) підвищення прихильності до лікування (вказати хвороби і кількість пацієнтів):

- 1) Пневмонія – 4523 пацієнтів;
- 2) Гіпертонічна хвороба - 856 пацієнтів;
- 3) Ішемічна хвороба серця – 1068 пацієнтів;
- 4) Інфекції нирок – 1115 пацієнтів;
- 5) Хвороби передміхурової залози – 531 пацієнт;
- 6) Гастрит - 704 пацієнта;
- 7) Дуоденіт 528 пацієнтів;
- 8) Хвороби шкіри 443 пацієнтів;
- 9) Артрити 325 пацієнтів;
- 10) Міопія 196 пацієнтів;

в) ефективність лікування (вказати ефект – зниження артеріального тиску, нормалізація ліпідного профілю, підвищення толерантності до фізичного навантаження, покращення клінічного перебігу хвороби, тощо):

- 1) Покращення стану здоров'я пацієнтів завдяки використанню фізикальних, лабораторних методів обстеження;
 - 123218 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 25%);
 - інструментальних методів обстеження 3251 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 1,8%);
- 2) Зниження показників захворюваності:
 - найбільш поширених інфекційних хвороб – 76 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 2,2 %);
 - неінфекційних хвороб - 14326 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 1,4%);
 - травм, отруень – 1253 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 0,3%);
 - патологічних станів – 569 випадків(позитивна динаміка за 3 роки на 0,6%);
 - фізіологічних (під час вагітності) станів -362 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 1,5%); ;

- 3) Зниження показників артеріального тиску (АТ), що в свою чергу, знижує ризики мозкового інсульту, ішемічної хвороби серця (ІХС) та передчасної смерті 2357 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 3,4%);
- 5) Зменшення випадків довготривалої АГ, яка призводить до ураження органів-мішеней — гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ), серцевої недостатності (СН), порушення функції нирок, аж до розвитку ниркової недостатності – 269 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 1,3%);
- 6) Запобігання виникненню та поширенню інфекційних хвороб 3659 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 0,8%);
- 7) Зниження смертності 231 (позитивна динаміка за 3 роки на 1,7%);
- 8) Проведення профілактичних втручань, спрямованих на зменшення інфекційних захворювань серед дорослого та дитячого населення, зокрема вакцинації згідно з календарем профілактичних щеплень 10268 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 5,1%); ;
- 9) Застосування та призначення лікарських засобів з доведеною клінічною ефективністю та вживанням заходів до запобігання антибіотикорезистентності 4259 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 3,6%);
- 10) Раннє виявлення соціально-небезпечних хвороб (ВІЛ, туберкульоз (в тому числі, латентна туберкульозна інфекція), гепатити, інфекції, що передаються статевим шляхом, тощо) та запобігання інфікуванню контактних осіб – 1785 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 4,5%);
- 11) Пропаганда здорового способу життя 121583 (позитивна динаміка за 3 роки на 7,9%);
- 12) Підвищення толерантності до фізичного навантаження 2262 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 3,9%);
- 14) Оптимізація якості життя, завдяки комплексному лікуванню цілої низки різнопрофільних захворювань 5542 (позитивна динаміка за 3 роки на 3,6%);
- 15) Підвищення працездатності 10547 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 4,4%);
- 16) Зниження ваги – 3691 випадків (позитивна динаміка за 3 роки на 5,3%);
- 17) Підвищення працездатності, перемога над хронічною втомою 8634 випадки (позитивна динаміка за 3 роки на 6,9%).

6. Пропозиції та зауваження:

1) *Забезпечення належних умов для покращення безперервності надання якісної первинної медичної допомоги для ефективного надання допомоги пацієнту/пацієнтці протягом усього його життя, з урахуванням усіх його/її проблем зі здоров'ям, зокрема взаємодіючи з іншими надавачами медичних послуг.*

Відповідальний за впровадження



І. А. Кравцов
(П.І.Б., підпис)