

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНА УСТАНОВА „УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ СТРАТЕГІЧНИХ
ДОСЛІДЖЕНЬ МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ”

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

СКРИП Василь Васильович

Гриф

Прим. №

УДК 614.2:725.5.001.57:001.8

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ МОДЕЛІ ПІДГОТОВКИ
ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДО АВТОНОМІЗАЦІЇ

14.02.03 – соціальна медицина

22 – Медицина

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук.
Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,
результатів і текстів інших авторів має посилання на відповідне джерело

_____ В.В.Скрип

Науковий керівник:

Миронюк Іван Святославович

доктор медичних наук, доцент

Анотація

Скрип В. В. Медико-соціальне обґрунтування моделі підготовки закладів охорони здоров'я до автономізації - Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії, кандидата медичних наук (за спеціальністю 14.02.03 „Соціальна медицина” (22 – Охорона здоров'я).

Дисертація виконана в державній установі „Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України”. Київ, 2018.

Дисертація захищається в Ужгородському національному університеті, Ужгород, 2018.

Дисертація присвячена вирішенню важливої науково-практичної задачі охорони здоров'я – науковому обґрунтуванню моделі підготовки закладів охорони здоров'я до проведення їх автономізації.

Завдання дослідження були комплексними та скерованими на досягнення поставленої мети. Вони базувалися на системному підході і їх виконання забезпечило досягнення мети дослідження. Обсяги дослідження були обрахованими і забезпечили отримання репрезентативних результатів.

Досягнення мети дослідження потребувало розробки спеціальної програми, яка передбачала його реалізацію у шість організаційних етапів з використанням адекватних методів, на кожному з яких виконувались взаємопов'язані завдання, що дало можливість забезпечити системний підхід у проведенні дослідження та отримати репрезентативні результати для оцінки об'єкту дослідження.

Наукова новизна полягає в тому, що вперше в Україні системно представлено проблеми зміни організаційно-правової форми (автономізації) закладів охорони здоров'я із бюджетних установ в комунальні некомерційні підприємства та шляхи їх вирішення з досягненням позитивних медичних, економічних та соціальних результатів в умовах реформування системи медичної допомоги населенню; досліджено рівень готовності та спроможності системи охорони здоров'я регіонального рівня до автономізації закладів охорони здоров'я;

встановлено оперативні політики як перешкоди до зміни юридичного статусу закладів охорони здоров'я та проведення їх автономізації; науково обґрунтовано модель підготовки закладів охорони здоров'я до автономізації та оцінено її медичну, соціальну та економічну ефективність.

Удосконалено підготовку організаторів охорони здоров'я та працівників економічних служб закладів охорони здоров'я до зміни організаційно-правової форми (автономізації) закладів охорони здоров'я із бюджетних установ в комунальні некомерційні підприємства.

Знайшов подальшого розвитку аналіз законодавчої бази України з питань автономізації закладів охорони здоров'я.

В ході дослідження встановлено, що основні демографічні показники до яких відносяться народжуваність, смертність та природній приріст населення в розрізі адміністративних територій мають суттєві відмінності, що потребує різного обсягу медичної допомоги, а відповідно і ресурсної бази.

Всього в області функціонує 651 заклад охорони здоров'я. 45 % із них становлять заклади первинної медичної допомоги та 44 % заклади долікарської допомоги. На території всіх адміністративних територій працюють заклади в яких надається спеціалізована медична допомога.

Для забезпечення якісної медичної допомоги сімейні амбулаторії повинні мати ресурс, який відповідає галузевим нормативам. Рівень забезпеченості автотранспортом, електрокардіографами, комп'ютерною технікою та доступом до мережі Інтернет в цілому є критичним і згідно з доказовим менеджментом не дає змоги медичним працівникам забезпечити надання доступної та якісної медичної первинної допомоги. При значному дефіциті лікарських та медсестринських кадрів рівень забезпеченості ними значно відрізняється в розрізі адміністративних територій.

Значна різниця встановлена у забезпеченні населення різних адміністративних територій спеціалізованою амбулаторно-поліклінічною допомогою. При цьому тільки 83 % будівель, в яких розташовані заклади, відповідає СНІПам, а 60 % мають необхідне обладнання.

Забезпеченість населення госпітальними ліжками теж суттєво відрізняється в розрізі адміністративних територій, що відповідно впливає на рівень госпіталізації населення. При цьому тільки 74 % будівель в яких розташовані заклади відповідає СНІПам, 40 % мають необхідне обладнання. Аналіз показників використання ліжкового фонду закладів охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги вказує на неоднорідне і часто нераціональне утримання надмірного ліжкового фонду, що при автономізації закладів призведе до його скорочення, а відповідно до скорочення допоміжних служб та персоналу.

У ході проведеного соціологічного дослідження встановлено низький рівень теоретичних знань та відповідно готовності осіб, які приймають рішення, організаторів охорони здоров'я та працівників економічних служб охорони здоров'я з питань підготовки закладів охорони здоров'я до автономізації та роботи в умовах підприємства.

Методом експертного дослідження щодо автономізації закладів охорони здоров'я були встановлені переваги комунального некомерційного підприємства над комунальною установою, ризики та перепони перетворення комунальної установи в комунальне некомерційне підприємство.

Базуючись на отриманих у ході дослідження результатах та аналізі законодавчої бази України була розроблена модель підготовки закладів охорони здоров'я до автономізації.

Центральним елементом моделі виступають заклади охорони здоров'я, які підлягають автономізації.

Суб'єктом управління в даній моделі є департамент охорони здоров'я облдержадміністрації, який забезпечує виконання чинного законодавства України в регіоні та виступає на рівні регіону головним комунікатором з даного питання і, при необхідності, проводить адвокацію на рівні адміністративних територій, в тому числі серед представників органів місцевого самоурядування.

Об'єктом комунікаційного та управлінського впливу в даній моделі виступають власники та керівники закладів охорони здоров'я, які створюють комплексну робочу групу з підготовки ЗОЗ до автономізації.

Блок наукового регулювання діяльності моделі включає законодавчу базу України з даного питання, міжнародний та національний досвід діяльності ЗОЗ в якості неприбуткових підприємств та їх підготовки до зміни організаційно-правової форми із бюджетних установ на неприбуткові комунальні підприємства, результати соціологічних досліджень серед осіб, які приймають рішення, організаторів охорони здоров'я, працівників економічних служб системи охорони здоров'я, медичних працівників, населення.

Важливою складовою моделі є підготовка організаторів охорони здоров'я, працівників кадрових та економічних служб ЗОЗ до роботи у нових організаційно-правових та господарських умовах в результаті перетворення ЗОЗ установи в ЗОЗ неприбуткове підприємство.

При розробці моделі виділені наступні напрямки діяльності: аналітичний, комунікаційний, нормотворчий, організаційний, управлінських рішень власника ЗОЗ.

Представляємо основний зміст вказаних напрямків діяльності.

Організаційний. Після прийняття політичної волі власника ЗОЗ про проведення автономізації ЗОЗ із зміною його організаційного-правового статусу із бюджетної установи в комунальне некомерційне підприємство затверджується робоча група із ефективного забезпечення даного процесу та затверджується детальний план заходів. До організаційних заходів відноситься попередження профспілкового комітету та працівників ЗОЗ про зміну організаційно-правового статусу ЗОЗ, умов праці, зміну систему оплати праці працівників закладу, можливі зміни в посаді та можливе скорочення.

Важливим організаційним заходом є представлення власнику закладу охорони здоров'я проведеного комплексного аналізу та реальних потреб із забезпечення надання медичних послуг у відповідності до галузевих стандартів та вирішення з власником перспективного плану забезпечення ЗОЗ необхідними умовами та ресурсами.

З метою забезпечення ефективної діяльності ЗОЗ та забезпечення його фінансування в сучасних умовах реформи охорони здоров'я важливою складовою

організаційного етапу є визначення рівня конкурентоспроможності ЗОЗ при його функціонуванні в організаційно-правовому статусі підприємства та при новій системі фінансування в умовах впровадження гарантованого пакету медичної допомоги. На основі визначення конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я рекомендується розробка детального плану забезпечення конкурентоздатності ЗОЗ.

Аналітичний. Аналітична робота проводиться в декількох напрямках.

1) Аналіз та прогноз медико-демографічної ситуації на території, як основи в потребі медичної допомоги;

2) Аналіз та прогноз звертальності населення за різними видами медичної допомоги, якості наданої медичної допомоги та розробка механізмів її безперервного підвищення та забезпеченості надання у відповідності до галузевих стандартів. Аналіз незабезпеченої медичної допомоги та умовно необґрунтованої госпіталізації;

3) Аналіз відповідності будівель та споруд СНПам, можливостей забезпеченості санітарно-епідеміологічного режиму в ЗОЗ;

4) Аналіз ресурсного забезпечення у відповідності до надання якісної медичної допомоги та раціональності використання ресурсів з розробкою заходів із раціонального використання ресурсів;

5) Комплексний аналіз кадрового забезпечення, ефективності штатної посади.

6) Аналіз витрат на прибирання приміщень, утримання території ЗОЗ та можливості замовлення клінінгових послуг за господарським договором;

7) Аналіз витрат на прання білизни та спецодягу і можливості замовлення даних послуг за господарським договором;

8) Аналіз витрат на організацію харчування пацієнтів та можливості замовлення кейтерингових послуг за господарським договором.

Комунікаційний. Даний розділ діяльності є важливим в процесі підготовки до автономізації ЗОЗ. Він передбачає формування цільових груп комунікаційного впливу та визначення комунікаторів по роботі з кожною цільовою групою

комунікативного впливу. Визначено наступні цільові групи комунікативного впливу: особи, які приймають рішення (депутатський корпус), організатори охорони здоров'я, медичні працівники, працівники економічних та кадрових служб системи охорони здоров'я. Особливою групою комунікативного впливу є працівники засобів масової інформації, які мають доносити до населення об'єктивну інформацію, яка стосується змін в отриманні медичної допомоги населення в умовах автономізації ЗОЗ та впровадження в дію Закону України „Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII. Комунікатори в даному процесі визначаються в залежності від рівня комунікації. На регіональному рівні це працівники департаменту охорони здоров'я ОДА, а в адміністративній території – організатори охорони здоров'я, які є прихильниками реформ.

Рекомендується до процесу комунікацій залучати працівників кафедр соціальної медицини та організації охорони здоров'я вищих навчальних закладів, які мають провести відповідну підготовку організаторів охорони здоров'я, медичних працівників, працівники економічних та кадрових служб системи охорони здоров'я до роботи в нових умовах господарювання та з питань підготовки ЗОЗ до автономізації.

Нормотворчий. Даний розділ роботи полягає в обґрунтування та розробці низки проектів документів до яких відносяться проекти структури та потужності ЗОЗ, штатного розпису та посадових інструкцій працівників, фінансового плану, системи оплати праці, можливого переліку платних послуг та обрахунку їх собівартості, договорів з закладами охорони здоров'я на можливість сумісного надання медичної допомоги, договорів державно-приватного партнерства з надання медичної допомоги пацієнтам, договорів з господарської діяльності закладу охорони здоров'я, колективного договору.

Управлінські рішення власника ЗОЗ. До рішень, які має прийняти власник ЗОЗ відноситься наступне:

- 1) Рішення про припинення діяльності ЗОЗ – бюджетної установи та його перетворення в ЗОЗ - неприбуткове комунальне (державне) підприємство;

2) Затвердження комісії і її голови з реорганізації закладу охорони здоров'я;

3) Встановлення порядку і терміну заявок кредиторів до ЗОЗ, який реорганізовується.

Прийняті документи передаються для реєстрації державному реєстратору.

Затверджена власником комісія готує попередній акт передачі майнового комплексу в оперативне управління новоствореному ЗОЗ - неприбутковому комунальному (державному) підприємству.

В подальшому власник приймає наступні рішення.

4) Затверджує акт передачі майнового комплексу в оперативне управління новоствореному ЗОЗ - неприбутковому комунальному (державному) підприємству;

5) Приймає рішення про створення ЗОЗ - неприбуткового комунального (державного) підприємства;

6) Затверджує статут ЗОЗ - неприбуткового комунального (державного) підприємства.

Дані документи є основою для реєстрації новоствореного ЗОЗ - неприбуткового комунального (державного) підприємства.

Оголошує конкурс на призначення керівника новоствореного ЗОЗ - неприбуткового комунального (державного) підприємства.

Впровадження запропонованої моделі не потребує додаткових фінансових ресурсів крім тих, що необхідні для перереєстрації автономізованого закладу охорони здоров'я у відповідності до державних тарифів.

Розроблено навчальний план тематичного удосконалення (ТУ) організаторів охорони здоров'я з питань підготовки закладів охорони здоров'я до автономізації ЗОЗ. На курсах ТУ в ДВНЗ „Ужгородський національний університет” проведено підготовку до проведення автономізації головних лікарів центрів ПМСД та головних лікарів ЗОЗ, які надають спеціалізовану медичну допомогу.

Запропонована модель позитивно оцінена незалежними експертами (9,6 балів) та рекомендується до впровадження в систему охорони здоров'я України.

Ключові слова: Закарпатська область, заклади охорони здоров'я, автономізація, підготовка, модель, наукове обґрунтування.

СПИСОК ОСОБИСТИХ РОБІТ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

1. Скрип В. В. Методичні підходи до автономізації закладів охорони здоров'я / Г.О.Слабкий, В.В.Скрип // Intermedical Journal. Словаччина – 2015. – № IV (6). – С. 20–25. *(Дисертантом проведено збір та обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів, написання статті).*

2. Скрип В. В. Характеристика мережі закладів охорони здоров'я Закарпатської області / В. В. Скрип // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 4 (36). – С. 58–61.

3. Скрип В. В. Характеристика населення Закарпатської області та основні показники його здоров'я / В. В. Скрип // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 4 (40). – С. 93–99.

4. Скрип В. В. Оперативні політики як перешкоди на шляху автономізації закладів охорони здоров'я та можливі шляхи усунення таких політик / В. В. Скрип // Україна. Здоров'я нації. - 2017. - № 4/1 (41). - С. 189-195.

5. Скрип В. В. Результати експертного дослідження щодо автономізації закладів охорони здоров'я / В. В. Скрип // Україна. Здоров'я нації. - 2017. - № 3 (44). - С. 232-234.

6. Скрип В. В. Готовність та спроможність системи охорони здоров'я регіонального рівня до автономізації закладів охорони здоров'я (за результатами соціологічного дослідження) / В. В. Скрип // Україна. Здоров'я нації. - 2017. - № 4/1 (46). - С. 101-107.

7. Скрип В.В. Аналіз системи охорони здоров'я Закарпатської області / В.В. Скрип // Економіка і право охорони здоров'я. - 2017. - № 2 (6). - С. 76-81.

8. Скрип В. В. Алгоритм підготовки закладів охорони здоров'я до зміни правового статусу на неприбуткові некомерційні підприємства / В. В. Скрип,

Г. О. Слабкий, І.С. Миронюк // Intermedical Journal. Словаччина. 2018. - № I (11). – С. 26-31.

9. Skryn Vasyl V. Characteristic of morbidity indices and prevalence of diseases among the population of transcarpathian region/ Vasyl V. Skryn, Ivan S. Mirnyk, Gennadiy O. Slabkiy // Wiadomosci Lekarskie. 2018. Tom LXXI, №5. – P. 1050-1055. *(Дисертантом проведено збір та обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів, написання статті).*

10. Скрип В. В. Характеристика системи охорони здоров'я Регіонів України. Закарпатська область/Регіональні системи охорони здоров'я України. 2014 рік. [Монографія]. Частина I. // В.В.Скрип, Г.О.Слабкий. Київ, 2015 - С.198-227. *(Дисертантом проведено збір та статистичну обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів, написання розділу монографії).*

Опубліковані праці апробаційного характеру

11. Скрип В. В. Щодо готовності організаторів охорони здоров'я Закарпаття до автономізації лікувальних закладів / В. В. Скрип // Збірник матеріалів науково-практичної конференції з міжнародною участю „Організація і управління охороною здоров'я 2015” 20-21 жовтня 2015 року. – м. Київ. – 2015. – С. 44.

12. Можливий алгоритм дій з реорганізації бюджетних закладів охорони здоров'я в комунальні некомерційні підприємства на прикладі центральної районної лікарні / Г. О. Слабкий, В. В. Скрип, І.М. Рогач, Л.О. Качала, Р.Ю.Погоріляк /Тези доповідей МНПК „Можливості превентивного та лікувального впливу на соціально значимі захворювання в закладах первинної медико-санітарної допомоги”, 12-13.04.2016 р., м. Ужгород// Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 1-2 (37-38). – С. 261.

13. Скрип В. В. До готовності економічних служб закладів охорони здоров'я працювати в автономному режимі / Г.О.Слабкий, В. В. Скрип /Тези доповідей МНПК присвяченої Всесвітньому Дню здоров'я 2016 „Переможемо діабет”. 07.04.2016, м. Київ//Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2016. – № 1 (26). – С. 117-118.

14. Щодо підготовки закладів охорони здоров'я до роботи в умовах автономізації / Г.О. Слабкий, В. В. Скрип, І.М. Рогач, Л.О. Качала, Р.Ю. Погоріляк // Матеріали XVI Конгресу Світової Федерації Українських Лікарських Товариств (8-23 серпня 2016 р., м. Берлін – м. Київ) : матеріали., – Одеса: Видавництво Бартенєва, 2016 – С 249 : ISBN 978-966-1601-05-4.

15. Скрип В. В. Компетенції організаторів охорони здоров'я в умовах автономізації закладів охорони здоров'я та шляхи їх формування / Г.О.Слабкий, Ю. В. Веклинець, В. В. Скрип // Кадрова політика у сфері охорони здоров'я в умовах загроз національній безпеці України: матеріали щорічної Всеукраїнської науково-практичної конференції за міжнародною участю (м. Київ, 23.03.2017р / за заг. ред. В.С. Куйбіди, В.М. Князевича, Н.О. Васюк – К.: ТОВ „ДКС-Центр,, С. 148-151.

16. Współczesne podejścia do reformowania systemu stacjonarnej opieki medycznej w Ukrainie / G.Slabky, T. Gutor, O. Kachyr, V.Skryp, T.Shyp // Dni Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego „Współczesne Wyzwania Zdrowia Publicznego – Polska 2016”. – Naukowy Komunikat Konferencyjny. –Jurata, 2–4 czerwiec 2016 r. –ISBN 978-83-7090-145-5. – Jurata: Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego, 2016, s. 69

17. Скрип В.В. Особливості підготовки закладів охорони здоров'я до автономізації в умовах їх конкуренції з різними формами власності / В.В. Скрип І.С. Миронюк, Г.О. Слабкий // Матеріали VII міжнародного медичного конгресу „Впровадження сучасних досягнень медичної науки у практику охорони здоров'я України” (м.Київ, 25-27 квітня 2018 року). – С. 12.

18. Скрип В.В. Питання підготовки закладів охорони здоров'я до зміни правового статусу на комунальні некомерційні підприємства/ Г.О. Слабкий, І.С. Миронюк, В. В. Скрип // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю до Всесвітнього Дня здоров'я 2018 р „Загальне охоплення послугами охорони здоров'я – для всіх і всюди”. - 5-6 квітня 2018 р., м. Київ. - С. 83-86.

19. Скрип В.В. До питання автономізації закладів охорони здоров'я в умовах впровадження Закону України „Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” / В. В. Скрип, І. С. Миронюк, Г. О. Слабкий //Тези доповідей 72-ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького складу ДВНЗ „Ужгородський національний університет”. Ужгород. 2018. – С. 81-82.

20. Preparing of Healthcare Institutions to Change of Their Legal Status For Nonprofit Enterprises/ Gennady Slabkiy, Oleh Lyubinetz, Vasyl Skryp, Ivan Mironyuk // International paediatric conference. Abstract book. The faces of contemporary pediatrics from clinical problems to public health.24-26 may 2018, Rzeszow, Poland. P.87. ISBN 978-83-7996-541-0

Опубліковані праці, які додатково відображають результати дисертації

21. Контроль якості медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я : метод. рекомендації / уклад. : І. В. Чопей, І. М. Рогач, Г. О. Слабкий, В. В. Скрип, та ін. ; Ужгородський національний університет – Ужгород, 2014. – 45 с.

22. Методичні підходи до проведення автономізації закладів охорони здоров'я в Україні / Г. О. Слабкий, В. В. Скрип, І.М. Рогач, Л.О. Качала, Р.Ю. Погоріляк, С.В. Істомін, П.М. Лисенко// Реєстр галузевих нововведень. Реєстр. № 338/2/15. Вип. 2, том 1. -2016.

23. Скрип В.В. Методологія оцінки стану здоров'я населення та діяльності системи охорони здоров'я в регіональному аспекті/ Г.О. Слабкий, С.В. Дудник, В.В. Скрип // Перелік наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я (*випуск 3*). Реєстр. № 251/3/16.

24. Скрип В. В. Оперативні політики як перешкода до зміни юридичного статусу закладів охорони здоров'я та проведення їх автономізації/ / Г.О. Слабкий, І.С. Миронюк, В. В. Скрип // Перелік наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я (*випуск 3*). Реєстр. № 253/3/16.

Summary

Skryp V.V. Medico-social substantiation of the training model of health care institutions for autonomy - Qualification scientific work on the rights of the manuscript.

Dissertation for the Philosophy Doctoral degree, Candidate of Medical Sciences (specialty 14.02.03 „Social Medicine,, (22 - Healthcare).

The dissertation was performed at the state institution „Ukrainian Institute of Strategic Studies of the Ministry of Healthcare of Ukraine”. Kyiv, 2018.

The thesis is defended at the Uzhhorod National University, Uzhhorod, 2018.

The dissertation is devoted to the decision of an important scientific and practical task of health care - a scientific model of the health care institutions preparation for their autonomy.

The objectives of the study were comprehensive and aimed at achieving the goal. They were based on a systematic approach and their implementation ensured the achievement of the research goal. The study volume was calculated and provided representative results.

Achievement of the research goal required the development of a special program, which envisaged its implementation in six organizational stages using appropriate methods, each of which carried out interrelated tasks, which gave an opportunity to provide a systematic approach to the study and obtain representative results for the evaluation of the research object.

The scientific novelty lies in the fact that:

- the problems of changing the health care institutions organizational-legal form (autonomy) from budget institutions to communal non-profit enterprises was systematically presented in Ukraine for the first time;
- ways of their solution with the achievement of positive medical, economic and social results in the conditions of healthcare reform;
- the level of readiness and capacity of the regional healthcare system to autonomy was researched;

- operational policies are identified as obstacles to changing the legal status of health care institutions to their autonomy;
- the model of health care institutions' training for autonomy was scientifically substantiated and its medical, social and economic efficiency were assessed.

Improved: preparation of healthcare organizers and employees of economic services of health care institutions to change the organizational and legal form (autonomy) of health facilities from budget institutions to communal non-profit enterprises.

Analysis of the legislative framework of Ukraine on the issues of autonomy of health care institutions has found further development.

The study found that the main demographic indicators, which include fertility, mortality and natural population growth also have significant differences in the context of administrative territories and require different levels of medical care and, accordingly, resource base.

In total in the region there are 651 healthcare facilities. 45 % of them are institutions of primary health care and 44 % of pre-hospital care institutions. In the territory of all administrative territories there are institutions in which secondary medical care is provided.

In order to provide quality medical care, family outpatient clinic should have a resource that meets industry standards. The level of availability of motor vehicles, ECGs, computer equipment and Internet access as a whole is critical and, according to evidence-based management, does not allow health care workers to provide affordable and quality medical primary care. With a significant deficiency of medical and nursing personnel, their level of provision varies considerably in the context of administrative territories.

A significant difference was established to provide the population with secondary outpatient clinics at different administrative territories. At the same time, only 83 % of buildings in which the institutions are located meet state building regulations (SBRs), and 60 % have the necessary equipment.

The provision of the population by hospital beds also significantly differs in terms of administrative territories, which, accordingly, affects the level of hospitalization of the population. At the same time, only 74 % of buildings in which the institutions are located corresponds to the SBRs, 40 % have the necessary equipment. An analysis of the use of the hospital beds fund of secondary health care institutions indicates the miscellaneous and often irrational maintenance of an excessive bed fund, which, with the autonomy of the institutions, will reduce it, and together with it will lead to reduction of support services and staff.

In the course of the conducted sociological research, a low level of theoretical knowledge and, accordingly, the readiness of decision makers, healthcare organizers and employees of the economic services of healthcare on the issues of health care facilities preparation to autonomy and work in the enterprise conditions was established.

The method of expert research on the autonomy of health care establishments further identified the benefits of a communal non-profit enterprise over a municipal institution, the risks and barriers of transforming a municipal institution into a communal non-profit enterprise.

Based on the results obtained during the study and the analysis of the legislative framework of Ukraine, we have developed a model for the preparation of health care institutions (HCI) for autonomy.

The central element of the model is the health care institutions that are subject to autonomy.

The subject of management in this model is the Department of Healthcare of the Regional State Administration, which ensures the implementation of the current legislation of Ukraine in the region and acts as the main communicator on this issue at the regional level and, if necessary, advocates this issue at the level of administrative territories, including among representatives of local self-government bodies.

The object of communicative and managerial influence in this model is the owners and heads of health care institutions that create a comprehensive working group on the preparation of the healthcare facilities for autonomy.

The block of scientific regulation of the model's activity includes the legislative basis of Ukraine on this issue, international and national experience of the activities of healthcare facilities as non-profit enterprises and their preparation for the change of the organizational-legal form from budget institutions to non-profit utilities, the results of sociological research among those who receive decisions, healthcare organizers, employees of the economic services of the health care system, medical workers, and the population.

An important component of the model is the preparation of healthcare organizers, personnel of the human resources department and economic services of the Health Care Institutions for work in new organizational, legal and economic conditions as a result of the HCI transformation to a nonprofit enterprise.

In developing the model, we have identified the following areas of activity: analytical, communication, rule-making, organizational, managerial decisions of the HCI owner.

Consider the main content of these activities.

Organizational. After the acceptance the political will of the HCI owner on the autonomy of the HCI with the change of its organizational-legal status from a budgetary institution to the communal non-profit enterprise, the working group on the effective implementation of this process and a detailed plan of events are approved. Organizational measures include the notification of the trade union committee and the staff on the change of the organizational and legal status of the HCI, working conditions, changes in the system of remuneration of employees of the institution, possible changes in the position and possible reduction.

An important organizational measure is to provide the owner of the health care facility with a comprehensive analysis and real needs for providing medical services in accordance with industry standards and to resolve with the owner the long-term plan for providing the necessary conditions and resources to the HCI.

An important component of the organizational phase is the determination of the competitiveness level of the HCI when it operates in the organizational and legal status of the enterprise and under the new financing system in the context of the

implementation of a guaranteed health care package, in order to ensure the effective functioning of the HCI and ensure its financing in the current conditions of health care reform. Based on the definition of the competitiveness of the health care institution, it is recommended to elaborate a detailed plan for ensuring the competitiveness of the HCI.

Analytical. Analytical work is carried out in several directions.

1) Analysis and forecast of the medical and demographic situation in the territory as the basis for the need for medical care;

2) Analysis and forecast of the population's request for various types of medical care, the quality of medical care provided, and the development of mechanisms for its continuous improvement and provision in accordance with industry standards. Analysis of unsecured healthcare and conditionally unjustified hospitalization;

3) Analysis of the conformity of buildings and facilities to the SBRs, the possibilities of ensuring the sanitary-epidemiological regime in the HCI;

4) Analysis of resource provision in accordance with the provision of quality medical care and rational use of resources with the development of measures for the rational use of resources;

5) Comprehensive analysis of staffing, performance of staff positions.

6) Analysis of the cleaning rooms costs, the maintenance of the HCI territory and the possibility of ordering cleaning services under a commercial contract;

7) Analysis of the cost of washing clothes and overalls and the possibility of ordering these services under a commercial contract;

8) Analysis of the costs of organizing food for patients and the possibility of ordering catering services under a commercial contract.

Communicative. This section of activity is important in the process of preparing for the autonomy of the WHO. It involves the formation of target groups of communication influence and the definition of communicators for work with each target group of communicative influence. We identified the following target groups of communicative influence: decision-makers (deputy corps), healthcare organizers, healthcare workers, and employees of the economic and personnel services of the health care system. A special group of communicative influence is the mass media who have

to communicate to the population objective information concerning changes in obtaining medical care of the population in the context of the autonomy of the HCI and the implementation of the Law of Ukraine „On State Financial Guarantees of Public Health Care” of October 19, 2017 N 2168-VIII. Communicators in this process are determined depending on the level of communication. At the regional level, they are employees of the Department of Healthcare of the RSA, and on the administrative territory are health organizers who are advocates of reforms.

It is recommended that the process of communication involve the employees of the departments of social medicine and health care organizations of higher educational institutions, which must carry out the appropriate training of healthcare organizers, medical workers, employees of the economic and personnel services of the health care system to work in the new conditions of management and on the issues of the HCI autonomy preparation.

Normative. This section of work consists in substantiating and developing a number of draft documents which include: the structure and capacity of the HCI, the staffing and job descriptions of employees, the financial plan, the remuneration system, the possible list of paid services and the calculation of their cost, contracts with health care institutions on the possibility of joint provision of medical care, contracts of public-private partnership for the provision of medical care to patients, contracts for the economic activity of the health care institution.

Management decisions of the HCI owner. The decisions to be taken by the owner of the HCI are as follows:

- 7) The decision to terminate the activities of the HCI - a budgetary institution and its transformation into a HCI - a non-profit public (state) enterprise;
- 8) 3) Approval of the commission and its chairman for the reorganization of the health care institution;
- 9) Establishing the order and terms of creditors' applications to the HCI which is being reorganized.

Accepted documents are submitted for registration to the state registrar.

The commission approved by the owner prepares a preliminary act of transfer of the property complex in the operational management of the newly established HCI - a non-profit communal (state) enterprise.

In the future the owner makes the following decisions.

10) Approve the act of transfer of property complex in operational management of the newly established HCI - a non-profit communal (state) enterprise;

11) Decides on the creation of HCI a non-profit communal enterprise (state) enterprise;

12) Approves the charter of the HCI - a non-profit communal (state) enterprise.

These documents are the basis for registration of the newly created HCI-non-profit communal (state) enterprise.

Announces a competition for the appointment of the head of the newly formed HCI-non-profit communal (state) enterprise.

The implementation of the proposed model does not require additional financial resources other than those necessary for the re-registration of an autonomous health care institution in accordance with the state tariffs.

With our participation we have developed a curriculum for the thematic improvement of health care organizers on the issues of health care institutions preparation to the autonomy. At the courses of the Thematic Improvement in UzhNU, preparations for the autonomy of the chief physicians of the Primary Medical Centers and the chief physicians of the HCI who provide specialized medical care were made.

The proposed model was positively evaluated by independent experts (9,6 балів) and recommended for introduction into the health care system of Ukraine.

Key words: Transcarpathian region, health care institutions, autonomy, preparation, model, scientific substantiation.

LIST OF PERSONAL WORKS ON THE TOPIC THESIS

Scientific papers, in which the main scientific results of the dissertation are published

1. Skryp V. V. Metodychni pidkhody do avtonomizatsii zakladiv okhorony zdorovia / H.O. Slabkyi, V.V. Skryp // Intermedical Journal. Slovakiia – 2015. –

№ IV (6). – S. 20–25. (Dysertantom provedeno zbir ta obrobku materialiv, analiz ta uzahalnennia rezultativ, napysannia statti).

2. Skryp V. V. Kharakterystyka merezhi zakladiv okhorony zdorovia Zakarpatskoi oblasti / V. V. Skryp // Ukraina. Zdorovia natsii. – 2015. – № 4 (36). – S. 58–61.

3. Skryp V. V. Kharakterystyka naselennia Zakarpatskoi oblasti ta osnovni pokaznyky yoho zdorovia / V. V. Skryp // Ukraina. Zdorovia natsii. – 2016. – № 4 (40). – S. 93–99.

4. Skryp V. V. Operatyvni polityky yak pereshkody na shliakhu avtonomizatsii zakladiv okhorony zdorovia ta mozhlyvi shliakhy usunenennia takykh polityk / V.V. Skryp // Ukraina. Zdorovia natsii. - 2017. - № 4/1 (41). - S. 189-195.

5. Skryp V. V. Rezultaty ekspertnoho doslidzhennia shchodo avtonomizatsii zakladiv okhorony zdorovia / V.V. Skryp // Ukraina. Zdorovia natsii. - 2017. - № 3 (44). - S. 232-234.

6. Skryp V. V. Hotovnist ta spromozhnist systemy okhorony zdorovia rehionalnogo rivnia do avtonomizatsii zakladiv okhorony zdorovia (za rezultatamy sotsiolohichnoho doslidzhennia) / V.V. Skryp // Ukraina. Zdorovia natsii. - 2017. - № 4/1 (46). - S. 101-107.

7. Skryp V. V. Analiz systemy okhorony zdorovia Zakarpatskoi oblasti / V.V. Skryp // Ekonomika i pravo okhorony zdorovia. - 2017. - № 2 (6). - S. 76-81.

8. Skryp V. V. Alhorytm pidhotovky zakladiv okhorony zdorovia do zminy pravovoho statusu na neprybutkovi nekomertiini pidpriemstva / V. V. Skryp, H. O. Slabkyi, I. S. Myroniuk // Intermedical Journal. Slovakiia. 2018. - № I (11). – S. 26-31.

9. Skryn Vasyl V. Cnarakteristic of morbidity indeces and prevalence of diseases among the population of transcarpathian region/ Vasyl V. Skryn, Ivan S. Mironyk, Gennadiy O. Slabkiy // Wiadomosci Lekarskie. 2018. Tom LXXI, №5. – P. 1050-1055. (Dysertantom provedeno zbir ta obrobku materialiv, analiz ta uzahalnennia rezultativ, napysannia statti).

10. Skryp V. V. Kharakterystyka systemy okhorony zdorovia Rehioniv Ukrainy. Zakarpatska oblast/Rehionalni systemy okhorony zdorovia Ukrainy. 2014 rik. [Monohrafiia]. Chastyna I. // V.V.Skryp, H.O.Slabkyi. Kyiv, 2015 - S.198-227. (Dysertantom provedeno zbir ta statystychnu obrobku materialiv, analiz ta uzahalnennia rezultativ, napysannia rozdil monohrafii).

Published work of approbatory character

11. Skryp V. V. Shchodo hotovnosti orhanizatoriv okhorony zdorovia Zakarpattia do avtonomizatsii likuvalnykh zakladiv / V. V. Skryp // Zbirnyk materialiv naukovo-praktychnoi konferentsii z mizhnarodnoiu uchastiu „Orhanizatsiia i upravlinnia okhoronoiu zdorovia 2015” 20-21 zhovtnia 2015 roku. – m. Kyiv. – 2015. – S. 44.

12. Mozhlyvyi alhorytm dii z reorhanizatsii biudzhetykh zakladiv okhorony zdorovia v komunalni nekomertsii pidpriemstva na prykladi tsentralnoi raionnoi likarni / H.O.Slabkyi, V. V. Skryp, I.M.Rohach, L.O.Kachala, R.Iu.Pohoriliak /Tezy dopovidei MNPK „Mozhlyvosti preventyvnoho ta likuvalnoho vplyvu na sotsialno znachymi zakhvoriuvannia v zakladakh pervynnoi medyko-sanitarnoi dopomohy”, 12-13.04.2016 r., m. Uzhhorod// Ukraina. Zdorovia natsii. – 2016. – № 1-2 (37-38). – S. 261.

13. Skryp V. V. Do hotovnosti ekonomichnykh sluzhb zakladiv okhorony zdorovia pratsiuvaty v avtonomnomu rehymy / H.O.Slabkyi, V. V. Skryp /Tezy dopovidei MNPK prysviachenoi Vsesvitnomu Dniu zdorovia 2016 „Peremozhemo diabet”. 07.04.2016, m. Kyiv//Skhidnoievropeiski zhurnal hromadskoho zdorovia. – 2016. – № 1 (26). – S. 117-118.

14. Shchodo pidhotovky zakladiv okhorony zdorovia do roboty v umovakh avtonomizatsii / H.O.Slabkyi, V. V. Skryp I.M.Rohach, L.O.Kachala, R.Iu.Pohoriliak // Materialy KhVI Konhresu Svitovoi Federatsii Ukrainskyi Likarskykh Tovarystv (8-23 serpnia 2016 r., m. Berlin – m. Kyiv) : materialy., – Odesa: Vydavnytstvo Bartenieva, 2016 – S 249 : ISBN 978-966-1601-05-4.

15. Skryp V. V. Kompetentsii orhanizatoriv okhorony zdorovia v umovakh avtonomizatsii zakladiv okhorony zdorovia ta shliakhy yikh formuvannia / H.O.Slabkyi, Yu. V. Veklynets, V. V. Skryp // Kadrova polityka u sferi okhorony zdorovia v

umovakh zahroz natsionalnii bezpetsi Ukrainy: materialy shchorichnoi Vseukrainskoi naukovo-praktychnoi konferentsii za mizhnarodnoiu uchastiu (m. Kyiv, 23.03.2017r / za zah. ped. V.S. Kuibidy, V.M. Kniazevycha, N.O. Vasiuk – K.: TOV „DKS-Tsentr,, S. 148-151.

16. Współczesne podejścia do reformowania systemu stacjonarnej opieki medycznej w Ukrainie/ G.Slabky, T. Gutor, O. Kachyr, V. Skryp, T. Shyp // Dni Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego „Współczesne Wyzwania Zdrowia Publicznego – Polska 2016”. – Naukowy Komunikat Konferencyjny. – Jurata, 2–4 czerwiec 2016 r. – ISBN 978-83-7090-145-5. – Jurata: Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego, 2016, s. 69.

17. Skryp V.V. Osoblyvosti pidhotovky zakladiv okhorony zdorovia do avtonomizatsii v umovakh yikh konkurentsii z riznymy formamy vlasnosti / V.V. Skryp I.S. Myroniuk, H.O. Slabkyi // Materialy VII mizhnarodnoho medychnoho konhresu „Vprovadzhennia suchasnykh dosiahnen medychnoi nauky u praktyku okhorony zdorovia Ukrainy” (m.Kyiv, 25-27 kvitnia 2018 roku). – S. 12.

18. Skryp V.V. Pytannia pidhotovky zakladiv okhorony zdorovia do zminy pravovoho statusu na komunalni nekomertsiiini pidpriemstva/ H. O. Slabkyi, I. S. Myroniuk, V. V. Skryp // Materialy naukovo-praktychnoi konferentsii z mizhnarodnoiu uchastiu do Vsesvitnoho Dnia zdorovia 2018 r „Zahalne okhoplennia posluhamy okhorony zdorovia – dlia vsikh i vsiudy”. - 5-6 kvitnia 2018 r., m. Kyiv. - S. 83-86.

19. Skryp V. V. Do pytannia avtonomizatsii zakladiv okhorony zdorovia v umovakh vprovadzhennia Zakonu Ukrainy „Pro derzhavni finansovi harantii medychnoho obsluhovuvannia naselennia” / V.V. Skryp, I.S. Myroniuk, H.O. Slabkyi // Tezy dopovidei 72-yi pidsumkovoï naukovoï konferentsii profesorsko-vykladatskoho skladu UzhNU. Uzhhorod. 2018. – S. 81-82.

20. Preparing of Healthcare Institutions to Change of Their Legal Status For Nonprofit Enterprises/ Gennady Slabkiy, Oleh Lyubinets, Vasyl Skryp, Ivan Mironyuk // International paediatric conference. Abstract book. The faces of contemporary

pediatrics from clinical problems to public health. 24-26 may 2018, Rzeszow, Poland. P.87. ISBN 978-83-7996-541-0.

Published works, which further reflect the results of the dissertation

21. Kontrol yakosti medychnoi dopomohy na rivni zakladu okhorony zdorovia : metod. rekomendatsii / uklad. : I. V. Chopei, I. M. Rohach, H. O. Slabkyi, V. V. Skryp, L. O. Kachala, R. Yu. Pohoriliak, O. Yu. Kachur, R. L. Kartavtsev, V. V. Kruchanytsia; Uzhhorodskiy natsionalnyi universytet – Uzhhorod, 2014. – 45 c.

22. Metodychni pidkhody do provedennia avtonomizatsii zakladiv okhorony zdorovia v Ukraini / H.O. Slabkyi, V. V. Skryp, I. M. Rohach, L.O. Kachala, R.Iu. Pohoriliak, S.V. Istomin, P.M. Lysenko// Reiestr haluzevykh novovveden. Reiestr. № 338/2/15. Vyp. 2, tom 1. -2016.

23. Skryp V. V. Metodolohiia otsinky stanu zdorovia naseleennia ta diialnosti systemy okhorony zdorovia v rehionalnomu aspekti/ H.O.Slabkyi, S.V.Dudnyk, V.V. Skryp // Perelik naukovoï (naukovo-tekhnichnoi) produktsii, pryznachenoï dlia vprovadzhennia dosiahnen medychnoi nauky u sferu okhorony zdorov'ia (vypusk 3). Reiestr. № 251/3/16.

24. Skryp V. V. Operatyvni polityky yak pereshkoda do zminy yurydychnoho statusu zakladiv okhorony zdorovia ta provedennia yikh avtonomizatsii/ / H.O.Slabkyi, I. S. Myroniuk, V. V. Skryp // Perelik naukovoï (naukovo-tekhnichnoi) produktsii, pryznachenoï dlia vprovadzhennia dosiahnen medychnoi nauky u sferu okhorony zdorov'ia (vypusk 3). Reiestr. № 253/3/16.

ЗМІСТ

| | |
|---|----|
| Перелік умовних скорочень | 26 |
| Вступ | 27 |
| Розділ 1. Місце автономізації закладів охорони здоров'я на сучасному етапі реформування системи охорони здоров'я | 38 |
| 1.1. Сучасні підходи до реформування системи охорони здоров'я України | 38 |
| 1.2. Автономізація закладів охорони здоров'я, як механізм зміни фінансово-господарської діяльності закладів охорони здоров'я | 45 |
| 1.3. Про необхідність подальших наукових досліджень із забезпечення ефективної підготовки закладів охорони здоров'я до зміни юридичного статусу із бюджетних установ до некомерційних комунальних підприємств – автономізації | 49 |
| Розділ 2. Програма, матеріали, обсяг і методи дослідження | 53 |
| Розділ 3. Характеристика населення Закарпатської області і основних показників його здоров'я | 62 |
| 3.1. Чисельність та склад населення Закарпатської області, характеристика демографічних показників | 62 |
| 3.2. Характеристика показників захворюваності населення Закарпатської області та поширеності серед нього хвороб | 68 |
| 3.2.1. Характеристика показників захворюваності дорослого населення Закарпатської області та поширеності серед нього хвороб | 68 |
| 3.2.2. Характеристика показників захворюваності дитячого населення Закарпатської області та поширеності серед нього хвороб | 71 |
| 3.2.3. Характеристика показників захворюваності всього населення Закарпатської області та поширеності серед нього хвороб | 74 |
| 3.3. Охоплення населення Закарпатської області диспансерним наглядом | 79 |
| Висновки за розділом | 82 |

| | |
|---|-----|
| | 24 |
| Розділ 4. Характеристика системи надання медичної допомоги населенню та основних показників діяльності | 85 |
| 4.1. Аналіз мережі закладів охорони здоров'я Закарпатської області | 85 |
| 4.2. Організація первинної медичної допомоги в області | 87 |
| 4.3. Аналіз закладів охорони здоров'я вторинної медичної допомоги | 96 |
| 4.3.1. Вторинна амбулаторно-поліклінічна допомога..... | 96 |
| 4.3.2. Вторинна стаціонарна допомога..... | 100 |
| Висновки за розділом | 108 |
| Розділ 5. Результати соціологічного дослідження серед різних категорій населення з питань автономізації закладів охорони здоров'я ... | 112 |
| 5.1. Результати соціологічного дослідження серед організаторів охорони здоров'я з питань автономізації закладів охорони здоров'я | 112 |
| 5.2. Результати соціологічного дослідження серед працівників фінансових та економічних служб закладів охорони здоров'я з питань автономізації закладів охорони здоров'я | 119 |
| 5.3. Результати соціологічного дослідження серед представників органів місцевого самоурядування з питань автономізації закладів охорони здоров'я | 124 |
| Висновки за розділом | 127 |
| Розділ 6. Обґрунтування та характеристика функціонально-організаційної моделі підготовки та проведення зміни організаційно-правової форми (автономізації) закладів охорони здоров'я із бюджетних установ в комунальні неприбуткові підприємства | 129 |
| 6.1. Результати експертного дослідження щодо автономізації закладів охорони здоров'я | 130 |
| 6.2. Характеристика функціонально-організаційної моделі підготовки та проведення зміни організаційно-правової форми (автономізації) закладів охорони здоров'я із бюджетних установ в | 133 |

| | |
|---|-----|
| комунальні неприбуткові підприємства | |
| 6.3. Алгоритм підготовки закладів охорони здоров'я до зміни правового статусу на неприбуткові підприємства | 139 |
| 6.4. Підготовка організаторів охорони здоров'я та керівників економічних і кадрових служб закладів охорони до роботи в умовах автономізованого закладу охорони здоров'я | 146 |
| 6.5. Експертна оцінка моделі підготовки закладів охорони здоров'я до автономізації | 147 |
| Висновки за розділом | 149 |
| Висновки | 152 |
| Практичні рекомендації..... | 156 |
| Список використаних джерел літератури | 158 |
| Додатки..... | 180 |

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

| | |
|-------|--|
| АЗПСМ | Амбулаторії загальної практики – сімейної медицини |
| ГЗ | Громадське здоров'я |
| ЄС | Європейський союз |
| ЗОЗ | Заклади охорони здоров'я |
| ЗПСМ | Загальна практика-сімейна медицина |
| КМУ | Кабінет Міністрів України |
| КНП | Комунальне некомерційне підприємство |
| МНПК | Міжнародна науково-практична конференція |
| МОЗ | Міністерство охорони здоров'я |
| НПК | Науково-практична конференція |
| НСЗУ | Національна служба здоров'я України |
| ОДА | Обласна державна адміністрація |
| ПМСД | Первинна медико-санітарна допомога |
| РЛ | Районна лікарня |
| ФАП | Фельдшерсько-акушерський пункт |
| ЦПМСД | Центр первинної медико-санітарної допомоги |
| ЦРЛ | Центральна районна лікарня |

ВСТУП

Актуальність теми. В Україні проводиться комплексне реформування системи охорони здоров'я (Лехан В. М., 2016, 2017). Трансформація галузі охоплює практично всі сторони її діяльності: структурну перебудову (Гойда Н.Г., 2016, 2017), систему фінансування (Шевченко М. В., 2016, 2017; Дорошенко О. А., 2016), організацію роботи медичного персоналу (Вежновець Т. А. 2016, 2017) та його професійну підготовку (Вороненко Ю. В., 2016), запровадження електронної системи охорони здоров'я (Коваленко О. С., 2016, 2017; Чебан В. І., 2018) тощо.

Основні напрями трансформації визначені на законодавчому рівні (ВРУ, 2017) та підкріплені урядовими актами (КМУ, 2016, 2017, 2018).

Одним із ключових завдань реформи фінансування системи охорони здоров'я населення є автономізація закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), тобто зміна організаційно-правової форми із бюджетних установ на комунальні некомерційні підприємства (КНП), що дозволяє сформувати конкурентне середовище на єдиному ринку медичних послуг (КМУ, 2016; Слабкий Г. О. 2015, 2017). Узагальнення передового досвіду, зокрема Європи, свідчить, що діяльність медичних закладів в автономному режимі (Saltman R. B., Rico A., Boerma W.G.W., 2006) є найбільш ефективною (Schoen C., 2005; McKee M. et al., 2008).

В Україні автономізацію окремих ЗОЗ було апробовано в рамках проекту ЄС «Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні» (Малагардіс А., Рудий В., 2005; Рудий В. М., 2005, 2006), однак цей досвід не набув поширення через відсутність на той час належної законодавчої бази.

Після прийняття 2017 року Законів України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я», «Про додаткові фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» та створення Національної служби здоров'я України (НСЗУ), яка укладає угоди на фінансування наданих послуг в межах державної програми медичних гарантій виключно із медичними закладами,

що є КНП (КМУ, 2017; Гавриш Т. С., Рудий В. М., Хитрова О. М. та ін., 2018), автономізація ЗОЗ стала вимогою часу.

Для полегшення процесу цих змін МОЗ України видало Методичні рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства, де робоча група юристів-експертів на основі чинної законодавчої бази розробила (2017) алгоритм дій перетворення ЗОЗ в КНП, скоригований і оновлений (2018) за результатами його реалізації на постачальниках первинної медичної допомоги (ПМД). Попри безперечну цінність цих рекомендацій, вони концентруються головним чином на організаційно-правових аспектах та уніфікації технології автономізації ЗОЗ. В той же час, на рівні окремих адміністративних одиниць існують відмінності: соціально-економічні, соціально-психологічні, медико-демографічні, медико-географічні та інші, які безумовно можуть впливати на підготовку і проведення автономізації та подальшу діяльність медичних закладів в абсолютно нових для більшості їх власників та керівників умовах господарювання в конкурентному середовищі. Однак, у сучасній вітчизняній науковій літературі робіт, присвячених комплексному аналізу впливу регіональних особливостей на успішність автономізації та конкурентоспроможність ЗОЗ, критично мало. Потреба у таких дослідженнях акцентується тим, що процес автономізації медичних закладів не завершений і буде тривати впродовж найближчих років на рівні вторинної і третинної медичної допомоги.

Сказане обумовило актуальність дослідження, визначило його мету та завдання, стало основою для вибору методичного апарату і дизайну дослідження.

Зв'язок роботи з науковими програмами, темами, планами. Дисертаційна робота стала фрагментом НДР: «Науковий супровід, моніторинг та оцінка моделей розвитку сфери охорони здоров'я в Україні на регіональному рівні» № державної реєстрації 0115U2852, термін виконання 2015-2017 рр., які виконувалася в ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України». Дисертант є виконавцем фрагментів НДР.

Мета дослідження – наукове обґрунтування моделі підготовки закладів

охорони здоров'я до зміни організаційно-правової форми закладів охорони здоров'я із бюджетних установ в комунальні некомерційні підприємства (автономізації) та діяльності у нових умовах господарювання.

Завдання дослідження, обумовлені поставленою метою, передбачали:

1) провести системний аналіз вітчизняних та світових наукових джерел для узагальнення існуючого досвіду щодо організації ефективної роботи закладів охорони здоров'я та вибору оптимальних варіантів їх реалізації в умовах трансформації системи охорони здоров'я України;

2) розробити спеціальну програму і методологічний інструментарій проведення наукового дослідження;

3) проаналізувати рівні та динаміку показників медико-демографічної ситуації на Закарпатті;

4) дослідити рівень забезпечення і потреби в ресурсах закладів охорони здоров'я первинної та спеціалізованої медичної допомоги, показників їх використання як факторів конкурентоспроможності в умовах впровадження ринку медичних послуг;

5) дослідити рівень готовності та спроможності керівних кадрів системи охорони здоров'я і відповідальних осіб органів місцевого самоврядування Закарпатської області до автономізації закладів охорони здоров'я та їх функціонування у нових умовах господарювання;

6) науково обґрунтувати, розробити і впровадити модель підготовки закладів охорони здоров'я до автономізації та діяльності у нових умовах господарювання;

7) розробити алгоритм впровадження на регіональному рівні моделі підготовки закладів охорони здоров'я до автономізації та діяльності у нових умовах господарювання;

8) Оцінити прийнятність та ефективність впровадження моделі та алгоритму.

Наукова база дослідження включала заклади охорони здоров'я Закарпатської області, які надають первинну та вторинну медичну допомогу

(всього 47 одиниць). Дослідження охоплювало період 2015 – 2017 роки.

Об'єкт дослідження: організація автономізації закладів охорони здоров'я.

Предмет дослідження – показники здоров'я населення, ресурсне забезпечення та показники діяльності ЗОЗ, готовність і спроможність системи охорони здоров'я до автономізації ЗОЗ, модель підготовки ЗОЗ до автономізації та діяльності в нових умовах господарювання.

У дослідженні безпосередньо та в різних комбінаціях використані наступні **методи наукового дослідження:**

1) *системного підходу та аналізу* – для проведення кількісного та якісного аналізу проблем автономізації закладів охорони здоров'я, обґрунтування і розробки моделі підготовки закладів охорони здоров'я до зміни організаційно-правової форми та функціонування у нових умовах господарювання;

2) *бібліосемантичний* – для аналізу існуючих підходів до забезпечення ефективної діяльності ЗОЗ в конкурентному середовищі;

3) *епідеміологічний* – для вивчення рівнів і динаміки показників захворюваності, поширеності хвороб та смертності населення;

3) *соціологічний* – для дослідження готовності і спроможності системи охорони здоров'я до автономізації ЗОЗ та функціонування в конкурентному середовищі;

4) *медико-статистичний* – для збору, обробки та аналізу отриманої під час дослідження інформації;

5) *моделювання* – для розробки моделі підготовки ЗОЗ до автономізації та діяльності у нових умовах господарювання;

6) *експертних оцінок* – для оцінки адекватності і прийнятності запропонованих за результатами дослідження нововведень;

7) *організаційного експерименту* – для апробації та оцінки ефективності запропонованих за результатами дослідження нововведень.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що вперше в Україні:

- системно представлено проблеми зміни організаційно-правової форми

(автономізації) закладів охорони здоров'я із бюджетних установ в комунальні некомерційні підприємства та обґрунтовано напрями їх ефективного вирішення;

- встановлено регіональні особливості забезпечення ресурсами ЗОЗ первинної та спеціалізованої медичної допомоги і показників їх використання як фактору конкурентоспроможності в умовах впровадження ринку медичних послуг. Забезпеченість сімейних амбулаторій відповідно до потреби становить: комп'ютерами 27,9%, автотранспортом 36,0%, електрокардіографами 45,5%, лабораторними аналізаторами 31,7%, вагами для новонароджених 71,1%, пульсоксиметрами 19,4%, холодильниками для зберігання вакцин 61,0%. Будівлі ЗОЗ спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги на 83,3% відповідають ДБН, на 60,0% укомплектовані відповідно до галузевих стандартів, забезпеченість лікарями коливається від 4,47 до 11,18 на 10 тисяч населення при 26,4% лікарів-пенсіонерів. В ЗОЗ спеціалізованої стаціонарної медичної допомоги будівлі відповідають ДБН на 74,4%, укомплектовані відповідно до галузевих стандартів на 40,9%, 23,2% працюючих лікарів-пенсіонерів, рівні госпіталізації населення коливаються від 9,8 до 21,8 на 100 мешканців. Проведений аналіз вказує на недостатні можливості комунальних ЗОЗ із забезпечення надання державного гарантованого пакету медичних послуг та необхідність власникам посилити їх конкурентоспроможність шляхом формування належної ресурсної бази;

- обчислено потребу у видатках на комп'ютеризацію закладів первинної медичної допомоги, забезпечення їх автотранспортом та базовим медичним обладнанням у відповідності до нормативів, яка на рівні регіону становить відповідно 17986,0 тис. грн., 49694,4 тис. грн. та 17057,8 тис. грн.;

- досліджено рівень готовності апарату управління системи охорони здоров'я регіонального рівня до автономізації комунальних медичних закладів та спроможності функціонувати в нових умовах господарювання. До комплексної роботи із зміни організаційно-правової форми ЗОЗ готові менше 10% організаторів охорони здоров'я Закарпаття, підтримують проведення автономізації ЗОЗ всього $16,5 \pm 1,9\%$ респондентів на тлі високої готовності

самостійно розпоряджатися коштами ($92,1 \pm 0,7\%$), приймати управлінські рішення щодо формування штатного розпису ($80,3 \pm 2,1\%$) та впровадження системи оплати праці медичним працівникам в залежності від обсягу та якості наданої медичної допомоги ($74,0 \pm 2,2\%$). Готовність працівників фінансово-економічних служб закладів охорони здоров'я до проведення заходів із автономізації ЗОЗ та функціонування в нових умовах господарювання є нижчою, ніж організаторів охорони здоров'я;

- вивчено рівні поінформованості відповідальних осіб органів місцевого самоврядування щодо законодавства України з питань реформування системи охорони здоров'я і автономізації ЗОЗ та підтримки ними цього процесу, які є недостатніми. Так, ознайомлені із загальним законодавством $56,9 \pm 2,5\%$ із них, а із законодавством з питань реформування системи охорони здоров'я $31,4 \pm 2,4\%$ і мали наміри ознайомитися з ним $65,7 \pm 2,4\%$. В результаті тільки $31,4 \pm 2,3\%$ були готові підтримати автономізацію територіального ЗОЗ;

- науково обґрунтовано функціонально-організаційну модель підготовки ЗОЗ до автономізації та діяльності у нових умовах господарювання, проведено їх експертну оцінку. Обґрунтована модель відрізняється від раніше існуючих пропозицій тим, що вона включає обов'язковий попередній комплексний аналіз медико-демографічної ситуації в регіоні, відповідності будівель і споруд ДБН, оснащення ЗОЗ галузевим стандартам, оцінку їх конкурентоздатності в умовах ринку медичних послуг, раціональності використання ресурсів та прогнозування потреби населення в різних видах медичної допомоги, розробкою і узгодженням з власником потреб автономізованого ЗОЗ для надання населенню медичної допомоги в обсягах державних гарантій і забезпечення його конкурентоспроможності в нових умовах господарювання. Принципово новим в моделі є й комунікаційна складова, спрямована на адвокацію та промоцію змін серед всіх зацікавлених сторін: керівників, працівників кадрових та фінансових служб ЗОЗ, відповідальних осіб органів місцевого самоврядування. Поєднання функціональних напрямів моделі – аналітичного, комунікаційного, нормотворчого, організаційного та управлінських рішень власника ЗОЗ,

забезпечує комплексність заходів із досягнення поставленої мети.

Удосконалено:

- алгоритм підготовки ЗОЗ до автономізації, у який включено послідовні етапи: підготовчий (адвокація та комунікація серед зацікавлених сторін); аналіз та прогнозування стану здоров'я населення громади; оцінка ресурсної бази медичного закладу, визначення його конкурентоспроможності; розробка заходів її посилення за рахунок місцевої фінансової підтримки; розробка, узгодження та затвердження необхідних нормативних документів; автономізація ЗОЗ; послідовний моніторинг стану здоров'я і потреб населення, конкурентоспроможності та ефективності діяльності ЗОЗ в нових умовах господарювання;

- підготовку організаторів охорони здоров'я та працівників економічних служб ЗОЗ до зміни організаційно-правової форми закладів охорони здоров'я із бюджетних установ в комунальні некомерційні підприємства (автономізації), яка полягає в проведенні циклу тематичного удосконалення за 72 годинною програмою, із яких 66 академічних годин становлять практичні заняття із підготовки та аналізу проектів нормативних документів, необхідних для проведення автономізації ЗОЗ.

Теоретичне значення одержаних результатів полягає у доповненні теорії соціальної медицини в частині управління охороною здоров'я, зокрема щодо обґрунтування моделі підготовки ЗОЗ до автономізації та організації діяльності медичних закладів в конкурентному середовищі.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що вони стали підставою для:

- впровадження в практику закладів охорони здоров'я регіонального рівня моделі та алгоритму їх підготовки до автономізації і діяльності в нових умовах господарювання;

- розробки програми циклу тематичного удосконалення з організації та управління охороною здоров'я та охоплення навчанням керівників і працівників економічних служб ЗОЗ регіону з питань підготовки медичних закладів до

автономізації та функціонування в конкурентному середовищі.

Впровадження результатів дослідження проводилося на етапах його виконання:

а) на галузевому рівні шляхом розробки:

- галузевих нововведень, затверджених проблемною комісією МОЗ та НАМН України з соціальної медицини та організації охорони здоров'я:

1. Методичні підходи до проведення автономізації ЗОЗ в Україні // Реєстр галузевих нововведень. Реєстр. № 338/2/15. Вип. 2, том 1. - 2016.

2. Методологія оцінки стану здоров'я населення та діяльності системи охорони здоров'я в регіональному аспекті // Перелік наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я (*випуск 3*). Реєстр. № 251/3/16.

3. Оперативні політики як перешкода до зміни юридичного статусу закладів охорони здоров'я та проведення їх автономізації // Перелік наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я (*випуск 3*). Реєстр. № 253/3/16.

- методичних рекомендацій, затверджених МОЗ України:

1. Контроль якості медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я : метод. рекомендації / уклад. : І. В. Чопей, І. М. Рогач, Г. О. Скрип; Ужгородський національний університет – Ужгород, 2014. – 45 с.

в) на регіональному рівні:

- шляхом впровадження моделі в КНП «Центр ПМСД м. Мукачєво» (акт впровадження від 4 квітня 2018 року); КНП «Міжгірський Центр ПМСД» (акт впровадження від 10 травня 2018 року); Ужгородський міський Центр ПМСД (акт впровадження від 11 квітня 2018 року); Закарпатська обласна стоматологічна клінічна поліклініка (акт впровадження від 16 квітня 2018 року); КУЛОР «Львівський регіональний фтизіопульмонологічний клінічний лікувально-діагностичний центр» (акт впровадження від 13 квітня 2018 року); ОКТМО «Фтизіатрія» (акт впровадження від 10 липня 2018 року), КП ВОНД «Соціотерапія» Вінницької області (акт впровадження від 05 червня 2018 року).

- при підготовці наказів департаменту охорони здоров'я Закарпатської ОДА: від 10.07.2015 р. № 359-0 «Про проведення аудиту роботи стаціонарних ліжок у лікувально-профілактичних закладах області»; від 15.06.2016 р. № 296-0 «Про створення постійно діючої комісії департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації з питань створення госпітальних округів».

- у навчальний процес УжНУ: розроблено навчальний план ТУ з підготовки ЗОЗ до автономізації, затверджений вченою радою факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки УжНУ від 31.05.2018 року, протокол №8.

Особистий внесок автора. Автором самостійно визначено напрям, мету та завдання дослідження; розроблено його програму; обрано методи для вирішення поставлених завдань; розраховано обсяг вибіркової сукупності дослідження, здійснено збір та викопіювання первинної документації; розроблено анкети для проведення соціологічного дослідження, проведено дослідження та статистично опрацьовано і проаналізовано результати; сформовано бази даних та проведено статистичну обробку результатів дослідження на основі пакету статистичного аналізу Microsoft Excel і ліцензованої програми Statistica 6.0, проведена систематизація та наукова інтерпретація отриманих результатів, виявлено перешкоди до зміни юридичного статусу закладів охорони здоров'я та проведення їх автономізації, науково обґрунтовано та розроблено модель і алгоритм підготовки закладів охорони здоров'я до автономізації та діяльності в нових умовах господарювання, проведена оцінка їх прийнятності та ефективності, сформовані висновки, розроблені практичні рекомендації, що знайшло відображення в опублікованих наукових працях за темою дисертації. Наукові здобутки та ідеї співавторів не було використано.

Апробація роботи. Основні положення дисертації доповідались та обговорювались:

- на міжнародному рівні – International paediatric conference «The faces of contemporary pediatrics from clinical problems to public health» (Rzeszow, 24-26 may 2018); Dni Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego «Współczesne Wyzwania Zdrowia Publicznego – Polska 2016» (Jurata, 2–4 czerwiec 2016 r.); НПК з

міжнародною участю «Організація і управління охороною здоров'я 2015» (м. Київ, 20-21 жовтня 2015 р.); МНПК, присвячена Всесвітньому Дню здоров'я 2016 «Переможемо діабет!» (м. Київ, 07-08 квітня 2016 р.); щорічна Всеукраїнська НПК з міжнародною участю «Кадрова політика у сфері охорони здоров'я в умовах загроз національній безпеці України» (м. Київ, 23 березня 2017р.); МНПК «Можливості превентивного та лікувального впливу на соціально значимі захворювання в закладах первинної медико-санітарної допомоги» (м. Ужгород, 12-13 квітня 2016 р.); XVI Конгрес СФУЛТ (м. Берлін – м. Київ, 8-23 серпня 2016 р.); НПК з міжнародною участю до Всесвітнього Дня здоров'я 2018 р. «Загальне охоплення послугами охорони здоров'я – для всіх і всюди» (м. Київ, 5-6 квітня 2018 р.); міжнародний медичний конгрес «Впровадження сучасних досягнень медичної науки в практику охорони здоров'я України» (м. Київ, 25-27 квітня 2018 р.);

- *на національному рівні*: НПК «Актуальні питання практичної інтеграції відомчих медичних структур в загальнодержавну систему охорони здоров'я в контексті реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я України» (м. Київ, 15 жовтня 2015 р.); 71-а підсумкова наукова конференція професорсько-викладацького складу УжНУ, факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки (м. Ужгород, 24 лютого 2017 р.); 72-а підсумкова наукова конференція професорсько-викладацького складу УжНУ, факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки (м. Ужгород, 26 лютого 2018 р.).

Публікації. За матеріалами дисертації опубліковано 25 наукових робіт, в тому числі 9 статей у наукових фахових виданнях (в одноосібному авторстві – 6, за кордоном – 3, в журналах, які внесені до наукометричних баз – 1), 1 – розділ монографії, 11 – в матеріалах науково-практичних конференцій (за кордоном – 3), 1 – методичних рекомендаціях та 3 – галузевих нововведеннях.

Обсяг та структура дисертації. Дисертацію викладено на 216 сторінках, у тому числі 114 сторінках власного друкованого тексту, складається із вступу, шести розділів власних досліджень, висновків, практичних рекомендацій; ілюстрована 49

таблицями, 8 рисунками, має 20 додатків. Список використаної літератури містить 146 наукових джерел, у тому числі 24 – іноземних авторів.

РОЗДІЛ 1

МІСЦЕ АВТОНОМІЗАЦІЇ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Сучасні підходи до реформування системи охорони здоров'я України

Право населення України на отримання безоплатної медичної допомоги в державних та комунальних закладах охорони здоров'я визначено Конституцією України [29].

У пошуку шляхів забезпечення населення доступною та якісною медичною допомогою в Україні, як і в інших країнах СНД, проводиться реформування системи охорони здоров'я [30-31]. Вона базується на міжнародному досвіді [32-37] і рекомендаціях ВООЗ [38-42].

Слід зазначити, що реформа охорони здоров'я, яка була визначена на законодавчому рівні [43] і була науковообґрунтованою [44-48] та проводилася в пілотних регіонах у 2012-2014 роках у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві [49,50].

Метою пілотного відпрацювання реформи охорони здоров'я було створення системи охорони здоров'я, яка забезпечить населення країни доступною та якісною медичною допомогою шляхом проведення структурної перебудови з пріоритетним розвитком первинної медико-санітарної допомоги та формування госпітальних округів із формуванням лікарень нового типу (інтенсивного, планового, відновного лікування), запровадження якісно нової системи фінансування [51].

У ході пілотного відпрацювання реформи було досягнуто наступне:

- створення якісно нової системи первинної медико-санітарної допомоги;
- розроблено методичне забезпечення створення госпітальних округів та почато їх формування;

- в пілотних регіонах запроваджено нову систему фінансування.

Повністю мета пілотного відпрацювання реформи охорони здоров'я досягнута не була, а експеримент не було продовжено [52].

В 2014 році МОЗ України ініціювало розробку Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я України на 2015 – 2020 роки [53]. Така стратегія була розроблена, але документ не було прийнято через причини об'єктивного характеру. Одним із завдань вказаної стратегії було в тому числі перетворення бюджетних установ, якими є заклади охорони здоров'я комунальної та державної власності, в некомерційні неприбуткові підприємства [54] та подальше запровадження загальнодержавного соціального медичного страхування. Впровадження Національної стратегії мало сприяти наданню первинної медико-санітарної безоплатної медичної допомоги населенню лікарями загальної практики-сімейними лікарями, які є фізичними особами підприємцями і для цього отримують відповідну ліцензію. Важливо відмітити, що в Національній стратегії закладена правова норма створення лікарнями-підприємствами господарських товариств, а це вже є, з правової точки зору, повноцінні комерційні підприємства.

На даному етапі розвитку суспільства важливе значення для реформування системи охорони здоров'я країни має прийняття наступних Законів України: „Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я” від 06.04.2017 р. № 2002 [55] та „Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII [56].

Закон України „Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я” [55] регламентує законодавче впровадження зміни юридичного статусу закладу охорони здоров'я із установи в комерційне неприбуткове підприємство.

Закон України „Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” [56] регламентує наступне:

- 1) впровадження гарантованого пакету медичних послуг населенню;

- 2) впровадження електронної системи охорони здоров'я;
- 3) впровадження механізму „гроші ідуть за пацієнтом”.

При розробці зазначених вище законодавчих актів використовувався досвід країн світу з організації діяльності систем охорони здоров'я, які базуються на різних принципах їх фінансового забезпечення:

- оплата загальних податків до державного бюджету (Велика Британія, Італія, Іспанія, Ірландія, країни Скандинавії) [57-59];
- система обов'язкового медичного страхування (Японія, Німеччина, Бельгія, Австрія, Франція, Нідерланди) [60-62];
- змішана система фінансування (США), де більша частина американців користується послугами приватних страхових компаній, а ті категорії населення, які не в змозі оплачувати страхові внески користуються медичною допомогою за рахунок спеціальних цільових державних програм доступної медичної допомоги [63].

Якщо Україна використовує досвід організації медичної допомоги населенню Великої Британії, то необхідно зазначити, що в цій країні система охорона здоров'я має державний характер і забезпечується бюджетними коштами, які вносяться платними податків [64].

В науковій літературі проводилося активне обговорення реформаторських документів [65, 66]. Треба зазначити, що актуальним є твердження Т. С. Гавриш, що однією з головних перешкод для ефективного впровадження законодавчо визначених реформ може стати тлумачення Конституційним Судом України [67] 49 статті Конституції України щодо права населення України на безоплатну медичну допомогу в повному обсязі [68].

Складовою реформи системи охорони здоров'я є створення в країні системи громадського здоров'я [69-73].

Визначальну роль в розвитку системи громадського здоров'я в країні має відіграти Закон України „Про систему громадського здоров'я” про оприлюднення проекту якого повідомило Міністерство охорони здоров'я [74].

Як зазначено в інформації про оприлюднення даного проекту Закону він визначає правові, організаційні, економічні та соціальні засади функціонування системи громадського здоров'я в Україні, зокрема [75]:

- вводить у законодавчому полі поняття „громадське здоров'я” як сфера знань та практична діяльність суб'єктів у системі громадського здоров'я (ГЗ) щодо зміцнення здоров'я, профілактики хвороб та збільшення тривалості життя;
- визначає суб'єктів відносин у системі громадського здоров'я;
- визначає і розмежовує повноваження КМУ, МОЗ, інших центральних зацікавлених органів виконавчої влади, місцевих органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування в системі громадського здоров'я;
- передбачає створення Національної ради з питань ГЗ, яка є постійним консультативно-дорадчим органом Кабінету Міністрів України щодо питань ГЗ;
- визначає статус, задачі та функції Національного центру громадського здоров'я та регіональних центрів громадського здоров'я в системі ГЗ;
- визначає основні оперативні функції громадського здоров'я, тобто основні напрямки діяльності, які здійснюються в країні для забезпечення максимально можливих показників здоров'я і благополуччя населення, а також найбільш повного дотримання принципу справедливості щодо здоров'я;
- встановлює основні засади для надання послуг у сфері ГЗ, у тому числі можливість надання таких послуг через регіональні центри громадського здоров'я;
- визначає основні організаційні засади здійснення основної оперативної функції епідеміологічного нагляду, зокрема формування інформаційного фонду громадського здоров'я як державного інформаційного ресурсу, який містить дані про стан та динаміку здоров'я, благополуччя населення і основні показники середовища життєдіяльності;
- визначає основні організаційні засади здійснення функції оперативного моніторингу, готовності і реагування на небезпечні чинники та надзвичайні ситуації у сфері ГЗ, у тому числі стан та дії щодо виконання Міжнародних медико-санітарних правил;

– визначає основні організаційні засади кадрового, наукового, ресурсного та фінансового забезпечення системи громадського здоров'я.

Законопроект також вносить зміни до значної кількості законодавчих актів, серед яких слід виокремити викладення в новій редакції Закону України „Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення” (далі – „Законопроект про санітарно-епідемічне благополуччя”).

Законопроект про санітарно-епідемічне благополуччя передбачає, зокрема:

– встановлення чіткого переліку наглядових задач, функцій та повноважень органів державного нагляду у всіх сферах господарської діяльності, зокрема тих, що можуть становити ризик для санітарного та епідемічного благополуччя населення;

– усунення дублювання функцій державного контролю за дотриманням санітарного законодавства у сферах господарської діяльності, що підлягає ліцензуванню;

– позбавлення МОЗ України окремих контрольно-наглядових та дозвільних функцій, притаманних раніше органам державної санітарно-епідеміологічної служби, і покладення таких функцій на визначені центральні органи виконавчої влади;

– закон передбачає скасування процедури проведення державної санітарно-епідеміологічної експертизи, такої що є дублюванням та суперечить вимогам Закону № 2735-VI та Закону № 2736-VI;

– закон передбачає узгодження процедури гігієнічної регламентації з Регламентом № 1907/2006 (ЄС) про реєстрацію, оцінку, авторизацію і обмеження щодо хімічних речовин та препаратів (REACH);

– закон передбачає скасування процедури отримання дозволу державної СЕС на джерела іонізуючих випромінювань як документу, що дублює дозвіл центрального органу виконавчої влади, який забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері безпеки використання ядерної енергії;

– закон передбачає виключення статей чинного Закону України „Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення”, які

дублювали відповідні положення Закону України „Про захист населення від інфекційних хвороб” № 1645-III від 6 квітня 2000 року;

- закон передбачає встановлення вимог до проведення розслідування випадків інфекційних хвороб, професійних захворювань, масових неінфекційних захворювань (отруєнь), радіаційних уражень людей;

- закон передбачає остаточне виключення положень про „головного державного санітарного лікаря” та передавання відповідних повноважень іншим посадовим особам;

- закон передбачає покладення повноважень щодо забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення на органи місцевого самоврядування відповідно до Концепції реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні, затвердженої розпорядженням Кабінету Міністрів України „Про схвалення Концепції реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні” № 333-р від 1 квітня 2014 року;

- закон передбачає ліквідацію відомчих санітарно-епідеміологічних служб.

На розвиток законодавства України КМУ прийняв ряд урядових актів по забезпеченню реформування системи охорони здоров'я України.

Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. № 1013-р „Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я” [76] регламентує механізми практичного впровадження в системі охорони здоров'я України принципово нової системи фінансування закладів охорони здоров'я, коли гроші ідуть за пацієнтом, що практично закладає підґрунття для формування ринку медичних послуг.

Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1101 „Про утворення Національної служби здоров'я України” [77] регламентує розмежування замовника, надавача та платника медичних послуг із створенням структури, яка буде замовляти, контролювати та оплачувати медичні послуги, які надаються населенню закладами охорони здоров'я.

Розпорядження Кабінету Міністрів України від 23 серпня 2017 р. № 582-р „Про схвалення Концепції реформування механізмів публічних закупівель лікарських засобів та медичних виробів” [78] регламентує прозорість і відкритість механізмів публічних закупівель лікарських засобів та медичних виробів.

Проводячи аналіз сучасних підходів до реформування системи охорони здоров'я України необхідно зупинитися на наступних наказах Міністерства охорони здоров'я [79-85], якими МОЗ України забезпечує практичне виконання законодавчих актів в системі охорони здоров'я:

1) наказ МОЗ України „Про затвердження порядку надання первинної медичної допомоги” від 19.03.2018 № 504;

2) наказ МОЗ України від 26.01.2018 № 148 „Про затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які надають первинну медичну допомогу”;

3) наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 503 „Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу”;

4) наказ Міністерства охорони здоров'я України та Міністерства регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України від 06.02.2018 №178/24 „Про затвердження Порядку формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги”;

5) наказ МОЗ України від 18.12.2017 №1621 „Про внесення змін до Примірного положення про госпітальний округ”;

6) наказ МОЗ та МФ України від 03.09.2018 № 1595/740 „Про внесення змін до паспорта бюджетної програми на 2018 рік”;

7) наказ МОЗ України від 31.08.2018 № 1581 „Про ліцензування медичної практики”.

Дані накази МОЗ України скеровані на виконання в системі охорони здоров'я держави Законів України та урядових актів з питань оптимізації медичної допомоги населенню.

Таким чином, проведений аналіз вказує на наявність достатньої законодавчої та нормативної бази із реформування системи охорони здоров'я в країні, одним із важливих та невід'ємних механізмів впровадження якої є автономізація закладів охорони здоров'я.

1.2. Автономізація закладів охорони здоров'я як механізм зміни фінансово-господарської діяльності закладів охорони здоров'я

Поняття автономізації закладів охорони здоров'я в системі охорони здоров'я України вперше було введено проектом ЄС „Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні”, який фінансувався Європейським Союзом і виконувався GVG/СП/EPOS у 2003-2006 роках [86].

В рамках проекту щодо питання автономізації закладів охорони здоров'я було розроблено наступне:

- проект Статуту центральної районної лікарні із статусом комунального некомерційного підприємства;
- зразок договору про державну закупівлю медичних послуг;
- посібник 1 „Стратегія реформування фінансування та управління у системі охорони здоров'я в Україні” [87];
- посібник 2 „Вимоги до розробки стратегічного плану запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування в Україні” [88];
- посібник 3 „Законодавчі проблеми автономізації постачальників та запровадження контрактних закупівель медичних послуг в Україні” [89];
- посібник 4 „Пропозиції щодо вдосконалення механізму розподілу бюджетних ресурсів у системі охорони здоров'я України” [90];
- посібник 5 „Розмежування замовника і постачальника та укладання контрактів на закупівлю медичних послуг” [91];
- посібник 6 „Первинна медична допомога та запровадження оплати з розрахунку на душу населення” [92];

- посібник 7 „Автономізація, закупівля медичних послуг та глобальний бюджет у лікарнях” [93];
- посібник 8 „Методологія розрахунку вартості для постачальників медичних послуг в Україні” [94];
- посібник 9 „Мінімальні ІТ-вимоги до розбудови інформаційно-комунікаційної підтримки фінансування і управління в сфері медичного обслуговування на національному та регіональному рівнях” [95];
- посібник 10 „Роль зв'язків з громадськістю в забезпеченні інформаційного супроводу реформи системи охорони здоров'я в Україні” [96];
- посібник 11 „Організація навчання адміністраторів системи охорони здоров'я та менеджерів медичних закладів в Україні” [97];
- посібник 12 „Пріоритети управління змінами в галузі охорони здоров'я України” [98].

В посібниках представлені переваги управлінської автономії ЗОЗ, які змінюють свій статус на комунальні (державні) неприбуткові підприємства, та показано практичний вплив даного процесу на фінансування закладів охорони здоров'я та механізми господарювання.

В посібниках представлені механізми впровадження договірних відносин між замовниками та постачальниками медичних послуг, систему інформаційно-комунікативних технологій, скеровану на підтримку реформи охорони здоров'я в країні у цілому та системи фінансування безпосередньо.

23-25 вересня 2005 року була проведена науково-практична конференція „Автономізація постачальників медичних послуг та запровадження контрактних відносин – головні складові реформи системи охорони здоров'я в Україні”. В декларації, яку прийняли її учасники [99], вказувалося на підтримку процесу автономізації закладів охорони здоров'я та необхідність його поширення на всю систему охорони здоров'я в країні.

Необхідно відмітити, що на тому етапі особливості роботи закладів охорони здоров'я в умовах їх автономізації було апробовано в Житомирській та Харківській областях згідно з наказом МОЗ України від 24.03.2006 р. №160 „Про

додаткові заходи щодо забезпечення реалізації Проекту Європейського Союзу „Фінансування та управління в сфері охорони здоров'я в Україні” [100]. В той час, відповідно до рішень місцевих рад, вказані зміни були проведені і в інших регіонах. ЗОЗ, який працює в статусі комунального некомерційного підприємства з часу пілотного проекту, є Близьнюківська центральна районна лікарня Харківської області.

Проблемою того часу було те, що чинне законодавство не забороняло проведення автономізації ЗОЗ, але й не зобов'язувало органи місцевого самоврядування до прийняття рішень щодо зміни їх статусу [101].

Крім того організатори охорони здоров'я, керівники ЗОЗ та особи, які приймали рішення на всіх рівнях управління від національного до місцевого, були та і залишаються недостатньо ознайомлені з європейським досвідом організації роботи, системою фінансування закладів охорони здоров'я та можливими перевагами застосування вказаної організаційної форми діяльності ЗОЗ.

Відмічалось недостатнє усвідомлення на всіх рівнях управління економічної невідповідності утримання роздутої мережі ЗОЗ загального профілю та негативного впливу діючої організації охорони здоров'я на якість послуг, що надаються в ЗОЗ, відсутність відповідних знань як у керівників органів самоврядування, керівників та медичного персоналу ЗОЗ, так і у населення [102].

Перепоною до прийняття необхідних управлінських рішень була неготовність керівників всіх рівнів управління до прийняття рішень, спрямованих на автономізацію закладів охорони здоров'я та оптимізацію їх мережі (виглядало непопулярним в розумінні переважної більшості органів місцевого самоврядування та населення), страх звинувачень у порушенні Конституції України, яка забороняє скорочувати мережу державних і комунальних ЗОЗ.

Також в той час відмічалася відсутність достатнього роз'яснення, популяризації та промоції реформи охорони здоров'я в цілому та представлених її елементів з боку центральної та місцевої влади [103].

Шляхами вирішення проблеми, за даними аналізу наукових публікацій [104-107], стало створення додаткових законодавчих та нормативно - правових

умов, які спрямовані на стимулювання організаційних перетворень, встановлення нових прозорих та обов'язкових для усіх правил гри: мотивація зацікавлених осіб до надання ЗОЗ автономії, мотивація до переходу медичних працівників до діяльності в умовах приватної практики; забезпечення ефективного пулінгу фінансових ресурсів при створенні ефективного платника; офіційне запровадження орієнтованих на результат, прозорих та сучасних методів оплати постачальників медичних послуг; забезпечення ефективної підготовки достатньої кількості сучасних менеджерів охорони здоров'я; поступовість, обережність з приватизацією та комерціалізацією діяльності державних та комунальних ЗОЗ.

Необхідно звернути увагу на Декларацію учасників навчального курсу представників регіонів України, що прийняли рішення про участь з поширення досвіду Проекту ЄС „Фінансування та управління в сфері охорони здоров'я в Україні” [108]. В декларації відмічалися переваги автономізованих ЗОЗ над бюджетними установами.

На сьогодні визначальним законодавчим актом, який встановлює правові норми з автономізації закладів охорони здоров'я є Закон України „Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я”, що був прийнятий 06 квітня 2017 р. [55]. Також важливим заходом, який дав більшу самостійність ЗОЗ, стало скасування наказу МОЗ України №33 щодо регламентації штатного розпису лікарень.

На виконання даного Закону України МОЗ України було розроблено „Методичні рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства” [109], які схвалено робочою групою з питань реформи фінансування сфери охорони здоров'я України (Протокол № 9 від 14 квітня 2017р.).

В методичних рекомендаціях відображено наступне:

- механізм перетворення ЗОЗ із бюджетної установи у підприємство передбачає оптимізацію штату та чисельності працівників закладу охорони здоров'я, варіанти вирішення кадрових питань щодо працівників

реорганізованого ЗОЗ; рекомендації щодо системи оплати праці медичного персоналу комунального некомерційного підприємства;

- механізм бюджетного забезпечення ЗОЗ, перетвореного у підприємство: здійснення фінансування за договором про медичне обслуговування населення; здійснення фінансування з місцевого бюджету в рамках програмно-цільового методу (за бюджетною програмою); здійснення фінансування з місцевого бюджету шляхом надання фінансової підтримки;

- додаткові джерела фінансування закладу охорони здоров'я, які незаборонені законодавством, що має статус підприємства;

- особливості оподаткування закладів охорони здоров'я, які мають статус комунальних некомерційних підприємств.

Під час розробки даних методичних рекомендацій авторами були враховані норми Закону України від 06 квітня 2017 р. „Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я”, які стосувалися створення спостережних та опікунських рад.

Але в умовах початку дії Закону України від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII „Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” [56], рекомендації в своїй більшості втрачають своє значення і мають бути оптимізованими та удосконаленими.

1.3. Про необхідність подальших наукових досліджень із забезпечення ефективної підготовки закладів охорони здоров'я до зміни юридичного статусу із бюджетних установ до некомерційних комунальних підприємств – автономізації

Проведений аналіз наукових публікацій за темою автономізації закладів охорони здоров'я вказує на те, що їх основна (незначна) кількість була надрукована в період 2003-2006 роках – період коли діяв проект ЄС „Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні” та проводилося

пілотне відпрацювання особливостей роботи закладів охорони здоров'я в умовах їх автономізації в Житомирській та Харківській областях. По закінченню проекту ЗОЗ, які приймали участь в проєкті (крім Близнюківської ЦРЛ), перейшли на роботу в звичному господарському режимі. Інтерес науковців до даної теми в цей час значно зменшився. В цей період публікується велика кількість наукових публікацій, як монографій [110-113] і статей, які стосуються зміни системи фінансування в охороні здоров'я [114-120] і лише деякі з них вказують на необхідність автономізації ЗОЗ як механізму запровадження сучасної ефективної системи фінансування та господарювання в охороні здоров'я [121-124].

Проведений аналіз дисертаційних робіт, які були захищені за останні 10 років, дозволили виявити тільки одну дисертаційну роботу „Державне регулювання автономізації закладів охорони здоров'я в Україні” Рудого В.М. на здобуття наукового ступеня кандидата наук з державного управління [125], яка присвячена питанням автономізації закладів охорони здоров'я.

У вказаному дисертаційному дослідженні на теоретичному та практичному рівнях автором вирішено актуальне наукове завдання щодо наукового обґрунтування організаційних і правових механізмів оптимізації управління і фінансування в системі охорони здоров'я країни на основі моделі адміністративної та фінансової автономії закладів охорони здоров'я як механізму забезпечення їх мотивації до ефективного використання обмежених фінансових ресурсів та підвищення якості медичної допомоги.

Як зазначено в авторефераті вказаної дисертаційної роботи та наукових публікаціях автора [126-130], дисертантом вперше: розроблено комплексну модель державного регулювання автономізації ЗОЗ як механізму забезпечення їх мотивації до ефективного використання обмежених державних коштів і підвищення якості медичного обслуговування та визначено етапи практичного запровадження цієї моделі; визначено і представлено заходи державного регулювання автономізації закладів охорони здоров'я в країні: державне планування та організація господарської діяльності; управління людськими ресурсами (планування чисельності, набір персоналу, вдосконалення методів

оплати праці персоналу, його мотивація до кар'єрного зростання та професійного розвитку); управління матеріально-технічними ресурсами та державними інвестиціями (кількість ліжок та інтенсивність їх завантаження, використання обладнання і приміщень тощо); державний контроль показників ефективності та продуктивності діяльності і їх застосування при плануванні подальшої роботи та оплати праці персоналу.

В ході виконання дисертаційної роботи автором було удосконалено основну для регулювання процесу автономізації у сфері охорони здоров'я дефініцію категорійно-понятійного апарату “державне регулювання автономізації закладів охорони здоров'я”.

Пілотні комунальні неприбуткові підприємства, які були створені на базі закладів охорони здоров'я Золочівського району Харківської області та Попільнянського району Житомирської області були створені в умовах недосконалої чинної на той період законодавчої бази. Зокрема, через колізії в тлумаченні податковими органами понять “суб'єкт некомерційного господарювання”, що наведене в Господарському кодексі України [131], та “неприбуткова організація”, що використовується в Законі України “Про оподаткування прибутку підприємств” [132], невирішеним залишалося питання про внесення цих закладів охорони здоров'я до реєстру неприбуткових організацій дисертантом. Розроблені пропозиції щодо подальшого вдосконалення законодавства з метою створення сприятливих правових умов для запровадження адміністративної та фінансової автономії в діяльність закладів охорони здоров'я.

Практичний та науковий інтерес до автономізації ЗОЗ значно підвищився після прийняття Закону України „Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я” від 06.04.2017 р. № 2002 [55], Закону України від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII „Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” [56], розпорядження КМУ від 30.11.2016 р. № 1013-р „Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я” [76], постанови КМУ від 27 грудня 2017 р. № 1101 „Про утворення Національної служби здоров'я

України” [77] та розпорядження КМУ від 23 серпня 2017 р. № 582-р „Про схвалення Концепції реформування механізмів публічних закупівель лікарських засобів та медичних виробів” [78].

Прийняття відповідних законодавчих актів та запровадження нової системи фінансування охорони здоров'я сприяли активізації процесу автономізації ЗОЗ, але при цьому відсутні комплексні наукові роботи з питань проведення автономізації ЗОЗ та організації їх роботи в нових умовах господарювання.

На необхідність впровадження сучасних ефективних механізмів господарювання та фінансування в охороні здоров'я вказує ВООЗ [133-136] та дані питання висвітлені в працях провідних міжнародних спеціалістів [137-145], а це теж потребує для України національних наукових розробок.

Вказане вище і визначило актуальність дисертаційного дослідження, його мету та дизайн.

РОЗДІЛ 2

ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ, ОБСЯГ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

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

Програма представлена на рис. 2.1.

Об'єкт дослідження: організація автономізації закладів охорони здоров'я.

Предмет дослідження – показники здоров'я населення, ресурсне забезпечення та показники діяльності ЗОЗ, готовність і спроможність системи охорони здоров'я до автономізації ЗОЗ, модель підготовки ЗОЗ до автономізації та діяльності в нових умовах господарювання.

Методи досліджувань затверджені на засіданні біоетичної комісії ДУ „Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України” (протокол № 5 від 21.10. 2014р.).

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

1. Вивчення проблеми дослідження, визначення об'єкту та предмету дослідження.
2. Визначення мети, завдань та методів дослідження.
3. Визначення генеральної сукупності дослідження та розрахунок репрезентативної вибірки.
4. Розробка інструментарію дисертаційного дослідження.
5. Збір інформації.

| | | |
|--|--|--|
| I етап | Аналіз існуючих підходів до ефективної діяльності закладів охорони здоров'я | |
| Методи системного підходу і аналізу, бібліосемантичний | Джерела наукової літератури (усього джерел – 146, з них 24 – іноземних авторів, Інтернет-мережі Medline, Pubmed, Medscape тощо) | |
| II етап | Вибір напрямку дослідження, формування мети, завдань, обґрунтування методів та обсягів дослідження | |
| Обґрунтування методів та обсягів дослідження | Карти спеціального дослідження | Анкети для організаторів охорони здоров'я, працівників економічних служб ЗОЗ, відповідальних осіб органів місцевого самоврядування |
| Збір та обробка інформації | | |
| III етап | Оцінка динаміки медико-демографічної ситуації в області | |
| Статистична звітність закладів охорони здоров'я області, звітні форми (2015-2017 рр.): ф. №12 «Звіт про захворювання, зареєстровані у хворих, які проживають у районі обслуговування лікувально-профілактичного закладу» – 141 од; Статистичні збірники ОМІАЦ ДОЗ Закарпатської ОДА – 3 од. | | Методи системного підходу та аналізу, епідеміологічний, медико-статистичний |
| IV етап | Оцінка мережі, ресурсів та основних показників діяльності ЗОЗ Закарпатської області | |
| Методи системного підходу та аналізу, медико-статистичний | Статистична звітність, форми (2015-2017 рр.): Форма №20 «Звіт лікувально-профілактичного закладу» – 141од. Нормативно-правові документи – 4 од. | |
| V етап | Встановлення рівня готовності та спроможності апарату управління системи охорони здоров'я Закарпатської області до автономізації ЗОЗ та функціонування в конкурентному середовищі | |
| Дані анкетного опитування: організаторів охорони здоров'я (127 од.), працівників економічних служб ЗОЗ (98 од.), відповідальних осіб органів місцевого самоврядування (102 од.) | | Методи системного підходу та системного аналізу, соціологічний, медико-статистичний |
| VI етап | Обґрунтування, розробка і впровадження моделі підготовки ЗОЗ до автономізації та функціонування в нових умовах господарювання | |
| Методи системного підходу та системного аналізу, бібліосемантичний, моделювання, експертних оцінок, організаційного експерименту | Наукове обґрунтування та розробка функціонально-організаційної моделі підготовки ЗОЗ до автономізації та діяльності в нових умовах господарювання | |
| | Розробка алгоритму впровадження запропонованої функціонально-організаційної моделі підготовки ЗОЗ до автономізації та діяльності в нових умовах господарювання | |
| | Оцінка прийнятності та ефективності запропонованих нововведень | |
| Впровадження | Оцінка прийнятності та ефективності | |
| 24 наукові роботи, в тому числі 9 статей у наукових фахових виданнях (у одноосібному авторстві – 6, за кордоном - 3, в журналах, які внесені до наукометричних баз - 1), 1 – розділ монографії, 10 – матеріалів науково-практичних конференцій (за кордоном – 3), 1 - методичні рекомендації та 3 - галузевих нововведень. | Анкети соціологічного опитування експертів – 50 од. Експерти: 5 докторів медичних наук, 7 кандидатів медичних наук, 11 організаторів охорони здоров'я вищої та першої кваліфікаційної категорії, 10 працівників економічних служб ЗОЗ, 7 завідувачів клінічними відділеннями лікарень спеціалізованої медичної допомоги, 10 керівників органів місцевого самоврядування. Акти впровадження – 7 од. | |

Рис. 2.1. Програма, матеріали, методи та обсяги дослідження

6. Комплексний аналіз отриманих результатів.

7. Наукове обґрунтування моделі підготовки закладів охорони здоров'я до автономізації та її експертна оцінка.

8. Впровадження інновацій в практику охорони здоров'я та заклади післядипломної освіти.

9. Формування висновків та практичних рекомендацій.

При розробці програми враховувались методичні принципи її створення: системність, комплексність, достовірність результатів, наступність, наукова новизна, теоретична та практична значущість результатів.

Перший етап присвячено вивченню досвіду та встановленню основних проблем і перспектив забезпечення ефективної діяльності закладів охорони здоров'я. Інформаційну базу даного етапу дослідження склали з 146 джерела наукових праць, у тому числі 24 закордонних авторів. З використанням історико-інформаційного та бібліосемантичного методів.

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

Метою *третього* організаційного етапу наукового дослідження було визначено вивчення та аналіз в розрізі адміністративних територій області склад населення Закарпатської області і основних показників його медико-демографічної ситуації. Вивчалися та аналізувалися наступні дані: кількість та структура населення, показники народжуваності та смертності, захворюваності та поширеності хвороб серед дорослого та дитячого населення.

Інформаційною базою виконання даного етапу стали статистичні звіти (форма № 20) закладів охорони здоров'я області за 2015-2017 рр. (всього 141 одиниця) та 5 статистичних збірників „Показники здоров'я населення та

використання ресурсів охорони здоров'я в Закарпатській області” Обласного медичного інформаційно-аналітичного центру департаменту охорони здоров'я охорони здоров'я Закарпатської ОДА за вказані роки. Зібраний статистичний матеріал оброблявся за допомогою програми MS Excel.

Під час виконання *четвертого* організаційного етапу наукового дослідження було вивчено та проаналізовано показники мережі закладів охорони здоров'я і основні показники їх діяльності за період 2015-2017 роки, а також проведено аналіз підходів до реформи охорони здоров'я в Закарпатській області. Інформаційною базою дослідження стали звіти ЗОЗ області за період 2015-2017 роки (форма № 20) в кількості 141 одиниць. Зібраний статистичний матеріал оброблявся за допомогою програм Statistica-6 та MS Excel.

На п'ятому організаційному етапі проводилося вивчення ставлення організаторів охорони здоров'я, працівників економічних служб закладів охорони здоров'я та керівників органів місцевого самоурядування Закарпатської області до зміни організаційно-правової форми (автономізації) закладів охорони здоров'я із бюджетних установ в комунальні некомерційні підприємства .

В основну когорту дослідження включено 327 респондентів. За категоріями інформаційної значущості респонденти розподілилися наступним чином:

- організатори охорони здоров'я - 127 осіб.
- 98 працівників економічних служб закладів охорони здоров'я,
- 102 представники органів місцевого самоурядування.

Вибіркова сукупність респондентів була розрахована (Додаток А-1).

Для проведення дослідження були розроблені спеціальні анкети, які затверджені на засіданні біоетичної комісії ДУ „Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України” (Протокол № 5 від 21.10. 2014р.).

Анкети респондентів подано в додатках: для організаторів охорони здоров'я (Додаток А-2), працівників економічних служб закладів охорони

здоров'я (Додаток А-3), керівників органів місцевого самоурядування (Додаток А-4).

Анкети були розроблені з урахуванням методичних принципів соціології з тим, щоб при найменшій можливій кількості запитань отримати максимум інформації та з обов'язковим включенням до анкети перевіряючих запитань.

При проведенні анкетування було забезпечено основну вимогу соціологічних досліджень – дотримання конфіденційності інформації про респондентів.

При проведенні соціологічного дослідження дотримані принципи Гельсінської декларації, прийнятої Генеральною асамблеєю Всесвітньої медичної асоціації (1964-2000 рр.), Конвенції ради Європи про права людини та біомедицину (1997 р.) Європейської конвенції по використанню хребетних тварин для експериментів (1986 р.), відповідні положення ВООЗ, Міжнародної ради медичних наукових товариств, міжнародного кодексу медичної етики (1983 р.) та закони України.

Серед респондентів розповсюджено і зібрано анонімні анкети при активності респондентів в залежності від їх професійної категорії:

1. Організатори охорони здоров'я - 85,6 %.
2. 92,4 % працівники економічних служб закладів охорони здоров'я.
3. 75,4 % керівники органів місцевого самоурядування.

До 10 % анкет не підлягали статистичній обробці в зв'язку з некоректністю їх заповнення.

За результатами соціологічного дослідження визначено готовність та спроможність закладів охорони здоров'я області до зміни організаційно-правової форми (автономізації) закладів охорони здоров'я із бюджетних установ в комунальні некомерційні підприємства. Соціологічне дослідження організоване та проведено безпосередньо дисертантом.

Зібраний статистичний матеріал оброблявся за допомогою програм Statistica-6 та MS Excel.

На шостому, заключному етапі, базуючись на отриманих в ході дослідження результатах, визначені теоретичні основи до зміни організаційно-правової форми (автономізації) закладів охорони здоров'я із бюджетних установ в комунальні некомерційні підприємства.

Під час виконання даного етапу дослідження експертним шляхом було визначено переваги комунального некомерційного підприємства над комунальною установою, ризики перетворення комунальних установ в комунальні некомерційні підприємства та перепони до перетворення закладів охорони здоров'я – комунальних установ в комунальні некомерційні підприємства.

Оцінка експертами проводилася за 10-ти бальною шкалою. При цьому бальна оцінка проводилася за такими значеннями: „0” балів – відсутність ознаки, „10” балів – максимальне значення ознаки.

Під час статистичної обробки отриманих результатів розраховувалося середнє значення показника за кожною ознакою, що підлягала оцінці.

Анкета, яка була представлена експертам, надана в Додатку А-5.

Експертами виступили науковці – 9, організатори охорони здоров'я – 12, представники органів місцевої влади – 7. Всього – 28 осіб.

Базуючись на теоретичних основах, була обґрунтована та розроблена модель підготовки закладів охорони здоров'я до зміни їх організаційно-правової форми (автономізації) із бюджетних установ в комунальні некомерційні підприємства.

В рамках моделі розроблено алгоритм перетворення закладів охорони здоров'я із бюджетних установ в комунальні некомерційні підприємства.

Під час виконання даного організаційного етапу було здійснено впровадження запропонованої моделі в практику охорони здоров'я.

В ході виконання даного етапу дослідження 10 Центрів ПМСД, 2 приватні структури та 2 фізичних осіб пройшли всі етапи підготовки та

уклали договори із Національною агенцією для надання ПМСД та відповідного фінансування.

З метою підготовки організаторів охорони здоров'я до зміни організаційно-правової форми закладів охорони здоров'я (автономізації) із бюджетних установ в комунальні некомерційні підприємства було розроблено робочу навчальну програму їх тематичного удосконалення, яка затверджена рішенням вченої ради факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки Ужгородського національного університету: протокол від 31.05. 2018 року, № 8. Додаток А-6.

Проведена підготовка на циклі ТУ головних лікарів закладів охорони здоров'я області.

З метою визначення прийнятності запропонованої моделі була проведена її експертна оцінка 50 незалежними експертами. Експертами запропонованої моделі стали 5 докторів медичних наук, 7 кандидатів медичних наук, 11 організаторів охорони здоров'я вищої та першої кваліфікаційної категорії, 10 працівників економічних служб ЗОЗ, 7 завідувачів клінічними відділеннями лікарень вторинної медичної допомоги, 10 керівників органів місцевого самоуправління.

При проведенні аналізу враховувалось, що експертиза є ефективним інструментом аналізу об'єкта, що вивчається та слугує для вивчення та оцінки його якісних характеристик та практичної цінності.

В процесі опитування експертів була додержана важлива умова проведення експертиз – попереднє інформаційне забезпечення експертів з питання експертизи. Дисертант доповів експертам основні результати дослідження після чого ним були зроблені відповіді на поставлені експертами питання.

Таким чином, експертне соціологічне дослідження було проведене разом з попереднім застосуванням відкритої дискусії та опитування за допомогою анкет.

Для проведення експертного опитування була розроблена спеціальна анкета (Додаток А-7), яка складалась з паспортної частини та питань. Питання відображали запропоновані за результатами дослідження інновації.

Питання сформульовані у загально прийнятих термінах.

Оцінка експертами проводилася за 10 бальною шкалою. Негативна оцінка визначалася як „0” балів, а максимальна оцінка становила „10” балів.

Результати дослідження підлягали статистичній обробці даних, а також здійснювався їх аналіз і пояснення отриманих даних.

За загальноприйнятою методикою був обрахований коефіцієнт варіації оцінок експертами. Відомо, чим менший коефіцієнт варіації, тим більша ступінь узгодженості думок експертів, яка вважається низькою, якщо коефіцієнт варіації становить більше, ніж 20 %, середньою 10-20 %, та високою – менше ніж 10 %.

У проведеному науковому дисертаційному дослідженні автором застосовувались два типи методів статистичного аналізу: представлення (опис) методології та дизайну дослідження і пояснення одержаних результатів (встановлення зв'язків між типами відповідей на запитання анкети, оцінка характеру і спрямованості цих зв'язків та залежностей між отриманими даними).

Застосований метод статистичного аналізу спрямований на пошук причинно-наслідкових відношень у проблемі і ґрунтується на статистичних методах множинного аналізу (порівняльний аналіз тримірних розподілів). При опрацюванні статистичного матеріалу для відповіді на запитання: чи узгоджуються результати експерименту з гіпотезою про те, що і генеральна сукупність, використовувався критерій узгодженості λ Пірсона. Він дозволяє порівняти емпіричний і припустимий теоретичний розподіл.

Зв'язок між отриманими ознаками встановлюється за допомогою критерію χ^2 -квадрат (χ^2) із поправкою Йейтса.

Медико-статистична обробка даних включала визначення похибки репрезентативності для оцінки достовірності результатів дослідження та

визначення довірчого інтервалу. Отже, структура аналізу дослідження включала: систематизоване надання та опис первинної інформації, виявлення чинників і закономірностей; формування висновків дослідження; розробка практичних рекомендацій на ґрунті висновків.

Методичною основою теорії системи є системна методологія, складовими якої є системний підхід і системний аналіз. Системний аналіз застосовувався під час виконання наукової роботи для вирішення практичних завдань і розглядався як метод системного підходу. Системний підхід розглядався в ході проведення дослідження як метод і процес дослідження.

Таким чином, використання сучасних методів наукового дослідження як самостійно, так і в комплексі в обрахованих обсягах при використанні сучасних методів статистичної обробки отриманих даних дозволило отримати репрезентативні результати, які покладені в основу наукового обґрунтування моделі підготовки закладів охорони здоров'я до зміни організаційно-правової форми із бюджетних установ в комунальні некомерційні підприємства (автономізації).

РОЗДІЛ 3

ХАРАКТЕРИСТИКА НАСЕЛЕННЯ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ І ОСНОВНИХ ПОКАЗНИКІВ ЙОГО ЗДОРОВ'Я

Відповідно до програми дослідження на даному організаційному етапі виконання дисертаційної роботи було вивчено та проаналізовано, в розрізі адміністративних територій, характеристику населення Закарпатської області, основні демографічні показники та основні показники його здоров'я. До основних показників здоров'я віднесено показники захворюваності дорослого та дитячого населення та показники поширеності серед вказаних категорій захворювань. Вивчено та проаналізовано структуру захворюваності та поширеності хвороб.

3.1. Чисельність та склад населення Закарпатської області, характеристика демографічних показників

На першому етапі дослідження було вивчено та проаналізована склад населення Закарпатської області в розрізі адміністративних територій. Отримані результати наведено в табл. 3.1.

Аналіз наведених в табл. 3.1 даних вказує на те, що в області, станом на 2017 рік, проживало 1255944 осіб із яких 603475 (48,04 %) склали чоловіки та 652469 (51,96 %) жінки. Працездатне населення складало 706594 (56,29 %) осіб, а дитяче населення 292011 (23,25 %) осіб. Кількість населення та його віковий та статевий склад в розрізі адміністративних територій мав суттєві відмінності. Значна частина населення Закарпатської області проживає в сільській місцевості. Статистичні дані про населення, яке проживає в сільській місцевості наведено в табл. 3.2.

Таблиця 3.1

Населення Закарпатської області (за даними Головного управління статистики станом на 1 січня 2017 р.)

| Територія | Все населення | | | Працездатне населення | | | Діти (0-14) | Підлітки (15-17) | 0-17 | Дорослі >=18 |
|---------------------------|-----------------|----------|--------|-----------------------|----------|--------|----------------|---------------------|--------|-----------------|
| | Обидві статі | Чоловіки | жінки | Обидві статі | Чоловіки | Жінки | | | | |
| Берегівський район | 51220 | 24380 | 26840 | 29702 | 15577 | 14125 | 8900 | 1592 | 10492 | 40728 |
| Берегове | 23588 | 11006 | 12582 | 13045 | 6691 | 6354 | 4608 | 773 | 5381 | 18207 |
| Берегівський район | 74808 | 35386 | 39422 | 42747 | 22268 | 20479 | 13508 | 2365 | 15873 | 58935 |
| Великобerezнянський район | 26797 | 12940 | 13857 | 14468 | 7697 | 6771 | 5275 | 899 | 6174 | 20623 |
| Виноградівський район | 121174 | 58304 | 62870 | 68033 | 35639 | 32394 | 26428 | 4345 | 30773 | 90401 |
| Воловецький район | 24452 | 11800 | 12652 | 12931 | 6923 | 6008 | 4857 | 805 | 5662 | 18790 |
| Іршавський район | 100453 | 48602 | 51851 | 55921 | 29818 | 26103 | 20646 | 3451 | 24097 | 76356 |
| Міжгірський район | 47814 | 23639 | 24175 | 26408 | 14374 | 12034 | 9822 | 1763 | 11585 | 36229 |
| Мукачівський район | 100837 | 47968 | 52869 | 56064 | 29458 | 26606 | 20139 | 3362 | 23501 | 77336 |
| м. Мукачеве | 85383 | 39859 | 45524 | 49644 | 25202 | 24442 | 15135 | 2342 | 17477 | 67906 |
| Мукачівський район | 186220 | 87827 | 98393 | 105708 | 54660 | 51048 | 35274 | 5704 | 40978 | 145242 |
| Перечинський район | 32197 | 15543 | 16654 | 17098 | 9050 | 8048 | 7376 | 1132 | 8508 | 23689 |
| Рахівський район | 92903 | 45201 | 47702 | 51538 | 27325 | 24213 | 21042 | 3440 | 24482 | 68421 |
| Свалявський район | 54059 | 25897 | 28162 | 29859 | 15726 | 14133 | 10988 | 1773 | 12761 | 41298 |
| Тячівський район | 175085 | 86175 | 88910 | 99440 | 53571 | 45869 | 35475 | 5887 | 41362 | 133723 |
| Ужгородський район | 71289 | 34049 | 37240 | 40098 | 21095 | 19003 | 13672 | 2068 | 15740 | 55549 |
| м. Чоп | 8891 | 4229 | 4662 | 5178 | 2717 | 2461 | 1679 | 315 | 1994 | 6897 |
| Ужгородський район | 80180 | 38278 | 41902 | 45276 | 23812 | 21464 | 15351 | 2383 | 17734 | 62446 |
| м. Ужгород | 112447 | 52217 | 60230 | 65395 | 33280 | 32115 | 19486 | 2897 | 22383 | 90064 |
| Хустський район | 96096 | 47056 | 49040 | 54827 | 29409 | 25418 | 18915 | 3381 | 22296 | 73800 |
| м. Хуст | 31259 | 14610 | 16649 | 16945 | 8703 | 8242 | 6409 | 934 | 7343 | 23916 |
| Хустський район | 127355 | 61666 | 65689 | 71772 | 38112 | 33660 | 25324 | 4315 | 29639 | 97716 |
| Закарпатська область | 1255944 | 603475 | 652469 | 706594 | 372255 | 334339 | 250852 | 41159 | 292011 | 963933 |

Таблиця 3.2

Сільське населення Закарпатської області, 2017 р.

| Територія | Сільська місцевість | | | | | | | | |
|-----------------------------|---------------------|---------------|---------------|----------------|---------------------|------------------|----------------------------------|-------------------------------|------------------------|
| | Обидві статі | Чолові ки | Жінки | Діти (0-14) | Підлітки (15-17) | Дорослі (≥18) | Працездатне (обидві статі) | Працездат не (чоловіки) | Працездатне (жінки) |
| Берегівський район | 48508 | 23087 | 25421 | 8450 | 1529 | 38529 | 28039 | 14696 | 13343 |
| Великобerezнянський район | 19421 | 9413 | 10008 | 3460 | 628 | 15333 | 10687 | 5720 | 4967 |
| Виноградівський район | 83035 | 40079 | 42956 | 17819 | 3072 | 62144 | 47053 | 24755 | 22298 |
| Воловецький район | 18150 | 8808 | 9342 | 3474 | 613 | 14063 | 9731 | 5210 | 4521 |
| Іршавський район | 91246 | 44200 | 47046 | 18757 | 3185 | 69304 | 51051 | 27269 | 23782 |
| Міжгірський район | 38436 | 19120 | 19316 | 7661 | 1406 | 29369 | 21519 | 11773 | 9746 |
| Мукачівський район | 89618 | 42670 | 46948 | 17883 | 2960 | 68775 | 50037 | 26276 | 23761 |
| Перечинський район | 25506 | 12360 | 13146 | 6083 | 922 | 18501 | 13530 | 7136 | 6394 |
| Рахівський район | 56171 | 27523 | 28648 | 12575 | 2163 | 41433 | 31493 | 16789 | 14704 |
| Свалявський район | 37059 | 17908 | 19151 | 7234 | 1192 | 28633 | 20915 | 11101 | 9814 |
| Тячівський район | 130230 | 64541 | 65689 | 26267 | 4506 | 99457 | 74458 | 40363 | 34095 |
| Ужгородський район | 67143 | 32093 | 35050 | 12469 | 1978 | 52696 | 38080 | 20028 | 18052 |
| Хустський район | 91029 | 44572 | 46457 | 17457 | 3160 | 70412 | 52180 | 27952 | 24228 |
| Закарпатська область | 795552 | 386374 | 409178 | 159589 | 27314 | 608649 | 448773 | 239068 | 209705 |

Аналіз наведених в табл. 3.2. даних вказує на те, що в області проживає 795552 (63,3 % від загальної кількості) сільського населення. Із загальної кількості сільського населення чоловіки складають 386374 (48,56 %), а жінки 409178 (51,44 %). Населення працездатного віку становить 448773 (56,41 %), а діти у віці до 14 років 159589 (20,06 %) та підлітки 27314 (3,43 %).

Далі вивчена та проаналізована динаміка основних демографічних показників, яка наведена в табл. 3.3.

Аналіз наведених в табл. 3.3 даних вказує на те, що загальна кількість населення, яке проживає в області має тенденцію до зростання і в 2017 році становила 1256325 осіб.

За період 2007-2016 рр. показник народжуваності (на 1000 нас., ‰) мав тенденцію до скорочення: з 13,5 до 12,7 з найвищим показником (15,1) в 2012 році. При цьому кількість народжених живили скоротилася (на 6,0 %), а кількість народжених мертвими зросла (на 43,2 %).

Показник загальної смертності (на 1000 нас., ‰) населення в динаміці 2007-2016 рр скоротився з 13,3 до 12,2 (на 8,2 %). Також скоротилася на 13,3 % смертність дітей віком до 1-го року життя і склала в 2017 році 10,4 на 1000 народжених живими, ‰.

В області спостерігається позитивний приріст населення, який в 2017 році складає 0,5 з найвищим показником (3,3) в 2012 році.

Основні демографічні показники в розрізі адміністративних територій мають суттєві відмінності. Вони наведені в табл. 3.4.

Аналіз наведених в табл. 3.4 даних вказує на достовірні коливання основних медико-демографічних даних в розрізі адміністративних територій. Так, коливання показника природного приросту населення в розрізі адміністративних територій визначається від від'ємного (-2,64) в Ужгородському районі до найвищого в Берегівському районі (3,41) при середньо обласному +0,12.

Таблиця 3.3

Динаміка основних демографічних показників, 2007-2016 рр.

| Показник | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|---|---------|----------|----------|----------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Постійне населення, всього | 1239773 | 1240 530 | 1241 995 | 1244 517 | 1247926 | 1251560 | 1254017 | 1256737 | 1256325 | 1256325 |
| чоловіки | 594 078 | 594 327 | 594 627 | 596 120 | 598 098 | 600130 | 601601 | 603177 | 603357 | 603357 |
| жінки | 645 695 | 646 203 | 647 368 | 648 397 | 649 828 | 651430 | 652416 | 653560 | 652968 | 652968 |
| міське населення | 456 295 | 456 724 | 457 421 | 458 616 | 460 126 | 461254 | 461716 | 462128 | 461802 | 461802 |
| сільське населення | 783 478 | 783 806 | 784 574 | 785 901 | 787 800 | 790306 | 792301 | 794609 | 794523 | 794523 |
| Народжуваність (на 1000 нас.,‰) | 13,5 | 14,7 | 14,6 | 14,7 | 14,8 | 15,1 | 14,7 | 14,6 | 13,3 | 12,7 |
| живонароджені (абс.дані) | 16 833 | 18 292 | 18 219 | 18 301 | 18 460 | 18968 | 18490 | 18377 | 16788 | 16000 |
| мертвонароджені (абс.дані) | 81,0 | 100 | 112 | 143 | 135 | 148 | 126 | 122 | 90 | 116 |
| Загальна смертність (на 1000 нас.,‰) | 13,3 | 13 | 12,5 | 12 | 11,7 | 11,8 | 11,8 | 11,8 | 12,3 | 12,2 |
| усього померлих (абс.дані) | 16 488 | 16 155 | 15 587 | 14 947 | 14 588 | 14813 | 14801 | 14808 | 15549 | 15399 |
| Смертність дітей віком до 1-го року (на 1000 народжених живими,‰) | 12,0 | 11,4 | 13,1 | 10,9 | 10,6 | 8,9 | 9,4 | 9 | 10,5 | 10,4 |
| усього померлих (абс.дані) | 203 | 206 | 238 | 199 | 195 | 168 | 175 | 165 | 180 | 168 |
| Природний приріст | 0,2 | 1,7 | 2,1 | 2,7 | 3,1 | 3,3 | 2,9 | 2,8 | 1,0 | 0,5 |

Таблиця 3.4

Основні демографічні показники в розрізі адміністративних територій, 2017 рік

| Показник | Берегівський р-н | В.Березнянський р-н | Виноградівський р-н | Воловецький р-н | Іршавський р-н | Міжгірський р-н | Мукачівський р-н | Перечинський р-н | Рахівський р-н | Свалявський р-н | Тячівський р-н | Ужгородський р-н | Хустський р-н | м. Ужгород | Інші | По області |
|---|------------------|---------------------|---------------------|-----------------|----------------|-----------------|------------------|------------------|----------------|-----------------|----------------|------------------|---------------|------------|------|--------------|
| Народжуваність (на 1000 нас.,‰) | 9,60 | 12,35 | 13,17 | 10,27 | 13,26 | 11,54 | 10,91 | 13,63 | 12,69 | 11,84 | 12,07 | 10,56 | 11,24 | 10,37 | | 11,65 |
| живонароджені (абс.дані) | 718 | 331 | 1596 | 251 | 1332 | 552 | 2031 | 439 | 1179 | 640 | 2113 | 847 | 1432 | 1166 | | 14627 |
| мертвонароджені (абс.дані) | 6 | 4 | 17 | 0 | 5 | 4 | 3 | 2 | 6 | 3 | 13 | 7 | 16 | 9 | | 95 |
| Загальна смертність (на 1000 нас., ‰) | 13,01 | 14,40 | 10,84 | 13,01 | 11,17 | 12,99 | 11,38 | 13,98 | 11,49 | 12,19 | 10,63 | 13,20 | 10,70 | 10,43 | | 11,53 |
| усього померлих (абс.дані) | 973 | 386 | 1314 | 318 | 1122 | 621 | 2119 | 450 | 1067 | 659 | 1861 | 1058 | 1363 | 1173 | | 14484 |
| Смертність дітей віком до 1-го року,‰ | 10,84 | 8,96 | 19,86 | 0,00 | 11,61 | 3,38 | 7,12 | 16,36 | 15,47 | 7,25 | 12,35 | 7,73 | 7,22 | 7,49 | | 10,76 |
| усього померлих (абс.дані) | 8 | 3 | 32 | 0 | 16 | 2 | 15 | 8 | 20 | 5 | 27 | 7 | 11 | 9 | 2 | 165 |
| Природний приріст | -3,41 | -2,05 | 2,33 | -2,74 | 2,09 | -1,45 | -0,47 | -0,35 | 1,20 | -0,35 | 1,44 | -2,64 | 0,54 | -0,06 | | 0,12 |

Також в межах адміністративних територій відрізняються показники народжувальності та смертності населення.

3.2. Характеристика показників захворюваності населення Закарпатської області та поширеності серед нього хвороб

Вивчення тенденцій захворюваності та поширеності хвороб серед населення є однією з важливих складових стратегічного планування медичної галузі особливо в умовах реформування системи надання медичної допомоги населенню, яке проводиться наразі в Україні.

3.2.1. Характеристика показників захворюваності дорослого населення Закарпатської області та поширеності серед нього хвороб

На початку дослідження були вивчені та проаналізовані показники захворюваності дорослого населення Закарпатської області в розрізі адміністративних територій. Отримані дані наведено в табл. 3.5.

Таблиця 3.5

Захворюваність дорослого населення Закарпатської області, 2015-2017 рр. (на 1 тисячу дорослого населення)

| Адміністративна територія | 2015 | 2016 | 2017 | 2017 до 2015 |
|-----------------------------|----------------|----------------|-----------------|---------------|
| Закарпатська область | 492,646 | 512,106 | 49 6,250 | +3,604 |
| Берегівський район | 535,316 | 559,595 | 53 9,578 | +4,262 |
| Великобerezнянський район | 382,732 | 426,884 | 43 4,418 | +516,866 |
| Виноградівський район | 553,161 | 589,175 | 608,378 | +55,217 |
| Воловецький район | 517,306 | 523,144 | 46 1,682 | -55,624 |
| Іршавський район | 606,827 | 593,374 | 57 6,418 | -30,409 |
| Міжгірський район | 382,697 | 442,144 | 46 4,021 | +8,324 |
| Мукачівський район | 383,638 | 365,742 | 34 3,854 | -39,784 |

Продовження таблиці 3.5

| | | | | |
|--------------------|---------|---------|----------|---------|
| Перечинський район | 419,24 | 450,004 | 42 3,488 | +42,420 |
| Рахівський район | 580,61 | 551,679 | 53,183 | -42,429 |
| Свалявський район | 390,153 | 419,754 | 43 2,055 | +41,902 |
| Тячівський район | 402,018 | 431,949 | 46 8,805 | +66,787 |
| Ужгородський район | 359,321 | 397,437 | 40 4,654 | +45,333 |
| Хустський район | 713,918 | 798,625 | 73 4,005 | +20,087 |
| м. Ужгород | 433,318 | 532,262 | 43 0,505 | -2,813 |

Аналіз наведених в табл. 3.5 даних вказує на тенденцію до підвищення показника захворюваності дорослого населення в області з його найвищим значенням в 2016 році - 51 2,106. За період дослідження підвищення показника захворюваності дорослого населення зареєстровано у 9 (64,3 %) адміністративних територіях, а його зменшення в 5 (35,7 %) адміністративних територіях. При цьому гранична різниця показника в розрізі адміністративних територій відрізняється в 2,1 разу: від 34 3,854 в Мукачівському до 73 4,005 в Хустському районі.

В структурі захворюваності дорослого населення провідні місця займають наступні класи хвороб: хвороби органів дихання (35,3 %), хвороби органів травлення (7,3 %), хвороби системи кровообігу (12,5 %), травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин (7,0 %).

Наступним кроком дослідження було вивчення та проведення аналізу показників поширеності хвороб серед дорослого населення області. Отримані результати представлені в табл. 3.6.

Аналіз наведених в табл. 3.6 даних вказує на зменшення, за період дослідження, показника поширеності хвороб серед дорослого населення на 1,5 % з рівнем в 2017 році 162785,6 на 100 тисяч дорослого населення. Зменшення даного показника зареєстровано в 10 (71,4 %) адміністративних територіях, а його збільшення в 4 (28,6 %) адміністративних територіях. При цьому гранична

різниця показника в розрізі адміністративних територій відрізняється в 1,3 разу: від 140021,8 в Ужгородському до 185885,6 в Хустському районі. Вище середнього показника по області (162785,6) зареєстровано показник поширеності хвороб серед дорослого населення в Хустському (185885,6), Іршавському (177041,8), Воловецькому (169978,7), Тячівському (169353,1) районах та м. Ужгород (176622,2).

Таблиця 3.6

**Поширеність хвороб серед дорослого населення Закарпатської області,
2015-2017 рр. (на 100 тисяч дорослого населення)**

| Адміністративна територія | 2015 | 2016 | 2017 | 2017 до 2015 |
|-----------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|---------------|
| Закарпатська область | 165382,8 | 165339,3 | 167785,6 | -597,2 |
| Берегівський район | 167515,8 | 161614,2 | 162114,2 | -5401,6 |
| Великоберезнянський район | 144526,5 | 145950,9 | 146021,4 | +1494,9 |
| Виноградівський район | 149648,6 | 157071,5 | 160466,1 | +10817,5 |
| Воловецький район | 177505,4 | 177435,3 | 169978,7 | -7526,7 |
| Іршавський район | 178239,2 | 177543,7 | 177041,8 | -1197,4 |
| Міжгірський район | 131394,5 | 135364,3 | 142192,7 | +10798,2 |
| Мукачівський район | 157268,2 | 152250,7 | 150210,7 | -7057,5 |
| Перечинський район | 157823,0 | 156883,9 | 154147,5 | -3675,5 |
| Рахівський район | 166929,6 | 164787,3 | 162650,4 | -4279,2 |
| Свалявський район | 146141,4 | 148031,3 | 143353,2 | -2788,2 |
| Тячівський район | 162579,5 | 165886,5 | 169353,1 | +6773,6 |
| Ужгородський район | 153150,6 | 159425,6 | 140021,8 | -13218,8 |
| Хустський район | 180639,7 | 188661,0 | 185885,6 | +5245,9 |
| м. Ужгород | 179322,7 | 189178,5 | 176622,2 | -2700,5 |

В структурі поширеності хвороб серед дорослого населення області провідні місця займають наступні класи хвороб: хвороби системи кровообігу (40,2 %), хвороби органів дихання (14,0 %), хвороби органів травлення (10,8 %),

хвороби ендокринної системи розлади харчування, порушення обміну речовин (7,7 %).

3.2.2. Характеристика показників захворюваності дитячого населення Закарпатської області та поширеності серед нього хвороб

Далі вивчалися та аналізувалися показники захворюваності дитячого населення області. Отримані дані наведено в табл. 3.7.

Таблиця 3.7

Захворюваність дитячого населення Закарпатської області, 2015-2017 рр. (на 1 тисячу дитячого населення)

| Адміністративна територія | 2015 | 2016 | 2017 | 2017 до 2015 |
|-----------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Закарпатська область | 980,31 | 938,10 | 887,85 | -92,46 |
| Берегівський район | 1172,47 | 1171,89 | 1223,78 | +51,38 |
| Великобerezнянський район | 718,78 | 801,04 | 769,52 | +50,74 |
| Виноградівський район | 1120,15 | 1117,74 | 1073,05 | -47,10 |
| Воловецький район | 1132,24 | 999,29 | 780,47 | -351,77 |
| Іршавський район | 671,08 | 589,36 | 498,69 | -172,39 |
| Міжгірський район | 995,33 | 999,31 | 877,51 | -117,82 |
| Мукачівський район | 1140,92 | 835,99 | 834,74 | -306,18 |
| Перечинський район | 910,62 | 912,84 | 859,66 | -50,96 |
| Рахівський район | 1006,90 | 990,83 | 1002,74 | -4,16 |
| Свалявський район | 884,25 | 905,00 | 887,39 | +3,14 |
| Тячівський район | 668,47 | 660,75 | 629,44 | -39,03 |
| Ужгородський район | 899,65 | 1000,91 | 883,44 | -16,21 |
| Хустський район | 867,85 | 867,08 | 861,87 | -5,98 |
| м. Ужгород | 1325,19 | 1561,97 | 1377,12 | + 51,93 |

Аналіз наведених в табл. 3.7 даних вказує на тенденцію до зниження показника захворюваності дитячого населення області. За період дослідження зареєстровано зниження показника захворюваності дитячого населення в 10 (71,4 %) адміністративних територіях, а його збільшення в 4 (28,6 %) адміністративних територіях.

Гранична різниця показника захворюваності дитячого населення в розрізі адміністративних територій відрізняється в 2,8 разу: від 498,69 в Іршавському районі до 1377,12 в м. Ужгород.

Вище середнього показника по області (887,85) зареєстровано показник захворюваності дитячого населення в Берегівському (1223,78), Виноградівському (1073,05), Рахівському (1002,74) районах та м. Ужгород (1 377,12).

В структурі захворюваності дитячого населення провідні місця займають наступні класи хвороб: хвороби органів дихання (60,4 %), хвороби органів травлення (6,6 %), хвороби шкіри та підшкірної клітковини (6,0 %).

Наступним кроком дослідження було вивчення та проведення аналізу показників поширеності хвороб серед дитячого населення Закарпатської області. Отримані дані наведено в табл. 3.8.

Таблиця 3.8

**Поширеність хвороб серед дитячого населення Закарпатської області,
2015-2017 рр. (на 1 тисячу дитячого населення)**

| Адміністративна територія | 2015 | 2016 | 2017 | 2017 до 2015 |
|-----------------------------|----------------|----------------|----------------|---------------|
| Закарпатська область | 1355,76 | 1318,50 | 1265,11 | -90,65 |
| Берегівський район | 1414,95 | 1450,55 | 1506,77 | +91,82 |
| Великобerezнянський район | 1049,53 | 1144,58 | 1110,46 | +60,93 |
| Виноградівський район | 1484,64 | 1482,55 | 1435,74 | -48,90 |
| Воловецький район | 1517,08 | 1587,12 | 1393,85 | -123,23 |
| Іршавський район | 1058,67 | 967,95 | 883,06 | -175,61 |
| Міжгірський район | 1311,48 | 1329,12 | 1223,31 | -811,63 |

Продовження таблиці 3.8

| | | | | |
|--------------------|---------|---------|---------|---------|
| Мукачівський район | 1560,20 | 1264,25 | 1263,68 | -296,52 |
| Перечинський район | 1205,22 | 1196,06 | 1143,63 | -61,59 |
| Рахівський район | 1370,78 | 1329,36 | 1328,16 | -42,62 |
| Свалявський район | 1233,00 | 1246,39 | 1225,61 | -7,39 |
| Тячівський район | 982,88 | 966,03 | 944,88 | -16,00 |
| Ужгородський район | 1322,67 | 1593,42 | 1300,72 | -21,95 |
| Хустський район | 1230,67 | 1275,48 | 1223,39 | -7,28 |
| м. Ужгород | 1857,56 | 2072,26 | 1923,33 | +65,77 |

Аналіз наведених в табл. 3.8 вказує на зменшення показника поширеності хвороб серед дитячого населення області за роки дослідження на 6,6 % з рівнем в 2017 році 1265,11 в розрахунку на тисячу дітей. За період дослідження зниження показника поширеності хвороб серед дитячого населення зареєстровано в 11 (78,6 %) адміністративних територіях, а його підвищення в 3 (21,4 %) адміністративних територіях.

В розрізі адміністративних територій гранична різниця вказаного показника відрізняється в 2,2 рази: від 883,06 у Іршавському районі до 1923,33 в м. Ужгород.

В структурі поширеності хвороб серед дитячого населення області провідні місця займають наступні класи хвороб: хвороби органів дихання (46,5 %), хвороби ендокринної системи розлади харчування, порушення обміну речовин (7,6 %), хвороби органів травлення (7,1%), хвороби ока та придаткового апарату (5,7 %), хвороби шкіри та підшкірної клітковини (5,4 %).

На рис. 3.1. представлено динаміку показників захворюваності та поширеності хвороб серед дитячого населення Закарпатської області за період 2015-2017 рр.

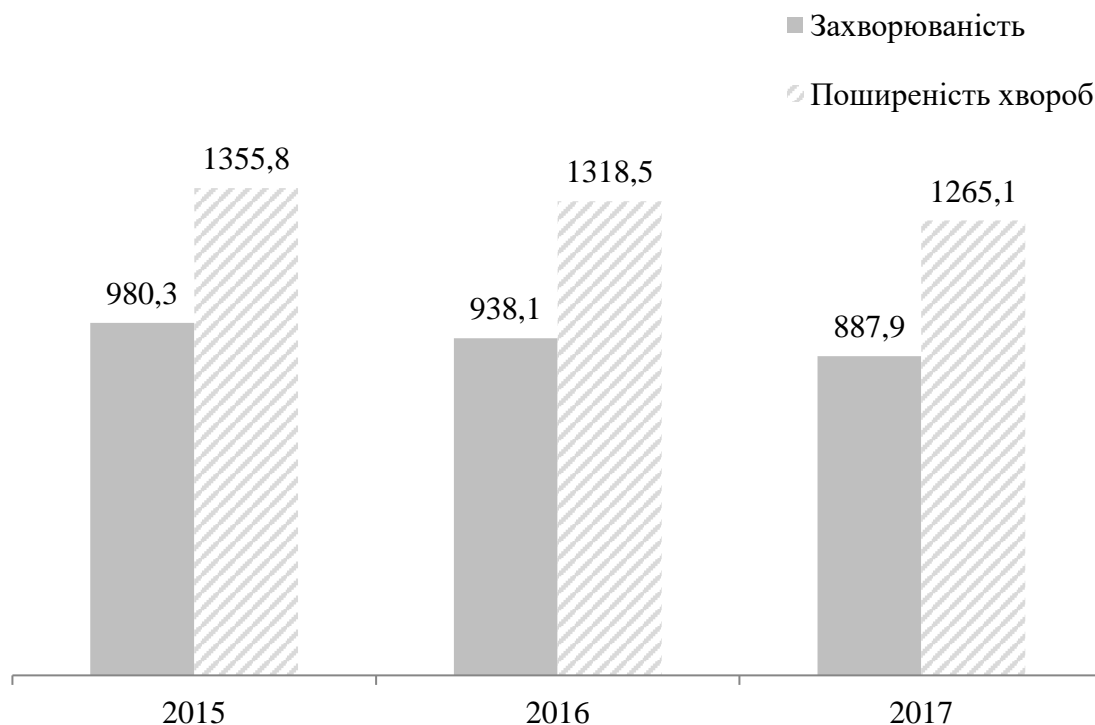


Рис 3.1. Динаміка захворюваності та поширеності хвороб серед дитячого населення Закарпатської області, 2015-2017 рр. (на 1 тисячу дитячого населення)

3.2.3. Характеристика показників захворюваності всього населення Закарпатської області та поширеності серед нього хвороб

Далі були вивчені та проаналізовані дані щодо поширеності хвороб серед всього населення Закарпатської області за класами хвороб за період 2015-2017 рр. Отримані результати наведено в табл. 3.9.

Аналіз наведених в табл. 3.9 даних вказує на те, що найбільший рівень в поширеності хвороб займають наступні класи хвороб: хвороби органів кровообігу - 50714,3 (32,86 %); хвороби органів дихання - 31158,2 (20,19 %); хвороби органів травлення - 15557,7 (10,08 %).

Наступним кроком дослідження було вивчення та аналіз даних щодо захворюваності всього населення Закарпатської області за класами хвороб за період 2015-2017 рр. Отримані результати наведено в табл. 3.10.

Таблиця 3.9

Поширеність хвороб серед всього населення Закарпатської області за класами хвороб, 2015-2017 рр.

| Найменування | 2017 | | 2016 | | 2015 | |
|---|----------------|--------------------------------|----------------|--------------------------------|----------------|--------------------------------|
| | абсолютні дані | на 100000 відповідн. населення | абсолютні дані | на 100000 відповідн. населення | абсолютні дані | на 100000 відповідн. населення |
| Усі хвороби | 1938570,0 | 154351,6 | 1979680 | 157577,1 | 1992005,0 | 158 506,1 |
| у т.ч.: Деякі інфекційні та паразитарні хвороби | 29153,0 | 2321,2 | 30599 | 2435,6 | 31 796,0 | 2 530,0 |
| Новоутворення | 37314,0 | 2971,0 | 38038 | 3027,7 | 36 910,0 | 2 937,0 |
| Хвороби крові, кровотворних органів і окремі порушення із залученням імунного механізму | 25433,0 | 2025,0 | 25850 | 2057,6 | 25 814,0 | 2 054,0 |
| Хвороби ендокринної системи, розлади харчування, порушення обміну речовин | 148944,0 | 11859,1 | 149061 | 11864,8 | 147 500,0 | 11 736,7 |
| Розлади психіки та поведінки | 50724,0 | 4038,7 | 52431 | 4173,4 | 52838,0 | 4204,4 |
| Хвороби нервової системи | 47860,0 | 3810,7 | 47267 | 3762,3 | 47628,0 | 3789,8 |
| Хвороби ока та придаткового апарату | 81451,0 | 6485,2 | 82434 | 6561,5 | 81792,0 | 6508,3 |
| Хвороби вуха та соскоподібного відростка | 30431,0 | 2423,0 | 30388 | 2418,8 | 31123,0 | 2476,5 |
| Хвороби органів дихання | 391329,0 | 31158,2 | 412751 | 32853,8 | 408389,0 | 32496,0 |

Продовження таблиці 3.9

| | | | | | | |
|---|----------|---------|--------|---------|----------|---------|
| Хвороби системи кровообігу | 636943,0 | 50714,3 | 640891 | 51013,2 | 645735,0 | 51381,9 |
| гіпертонічна хвороба (всі форми) | 307514,0 | 24484,7 | 310972 | 24752,5 | 310556,0 | 24711,3 |
| Хвороби органів травлення | 195396,0 | 15557,7 | 201045 | 16002,6 | 210057,0 | 16714,5 |
| Хвороби шкіри та підшкірної клітковини | 45597,0 | 3630,5 | 46645 | 3712,8 | 46503,0 | 3700,3 |
| Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини | 73041,0 | 5815,6 | 73476 | 5848,5 | 75170,0 | 5981,4 |
| Хвороби сечостатевої системи | 72161,0 | 5745,6 | 70575 | 5617,6 | 72495,0 | 5768,5 |
| Вагітність, пологи та післяпологовий період | 10261,0 | 3286,3 | 11425 | 3630,8 | 13310,0 | - |
| Уроджені аномалії (вади розвитку), деформації і хромосомні порушення | 10569,0 | 841,5 | 10971 | 873,3 | 10962,0 | 872,3 |
| Симптоми, ознаки та відхилення від норми, що виявлені під час лабораторних та клінічних досліджень, не класифіковані в інших рубриках | 1684,0 | 134,1 | 1715 | 136,5 | 1571,0 | 125,0 |
| Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин | 48419,0 | 3855,2 | 52135 | 4149,8 | 50351,0 | 4006,5 |

Таблиця 3.10

Захворюваність всього населення Закарпатської області за класами хвороб, 2015-2017 рр.

| Найменування | 2017 | | 2016 | | 2015 | |
|---|----------------|--------------------------------|----------------|--------------------------------|----------------|--------------------------------|
| | абсолютні дані | на 100000 відповідн. населення | абсолютні дані | на 100000 відповідн. населення | абсолютні дані | на 100000 відповідн. населення |
| Усі хвороби | 737615,0 | 58729,9 | 767421 | 61084,6 | 760 516,0 | 60 515,1 |
| у т.ч.: Деякі інфекційні та паразитарні хвороби | 17952,0 | 1429,4 | 19806 | 1576,5 | 19 686,0 | 1 566,4 |
| Новоутворення | 8398,0 | 668,7 | 8361 | 665,5 | 8 157,0 | 649,1 |
| Хвороби крові, кровотворних органів і окремі порушення із залученням імунного механізму | 8909,0 | 709,3 | 9249 | 736,2 | 9 036,0 | 719,0 |
| Хвороби ендокринної системи, розлади харчування, порушення обміну речовин | 19223,0 | 1530,6 | 20389 | 1622,9 | 21 144,0 | 1 682,5 |
| Розлади психіки та поведінки | 3251,0 | 258,8 | 3513 | 279,6 | 3475,0 | 276,5 |
| Хвороби нервової системи | 19307,0 | 1537,3 | 18493 | 1472,0 | 18919,0 | 1505,4 |
| Хвороби ока та придаткового апарату | 43318,0 | 3449,0 | 44227 | 3520,3 | 43469,0 | 3458,9 |
| Хвороби вуха та соскоподібного відростка | 23307,0 | 1855,7 | 23539 | 1873,6 | 23759,0 | 1890,5 |

Продовження табл. 3.10

| | | | | | | |
|---|----------|---------|--------|---------|----------|---------|
| Хвороби системи кровообігу | 61032,0 | 4859,5 | 60998 | 4855,3 | 60109,0 | 4782,9 |
| гіпертонічна хвороба (всі форми) | 22195,0 | 1767,2 | 23378 | 1860,8 | 22282,0 | 1773,0 |
| Хвороби органів дихання | 325770,0 | 25938,3 | 346649 | 27592,3 | 341418,0 | 27167,0 |
| Хвороби органів травлення | 52002,0 | 4140,5 | 52799 | 4202,7 | 53153,0 | 4229,4 |
| Хвороби шкіри та підшкірної клітковини | 35385,0 | 2817,4 | 36921 | 2938,8 | 36180,0 | 2878,9 |
| Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини | 29239,0 | 2328,0 | 29481 | 2346,6 | 28539,0 | 2270,9 |
| Хвороби сечостатевої системи | 32371,0 | 2577,4 | 29900 | 2380,0 | 30603,0 | 2435,1 |
| Вагітність, пологи та післяпологовий період | 8257,0 | 2644,4 | 9343 | 2969,1 | 10278,0 | - |
| Уроджені аномалії (вади розвитку), деформації і хромосомні порушення | 1391,0 | 110,8 | 1424 | 113,3 | 1714,0 | 136,4 |
| Симптоми, ознаки та відхилення від норми, що виявлені під час лабораторних та клінічних досліджень, не класифіковані в інших рубриках | 1538,0 | 122,5 | 1583 | 126,0 | 1427,0 | 113,5 |
| Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин | 45105,0 | 3591,3 | 48763 | 3881,4 | 47389,0 | 3770,8 |

Аналіз наведених в табл. 3.10 даних вказує на те, що ведучими класами в показниках захворюваності населення є наступні: хвороби органів дихання – 25938,3 (44,17 %); хвороби органів кровообігу – 4859,5 (8,27 %); хвороби органів травлення – 4140,5 (7,05 %); травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин - 3591,3 (6,11 %).

На рис. 3.2. представлено динаміку захворюваності та поширеності хвороб серед усього населення області за період 2015-2017 рр.

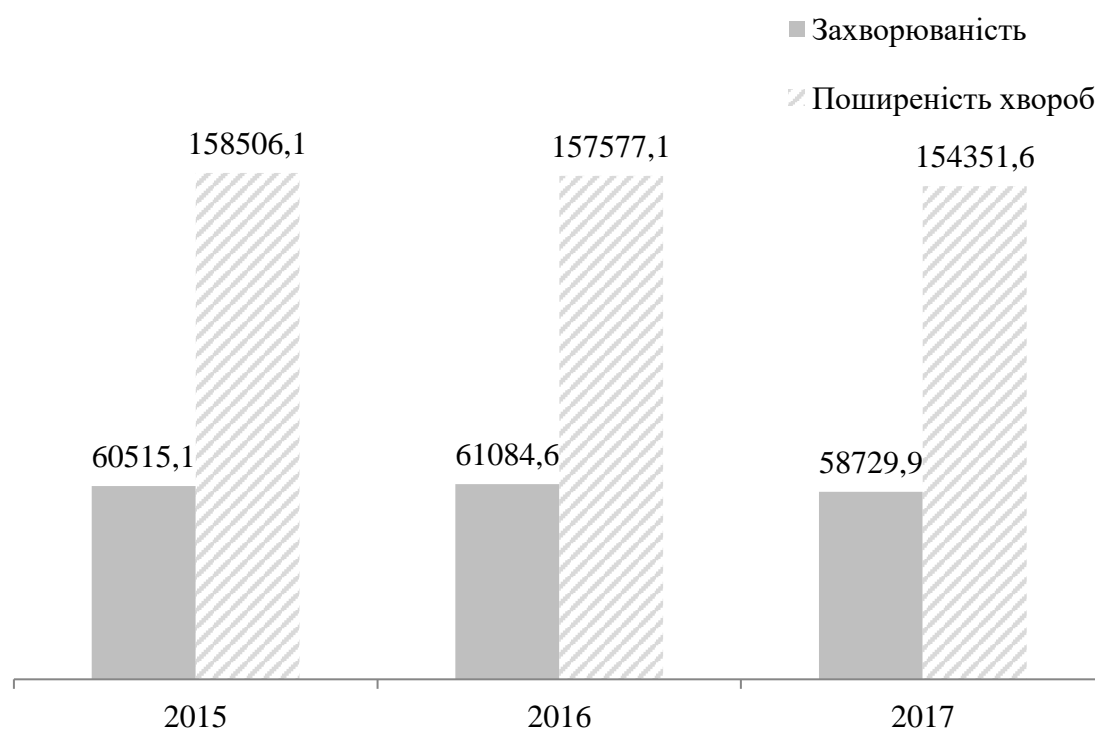


Рис 3.2. Динаміка захворюваності та поширеності хвороб серед усього населення Закарпатської області, 2015-2017 рр. (на 100 тисяч населення)

3.3. Охоплення населення Закарпатської області диспансерним наглядом

Останнім кроком на даному етапі дослідження стало вивчення та проведення аналізу стану диспансерного нагляду за населенням, яке має хронічні захворювання. Отримані в ході дослідження результати наведено в табл. 3.11.

Таблиця 3.11

Диспансерний нагляд за населенням Закарпатської області з хворобами за класами хвороб, 2017 рр.

| Найменування | Перебуває під диспансерним наглядом на кінець року | | Повнота охоплення диспансерним наглядом |
|---|--|----------------------------------|---|
| | абсолютні дані | на 100000 відповідного населення | |
| Усі хвороби | 1098741,0 | 87483,3 | 56,7 |
| у т.ч.: Деякі інфекційні та паразитарні хвороби | 11209,0 | 892,5 | 38,4 |
| Новоутворення | 29765,0 | 2369,9 | 79,8 |
| Хвороби крові, кровотворних органів і окремі порушення із залученням імунного механізму | 17028,0 | 1355,8 | 67,0 |
| Хвороби ендокринної системи, розлади харчування, порушення обміну речовин | 128980,0 | 10269,6 | 86,6 |
| Розлади психіки та поведінки | 46849,0 | 3730,2 | 92,4 |
| Хвороби нервової системи | 27374,0 | 2179,6 | 57,2 |
| Хвороби ока та придаткового апарату | 29155,0 | 2321,4 | 35,8 |
| Хвороби вуха та соскоподібного відростка | 6410,0 | 510,4 | 21,1 |
| Хвороби системи кровообігу | 496832,0 | 39558,5 | 78,0 |
| гіпертонічна хвороба (всі форми) | 277596,0 | 22102,6 | 90,3 |
| Хвороби органів дихання | 64570,0 | 5141,2 | 16,5 |
| Хвороби органів травлення | 136172,0 | 10842,2 | 69,7 |

Продовження таблиці 3.11

| | | | |
|---|---------|--------|------|
| Хвороби шкіри та підшкірної клітковини | 9412,0 | 749,4 | 20,6 |
| Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини | 39487,0 | 3144,0 | 54,1 |
| Хвороби сечостатевої системи | 40385,0 | 3215,5 | 56,0 |
| Вагітність, пологи та післяпологовий період | 2434,0 | 779,5 | 23,7 |
| Уроджені аномалії (вади розвитку), деформації і хромосомні порушення | 9105,0 | 725,0 | 86,1 |
| Симптоми, ознаки та відхилення від норми, що виявлені під час лабораторних та клінічних досліджень, не класифіковані в інших рубриках | 111,0 | 8,8 | 6,6 |
| Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин | 3122,0 | 248,6 | 6,4 |

Аналіз наведених в табл. 3.11 даних вказує на низький рівень охоплення населення, яке має хронічні захворювання, диспансерним наглядом та достовірні відмінності даного показника за класами хвороб. Так, найвищий рівень охоплення населення диспансерним наглядом зареєстровано за наступними класами хвороб: розлади психіки та поведінки (92,4 %), хвороби ендокринної системи, розлади харчування, порушення обміну речовин (86,6 %) та уроджені аномалії (вади розвитку), деформації і хромосомні порушення (86,1 %), а найнижчі показники зареєстровані за класами: травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин (6,4 %), хвороби органів дихання (16,5 %) та хвороби вуха та соскоподібного відростка (21,1 %). За соціальнозначущими класами хвороб:

хвороби системи кровообігу (78,0 %), новоутворення (79,8 %) та деякі інфекційні та паразитарні хвороби (38,4 %) рівень диспансеризації не недостатнім.

Висновки за розділом

В області, станом на початок 2017 року, проживало 1255944 осіб із яких 603475 (48,04 %) складали чоловіки та 652469 (51,96 %) жінки. Працездатне населення складало 706594 (56,29 %) осіб, а дитяче населення 292011 (23,25 %) осіб. В сільській місцевості проживає 795552 (63,3 %) особи. Кількість населення та його віковий та статевий склад в розрізі адміністративних територій мав суттєві відмінності. Мають особливості в розрізі адміністративних територій і основні демографічні показники.

Аналіз захворюваності дорослого населення показав тенденцію до підвищення показника з його найвищим значенням в 2016 році - 51210,6. Підвищення показника зареєстровано в 9 (64,3 %) адміністративних територіях, а його зменшення у 5 (35,7 %) адміністративних територіях. Гранична різниця показника в розрізі адміністративних територій відрізняється в 2,1 разу: від 34385,4 в Мукачівському до 73400,5 в Хустському районі. В структурі захворюваності дорослого населення провідні місця займають наступні класи хвороб: хвороби органів дихання (35,3 %), хвороби органів травлення (7,3 %), хвороби системи кровообігу (12,5 %), травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин (7,0 %).

Аналіз поширеності хвороб серед дорослого населення показав наступне. Зареєстровано зменшення показника на 1,5 % з рівнем в 2017 році 162785,6 на 100 тисяч дорослого населення. Гранична різниця показника в розрізі адміністративних територій відрізняється в 1,3 разу: від 140021,8 в Ужгородському до 185885,6 в Хустському районі. Вище середнього показника по області (162785,6) зареєстровано показник поширеності хвороб серед дорослого населення в Хустському (185885,6), Іршавському (177041,8), Воловецькому (169978,7), Тячівському (169353,1) районах та м. Ужгород (176622,2). В структурі

поширеності хвороб провідні місця займають: хвороби системи кровообігу (40,2 %), хвороби органів дихання (14,0 %), хвороби органів травлення (10,8 %), хвороби ендокринної системи розлади харчування, порушення обміну речовин (7,7 %).

Аналіз захворюваності дитячого населення показав тенденцію до зниження показника. Зареєстровано зниження показника в 10 (71,4 %) адміністративних територіях, а його збільшення в 4 (28,6 %) адміністративних територіях. Гранична різниця показника в розрізі адміністративних територій відрізняється в 2,8 разу: від 498,69 в Іршавському районі до 1 377,12 в м. Ужгород. Вище середньо обласного показника (887,85) зареєстровано показник в Берегівському (1 223,78), Виноградівському (1073,05), Рахівському (1 002,74) районах та м. Ужгород (1 377,12). В структурі захворюваності дитячого населення провідні місця займають хвороби органів дихання (60,4 %), хвороби органів травлення (6,6 %), хвороби шкіри та підшкірної клітковини (6,0 %).

Аналіз поширеності хвороб серед дитячого населення показав зменшення показника на 6,6 % з рівнем в 2017 році 1265,11 в розрахунку на тисячу дітей. За період дослідження зниження показника поширеності хвороб серед дитячого населення зареєстровано у 11 (78,6 %) адміністративних територіях, а його підвищення в 3 (21,4 %) адміністративних територіях. Гранична різниця показника відрізняється в розрізі адміністративних територій в 2,2 рази: від 883,06 в Іршавському районі до 1923,33 в м. Ужгород. В структурі поширеності хвороб провідні місця займають хвороби органів дихання (46,5 %), хвороби ендокринної системи розлади харчування, порушення обміну речовин (7,6 %), хвороби органів травлення (7,1 %), хвороби ока та придаткового апарату (5,7 %), хвороби шкіри та підшкірної клітковини (5,4 %).

В ході дослідження встановлено низький рівень охоплення населення, яке має хронічні захворювання, диспансерним наглядом та достовірні відмінності даного показника за класами хвороб. Найвищий рівень охоплення населення диспансерним наглядом зареєстровано за наступними класами хвороб: розлади психіки та поведінки (92,4 %), хвороби ендокринної системи, розлади харчування,

порушення обміну речовин (86,6 %) та уроджені аномалії (вади розвитку), деформації і хромосомні порушення (86,1 %), а найнижчі показники зареєстровані за класами: травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин (6,4 %), хвороби органів дихання (16,5 %) та хвороби вуха та соскоподібного відростка (21,1 %). За соціальнозначущими класами хвороб: хвороби системи кровообігу (78,0 %), новоутворення (79,8 %) та деякі інфекційні та паразитарні хвороби (38,4 %) є таким, що не дозволяє ефективно проводити вторинну профілактику захворювань.

Список особистих друкованих робіт за темою розділу:

1. Скрип В. В. Характеристика населення Закарпатської області та основні показники його здоров'я / В. В. Скрип // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 4 (40). – С. 93–99.
2. Skryp Vasyl V. Characteristic of morbidity indeces and prevalence of diseases among the population of transcarpathian region/ Vasyl V. Skryn, Ivan S. Mirnyk, Gennadiy O. Slabkiy // Wiadomosci Lekarskie. 2018. Tom LXXI, №5. – P. 1050-1055.

РОЗДІЛ 4

ХАРАКТЕРИСТИКА СИСТЕМИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ ТА ОСНОВНИХ ПОКАЗНИКІВ ДІЯЛЬНОСТІ

4.1. Аналіз мережі закладів охорони здоров'я Закарпатської області

Ефективність, доступність та якість необхідної населенню медичної допомоги залежить в тому числі від забезпеченості населення закладами охорони здоров'я різного виду (первинної, спеціалізованої, високоспеціалізованої) надання медичної допомоги. Важливе значення також мають такі характеристики, як потужність закладів охорони здоров'я та їх кадрове і ресурсне забезпечення, ефективність їх використання.

На початку дослідження (2017 рік) було вивчено та проаналізовано дані про мережу закладів охорони здоров'я в розрізі адміністративних територій області. Отримані дані наведені в табл. 4.1.

Аналіз наведених в табл. 4.1 даних вказує на те, що в області функціонувало 651 закладів охорони здоров'я. Найбільшу їх частку складають амбулаторії загальної практики-сімейної медицини (АЗПСМ) - 293 (44,7 %) із яких 232 (79,2 %) входять до складу центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) і 61 (20,8 %) є самостійними амбулаторіями, 252 (86,0 %), із них розташовані в сільській місцевості та 41 (14,0 %) розташовані в містах.

Друге місце за кількістю займають фельдшерсько-акушерські пункти (ФАПи). Їх в області функціонує 285 (43,4 %). Із них 38 (13,3 %) функціонують в населених пунктах з чисельністю населення більше 1000 осіб і в майбутньому мають бути реформованими в АЗПСМ. ФАПи входять до складу ЦПМСД.

Організацію надання первинної медико-санітарної допомоги населенню області забезпечують 13 Центрів ПМСД, які функціонують на території всіх адміністративних територій крім Виноградівського та Тячівського районів.

Таблиця 4.1

Мережа закладів охорони здоров'я області, 2017 рік

| | ЦРЛ | РЛ | ЦПМСД | Районні поліклініки | Міські поліклініки | Міські лікарні | Міські дитячі лікарні | Міський пологовий будинок | Дільничні лікарні | АЗПСМ Всього | * АЗПСМ в складі ЦПМСД | АЗПСМ самостійні | Сільські АЗПСМ | Міські АЗПСМ | ФАПів, всього | ФАПи з населенням більше 1000 чол. | ФАПи в складі ЦПМСД | ФАПи самостійні | ФАПи в складі АЗПСМ | Відділення ЗПСМ | Районні стоматологічні поліклініки | Обласні заклади | Всього |
|-----------------|----------|----------|-----------|---------------------|--------------------|----------------|-----------------------|---------------------------|-------------------|--------------|------------------------|------------------|----------------|--------------|---------------|------------------------------------|---------------------|-----------------|---------------------|-----------------|------------------------------------|-----------------|------------|
| Берегівський | 1 | | 1 | | | | | | | 24 | 24 | | 21 | 3 | 19 | | 19 | | | | | | 45 |
| В.Березнянський | | 1 | 1 | | | | | | | 8 | 8 | | 7 | 1 | 26 | 1 | 26 | | | | | | 36 |
| Виноградівський | | 1 | | | | 1 | | | | 32 | | 32 | 31 | 1 | 16 | | | 16 | | | | | 50 |
| Воловецький | 1 | | 1 | | | | | | | 5 | 5 | | 4 | 1 | 23 | 4 | 23 | | | 1 | | | 30 |
| Іршавський | | 1 | 1 | | | | | | | 33 | 33 | | 32 | 1 | 11 | | 11 | | | | 1 | | 47 |
| Міжгірський | | 1 | 1 | | | | | | | 12 | 12 | | 12 | | 32 | 3 | 32 | | | 1 | | | 46 |
| Мукачівський | 1 | | 2 | | | | | | 3 | 33 | 33 | | 23 | 10 | 45 | 7 | 45 | | | | | | 84 |
| Перечинський | 1 | | 1 | | | | | | | 12 | 12 | | 11 | 1 | 10 | | 10 | | | | | | 24 |
| Рахівський | | 1 | 1 | | | 2 | | | | 25 | 25 | | 21 | 4 | 8 | | 8 | | | | | | 37 |
| Свалявський | 1 | | 2 | | | | | | | 13 | 13 | | 13 | | 14 | 2 | 14 | | | 1 | | | 30 |
| Тячівський | | 2 | | 1 | | 2 | | | 4 | 29 | | 29 | 26 | 3 | 34 | 14 | | 34 | | | | | 72 |
| Ужгородський | | 1 | 1 | | | 1 | | | | 28 | 28 | | 26 | 2 | 31 | 2 | 31 | | | | | | 62 |
| Хустський | | 1 | 1 | 1 | | | | | | 29 | 29 | | 25 | 4 | 16 | 5 | 16 | | | | 1 | | 49 |
| м. Ужгород | | | 1 | | 1 | 1 | 1 | 1 | | 9 | 9 | | | 9 | | | | | | | | | 14 |
| Крім того | | | | | | | | | | 0 | | | | | | | | | | | | 25 | 25 |
| Всього | 5 | 9 | 14 | 2 | 1 | 7 | 1 | 1 | 7 | 292 | 231 | 61 | 252 | 40 | 285 | 38 | 235 | 50 | 0 | 3 | 2 | 25 | 651 |

На території всіх районів функціонують центральні районні або районні лікарні. В області їх функціонує 14. Також в області функціонує по 9 таких закладів охорони здоров'я як міські та дільничні лікарні. Закладів охорони здоров'я третинного рівня надання медичної допомоги (обласного підпорядкування) в області функціонує 25.

4.2. Організація первинної медичної допомоги в області

Первинна медична допомога населенню області надається в закладах первинної допомоги до яких (рис. 4.1) відносяться Центри ПМСД (14), АЗПСМ у складі Центрів ПМСД (231), АЗПСМ самостійні (61), АЗПСМ у містах (40), АЗПСМ у сільській місцевості (252), відділення ЗПСМ (3), ФАПІ з населенням більше 1000 осіб (38).

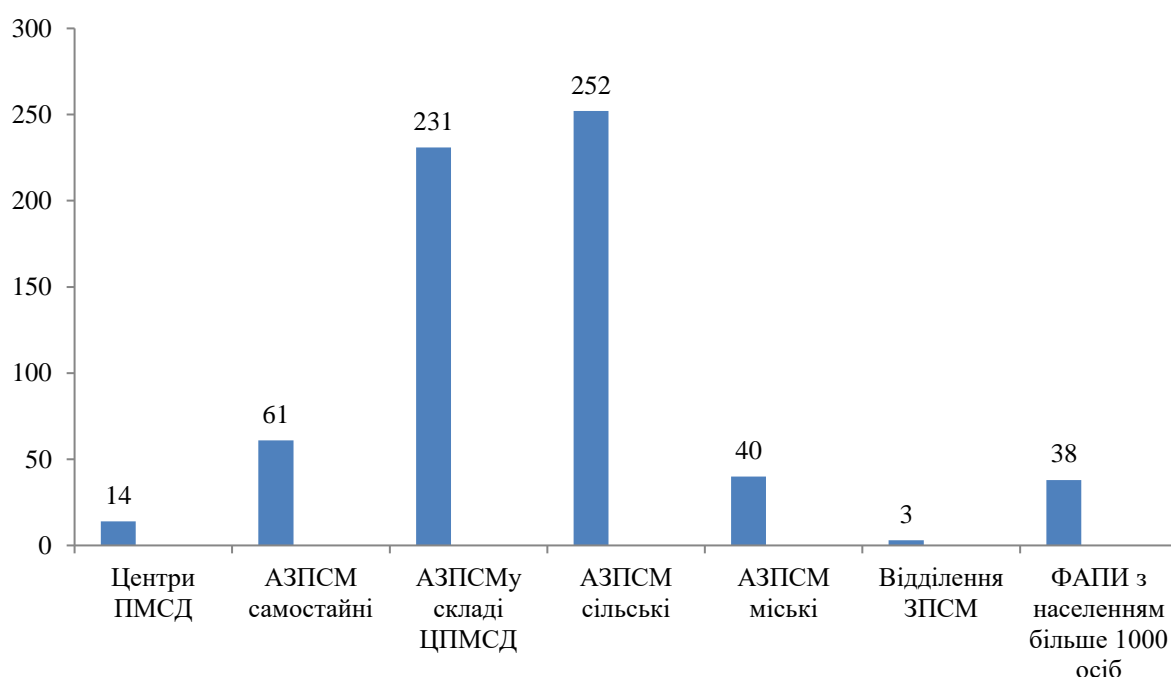


Рис. 4.1. Мережа закладів/ підрозділів первинної медичної допомоги, 2017 рік

В плані комплексної характеристики закладів/підрозділів первинної медичної допомоги на даному етапі дослідження було вивчено питання забезпечення закладів/підрозділів первинної медичної допомоги медичними кадрами. Отримані результати наведено в табл. 4.2.

Таблиця 4.2

**Забезпеченість закладів/підрозділів первинної медичної допомоги
медичними кадрами, 2017 рік**

| Адміністративна територія | Лікарі | | | Медичні сестри | | |
|-----------------------------|---------------|--------------------------|--|----------------|--------------------------|--|
| | Введено посад | Дефіцит Фізичних осіб | Відсоток укомплектованості фізичними особами | Введено посад | Дефіцит Фізичних осіб | Відсоток укомплектованості фізичними особами |
| Закарпатська область | 949,25 | 63 | 89,02 | 2059,25 | 51 | 97,2 |
| Берегівський район | 64,50 | 7 | 86,82 | 152,0 | 27 | 97,2 |
| Великобerezнянський район | 18,50 | 1 | 86,49 | 36,5 | - | 100,0 |
| Виноградівський район | 64,50 | 18 | 80,62 | 207,25 | 15 | 92,6 |
| Воловецький район | 20,50 | 1 | 68,29 | 35,5 | - | 100,0 |
| Іршавський район | 64,75 | - | 100,0 | 226,75 | - | 100,0 |
| Міжгірський район | 39,00 | 2 | 94,87 | 78,25 | - | 100,0 |
| Мукачівський район | 162,25 | 1 | 91,22 | 310,0 | - | 100,0 |
| Перечинський район | 28,25 | 4 | 77,88 | 53,75 | 4 | 91,2 |
| Рахівський район | 72,00 | 1 | 81,94 | 127,5 | - | 97,3 |
| Свалявський район | 37,00 | 5 | 83,78 | 59,5 | - | 100,0 |
| Тячівський район | 127,00 | 10 | 96,85 | 318,75 | - | 99,5 |
| Ужгородський район | 61,25 | 2 | 84,90 | 151,5 | 5 | 96,4 |
| Хустський район | 82,50 | 11 | 83,64 | 168,25 | - | 100,0 |
| м. Ужгород | 107,25 | - | 94,17 | 133,75 | - | 96,4 |

Аналіз наведених в табл. 4.2 даних вказує на значний дефіцит в області лікарів та медичних сестер первинної ланки медичної допомоги: 63 сімейних лікарів та 51 сімейну медичну сестру. Повністю укомплектовані штатні посади сімейних лікарів фізичними особами тільки в Іршавському районі, а найбільший

їх дефіцит зареєстровано в Виноградівському (18), Хустському (11) та Тячівському (10) районах. Найбільше потребує сімейних медичних сестер Березівський (27) та Виноградівський (15) райони. Ні на одній адміністративній території не витримано норматив співвідношення сімейних лікарів та сімейних медичних сестер.

При цьому 6 (2,4 %) АЗПСМ та 15 (5,7 %) ФАПів не мають жодного медичного працівника. Всі розміщені в сільській місцевості. Основною причиною відсутності медичних працівників є відсутність житла для медичних працівників. При цьому 25 (8,8 %) ФАПів не мають телефонного зв'язку.

Далі вивчалось питання забезпеченості закладів/підрозділів первинної медичної допомоги автотранспортом та комп'ютерною технікою з доступом до мережі Інтернет, що є необхідною умовою розвитку сільської медицини відповідно до Закону України „Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості” від 14 листопада 2017 року № 2206-VIII. Питання забезпеченості закладів/підрозділів первинної медичної допомоги комп'ютерною технікою вивчалось у відповідності до наказу МОЗ України від 26.01.2018 № 148 „Про затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які надають первинну медичну допомогу” [146]. Отримані результати наведено в табл. 4.3.

Встановлено, що забезпеченість сімейних амбулаторій комп'ютерною технікою становить 27,9 % від потреби при доступі до мережі Інтернет 30,8 % наявних комп'ютерів. При цьому відмічаються достовірні відмінності забезпеченості в розрізі адміністративних територій. Від 0,9 % в Свалявському районі до 93,1 % в м. Ужгород. В цілому наявна ситуація з забезпеченістю закладів/підрозділів первинної медичної допомоги комп'ютерною технікою та їх доступом до мережі Інтернет в області є критичною і не дає можливості виконати Закон України „Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості” та забезпечити впровадження стратегічних планів реформування системи охорони здоров'я та населення якісною первинною допомогою.

Таблиця 4.3

**Забезпеченість закладів/підрозділів первинної медичної допомоги
комп'ютерною технікою, 2017 рік**

| Адміністративна територія | Комп'ютерна техніка | | Доступ до мережі Інтернет | |
|-----------------------------|------------------------|--------------|---------------------------|------------------------------|
| | Абс. | % до потреби | Абс. | % від наявних комп'ютерів |
| Закарпатська область | 302 | 27,9 | 93 | 30,8 |
| Берегівський район | 20 | 40,0 | 20 | 100,0 |
| Великобerezнянський район | 3 | 3,9 | 1 | 33,3 |
| Виноградівський район | 13 | 22,0 | 3 | 23,1 |
| Воловецький район | 3 | 7,7 | 1 | 33,3 |
| Іршавський район | 5 | 8,9 | 1 | 20,0 |
| Міжгірський район | 12 | 27,3 | 3 | 25,0 |
| Мукачівський район | 60 | 34,9 | 5 | 8,3 |
| Перечинський район | 16 | 40,0 | 2 | 12,5 |
| Рахівський район | 17 | 24,3 | 1 | 5,9 |
| Свалявський район | 1 | 0,9 | 1 | 100,0 |
| Тячівський район | 20 | 14,1 | 10 | 50,0 |
| Ужгородський район | 28 | 47,5 | 28 | 100,0 |
| Хустський район | 9 | 15,0 | 8 | 88,9 |
| м. Ужгород | 95 | 93,1 | 9 | 9,5 |

Далі вивчалася питання забезпеченості закладів/підрозділів первинної медичної допомоги автотранспортом та обладнанням. Дослідження проводилося в рамках виконання наказу МОЗ України від 26.01.2018 № 148 „Про затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я

та фізичних осіб – підприємців, які надають первинну медичну допомогу”. Отримані результати наведено в табл. 4.4.

Таблиця 4.4

Забезпечення сімейних амбулаторій автотранспортом, 2017 р.

| Адміністративна територія | Забезпечено автотранспортом у сільській місцевості | |
|---------------------------|--|---------------|
| | Абс. чис. | % від потреби |
| Всього по області | 147 | 36,03 |
| Берегівський | 6 | 28,57 |
| Великобerezнянський | 6 | 54,55 |
| Виноградівський | 13 | 39,39 |
| Воловецький | 1 | 11,11 |
| Іршавський | 9 | 17,65 |
| Міжгірський | 10 | 50,00 |
| Мукачівський | 6 | 25,00 |
| Перечинський | 7 | 43,75 |
| Рахівський | 18 | 54,55 |
| Свалявський | 10 | 76,92 |
| Тячівський | 24 | 31,58 |
| Ужгородський | 21 | 40,38 |
| Хустський | 16 | 32,65 |
| м. Ужгород | - | - |

Аналіз отриманих та наведених в табл. 4.4 даних вказує на вкрай низький рівень забезпеченості закладів первинної медичної допомоги автотранспортом в на території всіх адміністративних територій. При цьому в м. Ужгород жодна сімейна амбулаторія не забезпечена автотранспортом, а найвищий рівень забезпеченості встановлено в Свалявському районі (76,92 % від потреби). Відсутність автотранспорту достовірно впливає на своєчасність надання первинної медичної допомоги особливо населенню, яке проживає в гірській та сільській місцевості.

Вивчення забезпеченості закладів/підрозділів первинної медичної допомоги медичним обладнанням теж проводилося в розрізі адміністративних територій та нормативів, які визначені наказом МОЗ України від 26.01.2018 № 148 „Про затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які надають первинну медичну допомогу”. Вивчалось питання забезпеченості базовим обладнанням. Отримані результати наведені в табл. 4.5.

Аналіз наведених в табл. 4.5 результатів дослідження вказує на те, що рівень забезпечення закладів/підрозділів первинної медичної допомоги медичним обладнанням в розрізі регіонів є нерівномірним, в цілому в області таким, що відповідно до доказового менеджменту не може забезпечити надання якісної первинної медичної допомоги населенню у відповідності до її рівня, який гарантовано державною.

Далі було розраховано потребу у видатках для матеріально-технічного забезпечення амбулаторій загальної практики-сімейної медицини у відповідності до нормативів по забезпеченню населення первинною медичною допомогою у відповідності до галузевих вимог в розрізі адміністративних територій області.

На початку були вивчені ціни на медичне обладнання (2018 рік), які існують в торговельній мережі та визначено їх середні, які при розрахунках були взяті за базисні. Обчислені середні ціни наведено в додатку Б-1.

Далі було розраховано потребу у видатках для забезпечення АЗПСЛ автотранспортом та комп'ютерною технікою. Отримані дані наведено в табл. 4.6.

Наведені в табл. 4.6 розрахунки вказують на те, що потреба на рівні області для забезпечення сімейних амбулаторій комп'ютерною технікою становить 17986000,00 грн. а автотранспортом 49694400,0 грн. Обсяг необхідних видатків в розрізі адміністративних територій має достовірні коливання.

Далі були проведені розрахунки потреби видатків для забезпечення АЗПСЛ в розрізі адміністративних територій та в цілому в області наступним медичним обладнанням: ЕКГ-апарати, лабораторні аналізатори, ваги медичні, холодильник для вакцин, пульсоксиметри. Отримані результати наведено в табл. 4.7.

Таблиця 4.5

Забезпеченість закладів/підрозділів первинної медичної допомоги медичним обладнанням , 2017 рік

| Адміністративна територія | ЕКГ-апарати | | Лабораторний аналізатор | | Ваги для новонароджених | | Ваги медичні для дорослих | | Холодильник для вакцин | | Пульсоксиметр | |
|-----------------------------|-------------|--------------|-------------------------|-------------|-------------------------|--------------|---------------------------|--------------|------------------------|-------------|---------------|--------------|
| | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % |
| Закарпатська область | 246 | 45,47 | 13 | 31,7 | 647 | 71,10 | 496 | 54,75 | 644 | 61,0 | 145 | 19,44 |
| Берегівський район | 10 | 20,83 | - | - | 47 | 87,04 | 45 | 88,24 | 46 | 50,5 | 38 | 92,68 |
| Великобerezнянський район | 5 | 12,20 | - | - | 13 | 34,21 | 12 | 31,58 | 32 | 64,0 | 3 | 18,75 |
| Виноградівський район | 25 | 71,43 | - | - | 42 | 75,00 | 41 | 73,21 | 31 | 91,2 | - | - |
| Воловецький район | 6 | 50,00 | - | - | 30 | 76,92 | 6 | 15,38 | 32 | 76,2 | - | - |
| Іршавський район | 28 | 42,42 | - | - | 51 | 76,12 | 37 | 51,39 | 58 | 52,7 | 2 | 3,57 |
| Міжгірський район | 15 | 51,72 | - | - | 50 | 72,46 | 19 | 27,54 | 45 | 97,8 | 20 | 31,25 |
| Мукачівський район | 18 | 37,50 | - | - | 128 | 85,33 | 111 | 80,43 | 81 | 81,0 | 11 | 12,64 |
| Перечинський район | 8 | 42,11 | - | - | 25 | 80,65 | 12 | 37,50 | 30 | 65,2 | - | - |
| Рахівський район | 20 | 40,82 | - | - | 43 | 86,00 | 30 | 63,83 | 47 | 56,0 | - | - |
| Свалявський район | 11 | 47,83 | - | - | 29 | 72,50 | 18 | 43,90 | 26 | 46,4 | - | - |
| Тячівський район | 37 | 50,68 | - | - | 83 | 69,75 | 83 | 68,60 | 88 | 62,9 | 9 | 7,50 |
| Ужгородський район | 31 | 53,45 | 5 | 100,0 | 38 | 42,70 | 35 | 39,33 | 80 | 67,8 | 56 | 94,92 |
| Хустський район | 22 | 73,33 | - | - | 41 | 61,19 | 31 | 46,27 | 35 | 29,7 | 1 | 1,89 |
| м. Ужгород | 10 | 100,0 | 3 | 100,0 | 27 | 65,85 | 16 | 34,78 | 13 | 61,9 | 5 | 5,95 |

Таблиця 4.6

Потреба у видатках для забезпечення АЗПСЛ автотранспортом та комп'ютерною технікою, грн.

| Адміністративна територія | Комп'ютерна техніка | | Автомобіль легковий | |
|-----------------------------|---------------------|--------------------|---------------------|-------------------|
| | Кількість | Сума, грн. | Кількість | Сума, грн. |
| Закарпатська область | 782 | 17986000,00 | 261 | 49694400,0 |
| Берегівський район | 30 | 690000,0 | 15 | 2856000,0 |
| Великобerezнянський район | 73 | 1679000,0 | 5 | 952000,0 |
| Виноградівський район | 46 | 1058000,0 | 20 | 3808000,0 |
| Воловецький район | 36 | 828000,0 | 8 | 1523200,0 |
| Іршавський район | 51 | 1173000,0 | 42 | 7996800,0 |
| Міжгірський район | 32 | 736000,0 | 10 | 1904000,0 |
| Мукачівський район | 112 | 2576000,0 | 18 | 3427200,0 |
| Перечинський район | 24 | 552000,0 | 9 | 1713600,0 |
| Рахівський район | 53 | 1219000,0 | 15 | 2856000,0 |
| Свалявський район | 114 | 2622000,0 | 3 | 571200,0 |
| Тячівський район | 122 | 2806000,0 | 52 | 9900800,0 |
| Ужгородський район | 31 | 713000,0 | 31 | 5902400,0 |
| Хустський район | 51 | 1173000,0 | 33 | 6283200,0 |
| м. Ужгород | 7 | 161000,0 | - | - |

Аналіз обрахованих та наведених в табл. 4.7 результатів вказує на наступну потребу у видатках на рівні регіону на забезпечення первинної ланки медичної допомоги необхідним медичним обладнанням для надання медичних послуг в обсягах та якості, які гарантовані державою:

- ЕКГ-апарати: 4891985,0 грн.;
- лабораторний аналізатор: 3397324,0 грн.;
- ваги медичні для дорослих: 623610,0 грн.;
- ваги медичні для новонароджених: 344267,0 грн.;

Таблиця 4.7

Потреба у видатках для забезпечення АЗПСЛ медичним обладнанням, грн.

| Адміністративна територія | ЕКГ-апарати | | Лабораторний аналізатор | | Ваги медичні (для новонароджених) | | Ваги медичні (для дорослих) | | Холодильник для вакцин | | Пульсоксиметр | |
|-----------------------------|-------------|------------------|-------------------------|------------------|-----------------------------------|-----------------|-----------------------------|-----------------|------------------------|------------------|---------------|------------------|
| | Кількість | Сума, грн. | Кількість | Сума, грн. | Кількість | Сума, грн. | Кількість | Сума, грн. | Кількість | Сума, грн. | Кількість | Сума, грн. |
| Закарпатська область | 295 | 4891985,0 | 28 | 3397324,0 | 263 | 344267,0 | 410 | 623610,0 | 412 | 2986588,0 | 601 | 4814010,0 |
| Берегівський район | 38 | 630154,0 | 3 | 363999,0 | 7 | 9163,0 | 6 | 9126,0 | 45 | 326205,0 | 3 | 24030,0 |
| Великобerezнянський район | 36 | 596988,0 | 1 | 121333,0 | 25 | 32725,0 | 26 | 39546,0 | 18 | 130482,0 | 13 | 104130,0 |
| Виноградівський район | 10 | 165830,0 | 2 | 242666,0 | 14 | 18326,0 | 15 | 22815,0 | 3 | 21747,0 | 40 | 320400,0 |
| Воловецький район | 6 | 99498,0 | 1 | 121333,0 | 9 | 11781,0 | 33 | 50193,0 | 10 | 72490,0 | 16 | 128160,0 |
| Іршавський район | 38 | 630154,0 | 3 | 363999,0 | 16 | 20944,0 | 35 | 53235,0 | 52 | 376948,0 | 54 | 432540,0 |
| Міжгірський район | 14 | 232162,0 | 2 | 242666,0 | 19 | 24871,0 | 50 | 76050,0 | 1 | 7249,0 | 44 | 352440,0 |
| Мукачівський район | 30 | 497490,0 | 3 | 363999,0 | 22 | 28798,0 | 27 | 41067,0 | 19 | 137731,0 | 76 | 608760,0 |
| Перечинський район | 11 | 182413,0 | 1 | 121333,0 | 6 | 7854,0 | 20 | 30420,0 | 16 | 115984,0 | 23 | 184230,0 |
| Рахівський район | 29 | 480907,0 | 2 | 242666,0 | 7 | 9163,0 | 17 | 25857,0 | 37 | 268213,0 | 55 | 440550,0 |
| Свалявський район | 12 | 198996,0 | 2 | 242666,0 | 11 | 14399,0 | 23 | 34983,0 | 30 | 217470,0 | 32 | 256320,0 |
| Тячівський район | 36 | 596988,0 | 2 | 242666,0 | 36 | 47124,0 | 38 | 57798,0 | 52 | 376948,0 | 111 | 889110,0 |
| Ужгородський район | 27 | 447741,0 | - | - | 51 | 66759,0 | 54 | 82134,0 | 38 | 275462,0 | 3 | 24030,0 |
| Хустський район | 8 | 132664,0 | 2 | 242666,0 | 26 | 34034,0 | 36 | 54756,0 | 83 | 601667,0 | 52 | 416520,0 |
| м. Ужгород | - | - | - | - | 14 | 18326,0 | 30 | 45630,0 | 412 | 2986588,0 | 79 | 632790,0 |

- холодильник для вакцин: 2986588,0 грн.;
- пульсоксиметр: 4814010,0 гривень.

В розрізі адміністративних територій обсяг необхідних видатків для забезпечення населення гарантованим державою обсягом та якістю медичної допомоги достовірно відрізняється. Згідно Закону України „Про місцеве самоврядування в Україні” від 21 травня 1997 року № 280/97-ВР (ст. 32. Пункт б, 2) це є функцією органів місцевого самоурядування.

4.3. Аналіз закладів охорони здоров'я вторинної медичної допомоги

4.3.1. Вторинна амбулаторно-поліклінічна допомога

Далі була вивчена та проаналізована потужність амбулаторно-поліклінічних закладів та відповідних підрозділів закладів охорони здоров'я у розрізі адміністративних територій. Отримані дані наведено в табл. 4.8.

Аналіз наведених в табл. 4.8 даних вказує на значну різницю планової потужності амбулаторно-поліклінічних закладів в розрахунку на 10000 населення в розрізі адміністративних територій. Так, при середньо обласному показнику 209, гранична різниця, у розрізі регіонів, складає 1,9 разів: від 136 в Хустському до 257 у Великоберезнянському районі.

Таблиця 4.8

Планова потужність амбулаторно-поліклінічних закладів, 2017 рік

| Адміністративна територія | Планова потужність/ відвідувань в зміну | На 10000 населення |
|---------------------------|---|--------------------|
| Берегівський | 1 447 | 192,2 |
| В.Березнянський | 690 | 257,4 |
| Виноградівський | 2 330 | 193,5 |
| Воловецький | 480 | 196,2 |
| Іршавський | 2 491 | 249,1 |
| Міжгірський | 930 | 195,6 |
| Мукачівський | 3 380 | 181,4 |

Продовження таблиці 4.8

| | | |
|-------------------|---------------|--------------|
| Перечинський | 728 | 227,3 |
| Рахівський | 1 945 | 210,9 |
| Свалявський | 847 | 157,5 |
| Тячівський | 3 425 | 196,3 |
| Ужгородський | 1 594 | 200,0 |
| Хустський | 1 732 | 136,3 |
| м. Ужгород | 2 011 | 177,9 |
| По області | 26 305 | 209,4 |

Наступним кроком було вивчення питання щодо відповідності споруд в яких розташовані амбулаторно-поліклінічні заклади/підрозділи санітарно-гігієнічним нормам (СНІПи) та забезпечені обладнанням у відповідності до держаних стандартів, що забезпечує надання якісної амбулаторно-поліклінічної допомоги. Отримані дані наведено в табл. 4.9.

Таблиця 4.9

Відповідність споруд в яких розташовані амбулаторно-поліклінічні заклади/підрозділи держаним санітарно-гігієнічним нормам та їх оснащення держаним стандартам, 2017 рік

| Адміністративна територія | Всього будівель та споруд | Відповідність СНІПам | | Оснащення відповідно Табелям | | Обладнання відповідно Табелям | |
|---------------------------|---------------------------|----------------------|--------|------------------------------|--------|-------------------------------|--------|
| | | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % |
| Закарпатська область | 54 | 45 | 83,33 | 18 | 60,00 | 19 | 63,33 |
| Берегівський район | 2 | 2 | 100,00 | - | - | - | - |
| Великобerezнянський район | 1 | 1 | 100,00 | - | - | - | - |
| Виноградівський район | 1 | 1 | 100,00 | 1 | 100,00 | - | - |
| Воловецький район | 1 | 1 | 100,00 | 1 | 100,00 | 1 | 100,00 |
| Іршавський район | 12 | 12 | 100,00 | 1 | 100,00 | - | - |

Продовження таблиці 4.9

| | | | | | | | |
|--------------------|----|----|--------|---|--------|---|--------|
| Міжгірський район | 2 | 1 | 50,00 | 1 | 50,00 | 1 | 50,00 |
| Мукачівський район | 4 | 4 | 100,00 | 1 | 100,00 | 1 | 100,00 |
| Перечинський район | 2 | 2 | 100,00 | - | - | - | - |
| Рахівський район | 1 | - | - | - | - | - | - |
| Свалявський район | 1 | 1 | 100,00 | 1 | 100,00 | 1 | 100,00 |
| Тячівський район | 11 | 10 | 90,91 | 5 | 50,00 | 8 | 80,00 |
| Ужгородський район | 1 | 1 | 100,00 | 1 | 100,00 | 1 | 100,00 |
| Хустський район | 7 | 1 | 14,29 | 1 | 100,00 | 1 | 100,00 |
| м. Ужгород | 8 | 8 | 100,00 | 5 | 100,00 | 5 | 100,00 |

Аналіз наведених в табл. 4.9 даних вказує на те, що 15,1 % будівель та споруд в яких розташовані амбулаторно-поліклінічні заклади в яких надається спеціалізована медична допомога не відповідають СНІПам, а 66,0 % із них не мають необхідно оснащення та 64,2 % необхідного обладнання. В розрізі адміністративних територій дані показники мають відмінності. Найгірше оснащенні амбулаторно-поліклінічні заклади в Берегівському, Великоберезнянському, Перечинському та Рахівському районах.

Далі вивчалось питання кадрового забезпечення закладів/підрозділів амбулаторно-поліклінічної служби лікарськими кадрами. Отримані результати наведено в табл. 4.10.

Відповідно до даних, що наведені в табл. 4.10 забезпеченість штатними посадами лікарів, які надають амбулаторно-поліклінічну спеціалізовану допомогу коливається від 4,47 в Перечинському районі до 11,18 в м. Ужгород та 11,01 в Тячівському районі. При середньому показнику по області 8,13 на 10000 населення. Рівень укомплектування штатних посад по області в розрізі регіонів коливається від 81,97 % в Перечинському районі до 100,0 % та лікарі працюють на неповну посаду в 6 (42,9 %) адміністративних територіях області, що вказує на нерівномірність забезпечення ними та нераціональність використання кадрового потенціалу. Необхідно відмітити, що в цілому в системі амбулаторно-поліклінічної спеціалізованої допомоги працює 26,44 % лікарів

Таблиця 4.10

Забезпеченість амбулаторно-поліклінічних закладів/підрозділів лікарськими кадрами, 2017 рік

| Адміністративна територія | Штатна кількість | На 10000 населення | Відсоток укомплектованості | Відсоток укомплектованості фізичними особами | Дефіцит лікарських спеціальностей, кількість | Відсоток пенсіонерів |
|---------------------------|------------------|--------------------|----------------------------|--|--|----------------------|
| Берегівський | 51,25 | 7,44 | 88,29 | 95,61 | 6 | 25,40 |
| В.Березнянський | 25,75 | 6,85 | 93,20 | 108,74 | 2 | 28,57 |
| Виноградівський | 90,75 | 9,61 | 92,29 | 95,87 | 2 | 27,59 |
| Воловецький | 26,00 | 7,49 | 89,42 | 84,62 | 3 | 59,09 |
| Іршавський | 49,25 | 10,63 | 97,46 | 99,49 | 1 | 16,33 |
| Міжгірський | 44,25 | 4,90 | 100,00 | 90,40 | 2 | 22,50 |
| Мукачівський | 83,25 | 9,25 | 100,00 | 88,89 | 4 | 29,73 |
| Перечинський | 30,50 | 4,47 | 97,54 | 81,97 | 3 | 32,00 |
| Рахівський | 88,25 | 9,47 | 96,32 | 88,39 | 1 | 25,64 |
| Свалявський | 59,50 | 9,50 | 100,00 | 107,56 | - | 23,44 |
| Тячівський | 173,25 | 11,01 | 96,54 | 104,47 | 5 | 20,44 |
| Ужгородський | 85,50 | 10,66 | 93,86 | 104,09 | 2 | 20,22 |
| Хустський | 87,25 | 6,85 | 100,0 | 102,01 | - | 37,08 |
| Ужгород | 125,75 | 11,18 | 94,23 | 116,1 | 2 | 26,71 |
| По області | 1020,5 | 8,13 | 95,96 | 100,05 | 33 | 26,44 |

пенсійного віку з їх найбільшою часткою в Воловецькому (59,09 %), Хустському (37,08 %) та Перечинському (32,00 %) районах. В м. Ужгород частка лікарів-пенсіонерів становить 26,71 %.

На рівні амбулаторно-поліклінічної спеціалізованої допомоги недостає лікарів за наступними спеціальностями: отоларингологія, офтальмологія, фтизіатрія, інфекційні хвороби, хірургія, травматологія, психіатрія, наркологія, ультразвукова діагностика, функціональна діагностика, педіатрія.

Далі вивчалися основні показники діяльності амбулаторно-поліклінічних закладів. Отримані результати наведено в табл. 4.11.

Наведені в табл. 4.11 дані вказують на те, що кількість відвідувань в перерахунку на одного жителя в розрізі адміністративних територій в 2016 році коливається від 6,8 в Свалявському до 11,1 в Міжгірському районі. Різниця складає 1,6 разу. Також встановлені достовірні відмінності частки відвідувань населення лікарями на дому. Різниця складає 2,5 разів: від 5,4 % у Свалявському до 13,3 в Мукачівському районі.

4.3.2. Вторинна стаціонарна допомога

Наступним кроком дослідження було вивчення та проведення аналізу госпітальної бази системи охорони здоров'я області. Отримані дані наведено в табл. 4.12.

Аналіз наведених в табл. 4.12 даних вказує на різний рівень забезпеченості населення в розрізі адміністративних територій госпітальними ліжками. Так, при середньому показнику по області 65,97 на 10 тис населення з урахуванням госпітальних ліжок обласних закладів охорони здоров'я, показник забезпеченості населення госпітальними ліжками в межах адміністративних територій коливається від 36,10 в Мукачівському районі до 54,93 на 10 тис населення в м. Ужгород. Різниця становить 1,5 разу.

Таблиця 4.11

Показники діяльності амбулаторно-поліклінічних закладів, 2014-2016 рр.

| Адміністративна територія | 2015 | | 2016 | | 2017 | |
|---------------------------|------------------|---------------------|------------------|---------------------|------------------|---------------------|
| | На одного жителя | % відвідувань вдома | На одного жителя | % відвідувань вдома | На одного жителя | % відвідувань вдома |
| Берегівський | 7,6 | 6,5 | 7,6 | 8,9 | 7,4 | 6,4 |
| В.Березнянський | 7,4 | 9,4 | 7,4 | 6,6 | 7,2 | 11,1 |
| Виноградівський | 8,1 | 6,8 | 8,5 | 11,0 | 8,3 | 6,3 |
| Воловецький | 7,4 | 10,7 | 7,6 | 6,5 | 7,5 | 8,5 |
| Іршавський | 8,2 | 9,4 | 8,4 | 9,5 | 8,1 | 10,0 |
| Міжгірський | 10,8 | 11,2 | 11,1 | 9,7 | 10,6 | 9,8 |
| Мукачівський | 7,4 | 12,4 | 7,5 | 13,3 | 6,3 | 15,1 |
| Перечинський | 7,3 | 9,0 | 7,3 | 9,0 | 7,1 | 9,1 |
| Рахівський | 8,2 | 9,8 | 7,7 | 10,1 | 7,6 | 10,0 |
| Свалявський | 7,2 | 5,6 | 6,8 | 5,4 | 6,7 | 5,4 |
| Тячівський | 7,7 | 13,0 | 8,2 | 13,2 | 8,2 | 13,0 |
| Ужгородський | 8,7 | 8,3 | 9,1 | 7,2 | 8,1 | 7,4 |
| Хустський | 8,7 | 8,5 | 8,5 | 8,2 | 8,2 | 7,4 |
| м. Ужгород | 11,3 | 7,3 | 11,0 | 7,8 | 10,4 | 8,2 |

Таблиця 4.12

**Потужність госпітального сектору та показник госпіталізації населення,
2016 рік**

| Адміністративна територія | Абс. чис. госпітальних ліжок | Госпітальних ліжок на 10 000 населення | Показник госпіталізації на 10 000 населення |
|---------------------------|------------------------------|--|---|
| Райони | | | |
| Берегівський | 328 | 43,59 | 1211,44 |
| В.Березнянський | 107 | 39,92 | 1455,54 |
| Виноградівський | 530 | 43,81 | 1629,71 |
| Воловецький | 115 | 47,06 | 1726,14 |
| Іршавський | 400 | 39,95 | 1484,33 |
| Міжгірський | 206 | 43,08 | 1412,14 |
| Мукачівський | 674 | 36,10 | 1306,29 |
| Перечинський | 123 | 38,32 | 1296,38 |
| Рахівський | 379 | 40,89 | 1318,88 |
| Свалявський | 232 | 43,00 | 1417,95 |
| Тячівський | 750 | 42,88 | 1235,03 |
| Ужгородський | 297 | 37,31 | 975,34 |
| Хустський | 505 | 39,64 | 1541,39 |
| Міста | | | |
| м. Ужгород | 624 | 54,93 | 2182,34 |
| Обласні заклади | 3018 | - | - |
| По області | 8288 | 65,97 | 1940,87 |

Показник госпіталізації населення коливається від 975,34 на 10 тис населення в Ужгородському районі до 2182,34 в м. Ужгороді, що в перерахунку на 100 населення складає відповідно 21,82 та 9,75. Різниця складає 2,2 разу.

Динаміка показників забезпечення населення госпітальними ліжками та госпіталізації населення за період 2015-2017 рр. наведена у рис. 4.2.

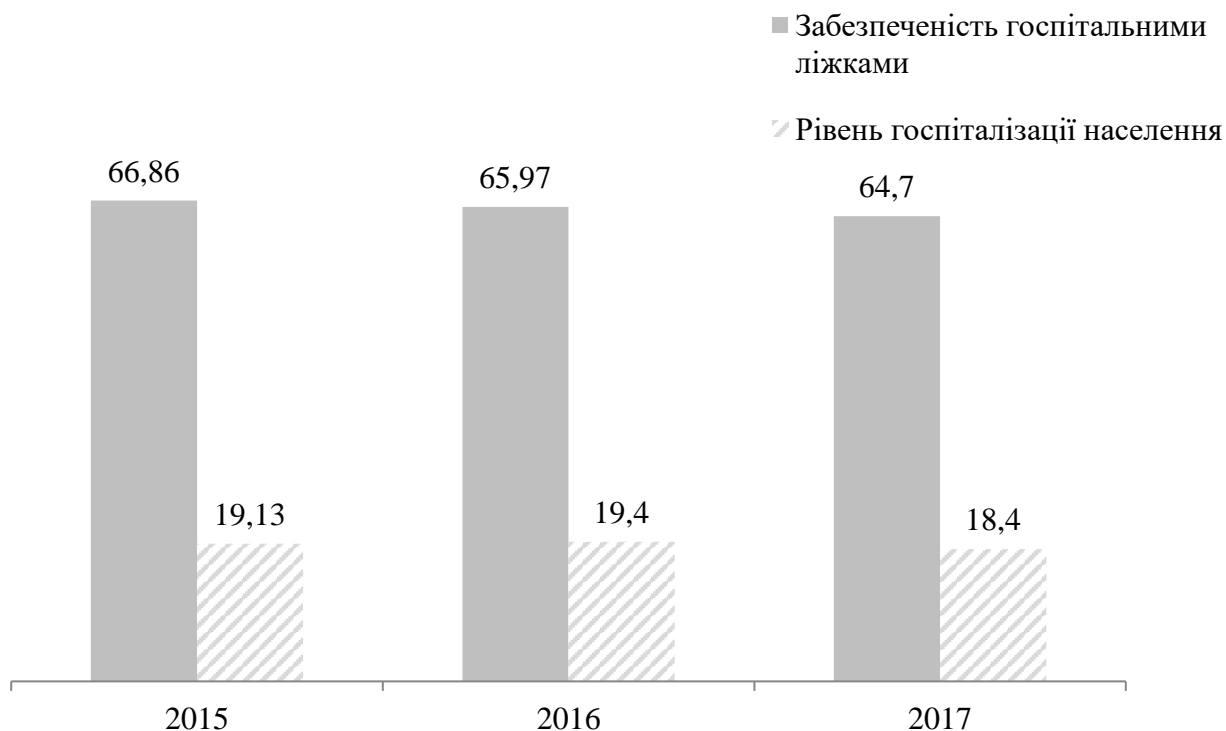


Рис 4.2. Динаміка забезпеченості населення госпітальними ліжками (на 10 тисяч населення) та госпіталізації населення (на 10 тисяч населення), 2015-2017 рр.

Далі вивчалось питання щодо відповідності споруд в яких розташовані стаціонарні заклади/підрозділи держаним санітарно-гігієнічним нормам та їх оснащення держаним стандартам. Отримані результати наведено в табл. 4.13.

Таблиця 4.13

Відповідність споруд в яких розташовані стаціонарні заклади/підрозділи держаним санітарно-гігієнічним нормам та їх оснащення державним стандартам, 2017 рік

| Адміністративна територія | Всього будівель та споруд | Відповідність СНІПам | | Оснащення закладів відповідно Табелям | | Обладнання відповідно Табелям | |
|---------------------------|---------------------------|----------------------|--------|---------------------------------------|-------|-------------------------------|-------|
| | | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % |
| Закарпатська область | 82 | 61 | 74,39 | 22 | 50,00 | 18 | 40,91 |
| Берегівський район | 3 | 3 | 100,00 | - | - | - | - |

Продовження таблиці 4.13

| | | | | | | | |
|---------------------------|----|----|--------|---|--------|---|--------|
| Великобerezнянський район | 5 | 5 | 100,00 | - | - | - | - |
| Виноградівський район | 9 | 8 | 88,89 | 1 | 100,00 | 1 | 100,00 |
| Воловецький район | 2 | 2 | 100,00 | 2 | 100,00 | 2 | 100,00 |
| Іршавський район | 12 | 11 | 91,67 | 6 | 100,00 | - | - |
| Міжгірський район | 1 | 1 | 100,00 | 1 | 100,00 | - | - |
| Мукачівський район | 7 | 7 | 100,00 | 1 | 100,00 | 1 | 100,00 |
| Перечинський район | 2 | 2 | 100,00 | - | - | - | - |
| Рахівський район | 5 | - | - | - | - | - | - |
| Свалявський район | 4 | 3 | 75,00 | 1 | 100,00 | 1 | 100,00 |
| Тячівський район | 16 | 13 | 81,25 | 5 | 55,56 | 8 | 88,89 |
| Ужгородський район | 1 | 1 | 100,00 | 1 | 100,00 | 1 | 100,00 |
| Хустський район | 10 | - | - | - | - | - | - |
| м. Ужгород | 5 | 5 | 100,00 | 4 | 80,00 | 4 | 80,00 |

Наведені в табл. 4.13 дані вказують на те, що 25,61 % будівель та споруд, в яких розташовані стаціонарні відділення в яких надається спеціалізована медична допомога не відповідають СНІПам. При цьому 50 % ЗОЗ не мають необхідного оснащення та 59,09 % необхідного обладнання. Найкраща ситуація в даному аспекті зареєстрована у Воловецькому, Мукачівському та Ужгородському районах. Найгірша ситуація встановлена в Хустському, Рахівському, Великобerezнянському, Берегівському та Перечинському районах. Дана ситуація ставить населення різних адміністративних територій області в нерівні умови при отриманні стаціонарної медичної допомоги.

Наступним кроком дослідження стало дослідження забезпеченості стаціонарних закладів/підрозділів лікарськими кадрами. Отримані результати наведено в табл. 4.14.

Аналіз наведених в табл. 4.14 даних вказує на те, що середньо обласному показнику забезпеченості штатними лікарськими посадами для надання стаціонарної спеціалізованої медичної допомоги 13,69 на 10000 населення коливання в розрізі адміністративних територій зареєстровані в межах від 6,38 у Тячівському районі до 16,34 в м. Ужгород. Гранична різниця складає 2,56 разів.

Найнижчі рівні укомплектованості штатних посад фізичними особами зареєстровані в Берегівському (53,73 %), В.Березнянському (56,47 %), Перечинському (57,78 %) та Свалявському (65,45 %) районах. При цьому в системі надання спеціалізованої стаціонарної допомоги працює 23,22 % лікарів пенсійного віку з їх найбільшою часткою в Іршавському (42,25 %), Свалявському (38,89 %) та Перечинському (38,46 %) районах.

Для надання стаціонарної спеціалізованої допомоги недостає лікарів за наступними спеціальностями: педіатрія, анестезіологія, ендоскопія, лабораторна діагностика, функціональна діагностика, хірургія, інфекційні хвороби.

Далі були вивчені та проаналізовані основні показники використання ліжкового фонду в закладах охорони здоров'я області в регіональному аспекті. Отримані результати наведено в табл.4.15.

Аналіз наведених і табл. 4.15 даних вказує на нерівномірність використання ліжкового фонду в закладах охорони здоров'я в розрізі регіонів та частину їх нераціонального використання. В більшості закладів охорони здоров'я вторинної медичної допомоги госпітальні ліжка працювали не на повну потужність і простоювали. В першу чергу це стосується Ужгородського (273,82), Свалявського (275,92), Тячівського (287,10), Мукачівського (314,42) районів. Гранична різниця середнього числа днів зайнятості ліжка в 2017 році між закладами охорони здоров'я адміністративних територій становить 68,68 днів.

Середні терміни перебування пацієнтів в стаціонарі коливаються від 8,40 в Свалявському до 12,13 в Берегівському районі. Гранична різниця коливання складає 3,73 дня.

Показник летальності у стаціонарних відділеннях, в яких надається спеціалізована медична допомога в розрізі адміністративних територій

Таблиця 4.14

Забезпеченість стаціонарних закладів/підрозділів лікарськими кадрами, 2017 рік

| Адміністративна територія | Штатна кількість | На 10000 населення | Відсоток укомплектованості | Відсоток укомплектованості фізичними особами | Дефіцит лікарських спеціальностей, кількість | Відсоток пенсіонерів |
|---------------------------|------------------|--------------------|----------------------------|--|--|----------------------|
| Райони | | | | | | |
| Берегівський | 83,75 | 11,20 | 81,19 | 53,73 | 5 | 26,67 |
| В.Березнянський | 21,25 | 7,93 | 88,24 | 56,47 | 4 | 25,00 |
| Виноградівський | 96,25 | 7,94 | 95,32 | 84,16 | 3 | 32,10 |
| Воловецький | 23,25 | 9,51 | 90,32 | 60,22 | 3 | 21,43 |
| Іршавський | 74,00 | 7,37 | 98,99 | 95,95 | 1 | 42,25 |
| Міжгірський | 36,50 | 7,63 | 92,47 | 95,89 | 2 | 17,14 |
| Мукачівський | 165,50 | 8,89 | 90,79 | 96,68 | 2 | 15,00 |
| Перечинський | 22,50 | 6,99 | 93,33 | 57,78 | 5 | 38,46 |
| Рахівський | 66,00 | 7,10 | 94,32 | 100,00 | - | 12,12 |
| Свалявський | 55,00 | 10,17 | 75,45 | 65,45 | 4 | 38,89 |
| Тячівський | 111,75 | 6,38 | 95,97 | 102,01 | - | 18,42 |
| Ужгородський | 76,25 | 9,5 | 97,37 | 97,05 | 4 | 16,22 |
| Хустський | 100,50 | 7,89 | 95,02 | 100,5 | - | 25,74 |
| Міста | | | | | | |
| м. Ужгород | 183,75 | 16,34 | 96,05 | 98,50 | 1 | 23,76 |
| По області | 1116,25 | 13,69 | 94,04 | 89,85 | 34 | 23,22 |

Таблиця 4.15

Показники використання ліжкового фонду закладів охорони здоров'я вторинної медичної допомоги, 2014 - 2016**рр.**

| Адміністративна територія | Середнє число днів зайнятості ліжка | | | Середнє перебування пацієнтів на ліжку, днів | | | Летальність, % | | | Обіг ліжка | | |
|---------------------------|-------------------------------------|--------|--------|--|-------|-------|----------------|------|------|------------|-------|-------|
| | 2015 | 2016 | 2017 | 2015 | 2016 | 2017 | 2015 | 2016 | 2017 | 2015 | 2016 | 2017 |
| Райони | | | | | | | | | | | | |
| Берегівський | 324,24 | 333,05 | 321,0 | 12,25 | 12,13 | 12,28 | 2,68 | 2,56 | 2,64 | 26,46 | 27,45 | 26,13 |
| В.Березнянський | 297,39 | 315,70 | 317,14 | 8,88 | 8,70 | 8,84 | 1,34 | 1,39 | 1,28 | 33,48 | 36,28 | 35,89 |
| Виноградівський | 319,41 | 325,37 | 321,0 | 8,73 | 8,65 | 8,61 | 2,10 | 1,84 | 1,85 | 36,60 | 37,61 | 37,28 |
| Воловецький | 335,92 | 356,79 | 342,51 | 9,72 | 9,79 | 10,06 | 0,98 | 1,12 | 1,40 | 34,57 | 36,46 | 34,06 |
| Іршавський | 329,30 | 341,83 | 321,53 | 9,29 | 9,24 | 9,05 | 1,14 | 1,03 | 1,02 | 35,46 | 36,99 | 35,52 |
| Міжгірський | 319,93 | 319,86 | 282,82 | 10,18 | 9,80 | 9,74 | 1,20 | 1,20 | 1,42 | 31,44 | 32,66 | 29,04 |
| Мукачівський | 278,78 | 314,42 | 311,63 | 9,24 | 9,04 | 9,5 | 2,15 | 2,19 | 2,42 | 30,17 | 34,79 | 32,81 |
| Перечинський | 317,45 | 321,36 | 307,44 | 9,14 | 9,40 | 9,3 | 0,68 | 0,46 | 0,38 | 34,71 | 34,17 | 33,04 |
| Рахівський | 323,80 | 316,78 | 315,73 | 9,67 | 9,81 | 9,84 | 1,34 | 1,12 | 1,20 | 33,49 | 32,28 | 32,08 |
| Свалявський | 266,76 | 275,92 | 272,54 | 8,64 | 8,40 | 8,27 | 1,63 | 1,06 | 1,23 | 30,88 | 32,84 | 32,97 |
| Тячівський | 286,28 | 287,10 | 263,26 | 10,10 | 10,07 | 9,38 | 1,17 | 1,15 | 1,15 | 28,34 | 28,52 | 28,07 |
| Ужгородський | 287,54 | 273,82 | 283,57 | 11,81 | 10,81 | 9,98 | 0,92 | 0,84 | 2,14 | 24,34 | 25,34 | 28,42 |
| Хустський | 346,33 | 337,51 | 329,51 | 9,28 | 8,86 | 8,7 | 1,45 | 1,60 | 1,51 | 37,33 | 38,11 | 37,87 |
| Міста | | | | | | | | | | | | |
| м. Ужгород | 329,30 | 337,36 | 334,50 | 8,75 | 8,71 | 8,84 | 1,85 | 1,87 | 1,61 | 37,63 | 38,75 | 37,85 |

не відрізняється і цьому її рівень не перевищує 3 %. При високому показнику смертності населення (розділ 3 дисертації) низький показник летальності у стаціонарних відділеннях можна розглядати в якості незадовільного. Такі результати аналізу вказують на те, що значна частина населення помирає на дому не отримуючи медичну допомогу.

Висновки за розділом

В області функціонує розгалужена мережа закладів охорони здоров'я з надання первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги населенню в кількості 656 закладів. Найбільшу частку із них складають заклади, що надають первинну медико-санітарну допомогу (АЗПСМ – 44,7 %) та долікарську допомогу (ФАПи - 43,4 %). Заклади охорони здоров'я в яких надається вторинна амбулаторно-поліклінічна та стаціонарна допомога функціонують в межах кожної адміністративної території. Діяльність закладів охорони здоров'я за адміністративними територіями є не рівномірною та не завжди раціональною. В області функціонує 25 закладів охорони здоров'я обласного підпорядкування.

Первинна медична допомога населенню області надається в 14 Центрах ПМСД, АЗПСМ у складі Центрів ПМСД (231), АЗПСМ самостійних (61) із яких 40 (13,7 %) АЗПСМ розташовані у містах та 252 (86,3 %) у сільській місцевості. Для надання ПМСД в області введено 949,25 посад сімейних лікарів та 2059,25 сімейних медичних сестер з достовірною різницею рівнів укомплектування штатних посад фізичними особами в розрізі адміністративних територій. Дефіцит сімейних лікарів становить 63, а сімейних медичних сестер 51 - фізичних осіб. Рівень укомплектованості сімейних амбулаторій комп'ютерною технікою та доступом до Інтернет є критичним і не дозволяю забезпечити виконання Закону України „Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості” від 14 листопада 2017 року № 2206-VIII та підключення закладу до електронної системи охорони здоров'я”. При цьому для

комп'ютеризації первинної ланки в області необхідні видатки в сумі 17986000,00 грн. Також встановлено незадовільний рівень забезпечення сімейних амбулаторій оснащенням в відповідності до наказу МОЗ України від 26.01.2018 № 148 „Про затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які надають первинну медичну допомогу”, що є обов'язковою умовою для укладання договору з Національна службою здоров'я України з метою отримання бюджетного фінансування. Стан забезпеченості сімейних амбулаторій медичним оснащенням достовірно відрізняється в розрізі адміністративних територій області. Забезпеченість сімейних амбулаторій відповідно до потреби становить: автотранспортом 36,03 % (на дооснащення необхідно 49694400,0 грн.), ЕКГ-апаратами 45,47 % (на дооснащення необхідно 4891985,0 грн.), лабораторними аналізаторами 31,7 % (на дооснащення необхідно 3397324,0 грн.), вагами для новонароджених 71,1 % (на дооснащення необхідно 344267,0 грн.), вагами для дорослих 54,75 % (на дооснащення необхідно 623610,0 грн.), пульсоксиметрами 19,44 % (на дооснащення необхідно 4814010,0 грн.), холодильниками для вакцин 61,0 % (на дооснащення необхідно 2986588,0 грн.).

Достовірно відрізняються в розрізі адміністративних територій і заклади/підрозділи, які надають населенню спеціалізовану амбулаторно-поліклінічну допомогу. Планова потужність амбулаторно-поліклінічних закладів/підрозділів, при середньому показнику по області 209 відвідувань в зміну на 10000 населення коливається в 1,9 разів. Від 136 в Хустському до 257 в В.Березнянському районі. СНІПам відповідає 83,33 % будівель в яких вони розташовані, а оснащені відповідно до галузевих стандартів 50,0 % із них. Рівень забезпеченості штатними посадами лікарів коливається від 4,47 на 10000 населення в Перечинському районі до 11,18 в м. Ужгород з різним рівнем укомплектованості штатних посад (від 81,97 до 100,0 %) при 26,44 % працюючих пенсіонерів. При цьому і рівень звертальності населення за амбулаторно-поліклінічною допомогою в розрізі адміністративних територій в перерахунку на

одного жителя коливається від 6,8 в Свалявському до 11,1 в Міжгірському районі. Різниця становить 1,6 разу.

Встановлена також достовірна різниця в забезпеченні населення спеціалізованою стаціонарною медичною допомогою в розрізі адміністративних територій та різний рівень ресурсного забезпечення ЗОЗ та їх можливості в наданні якісної медичної допомоги. Так, забезпеченість населення госпітальними ліжками в межах адміністративних територій коливається в 1,5 разу від 36,10 в Мукачівському районі до 54,93 в м. Ужгород на 10 тис населення. При цьому 25,61 % будівель та споруд, в яких розташовані стаціонарні відділення в яких надається спеціалізована медична допомога не відповідають СНІПам, а 50 % ЗОЗ не мають необхідного оснащення та 59,09 % необхідного обладнання. Найкраща ситуація в даному аспекті зареєстрована в Воловецькому, Мукачівському та Ужгородському районах. Найгірша ситуація встановлена в Хустському, Рахівському, Великобerezнянському, Берегівському та Перечинському районах. При середньо обласному показнику забезпеченості штатними лікарськими посадами для надання стаціонарної спеціалізованої медичної допомоги 13,69 на 10000 населення коливання в розрізі адміністративних територій зареєстровані в межах від 6,38 в Тячівському районі до 16,34 в м. Ужгород. Гранична різниця складає 2,56 разів. Найнижчі рівні укомплектованості штатних посад лікарів фізичними особами зареєстровані в Берегівському (53,73 %), В.Березнянському (56,47 %), Перечинському (57,78 %) та Свалявському (65,45 %) районах. При цьому в системі надання спеціалізованої стаціонарної допомоги працює 23,22 % лікарів пенсійного віку з їх найбільшою часткою в Іршавському (42,25 %), Свалявському (38,89 %) та Перечинському (38,46 %) районах.

Дефіцитними для надання стаціонарної спеціалізованої допомоги є наступні лікарські спеціальності: педіатрія, анестезіологія, ендоскопія, лабораторна діагностика, функціональна діагностика, хірургія, інфекційні хвороби. В більшості закладів охорони здоров'я вторинної медичної допомоги госпітальні ліжка працювали не на повну потужність і простоювали. В першу чергу це стосується Ужгородського (273,82), Свалявського (275,92), Тячівського (287,10),

Мукачівського (314,42) районів. Гранична різниця середнього числа днів зайнятості ліжка в 2017 році між закладами охорони здоров'я адміністративних територій становить 68,68 днів. Середні терміни перебування пацієнтів в стаціонарі коливається від 8,40 в Свалявському до 12,13 в Берегівському районі.

Проведений аналіз вказує на достовірні відмінності щодо умов функціонування закладів охорони здоров'я первинної та вторинної медичної допомоги в області і можливості надання ними якісної медичної допомоги (медичних послуг) пацієнтам. З одного боку це ставить населення різних адміністративних територій в нерівні умови з отримання необхідної первинної та спеціалізованої допомоги. З іншого боку, враховуючи чинні законодавчі та урядові акти, є умови, коли не всі ЗОЗ зможуть укласти договори з Національною службою здоров'я України на надання медичної допомоги в рамках державних гарантій та отримання відповідного фінансування. ЗОЗ з недостатньою ресурсною базою та умовами перебування пацієнтів не будуть конкурентоздатними. Тому, враховуючи дію Закону України „Про місцеве самоврядування в Україні” від 21 травня 1997 року № 280/97-ВР (ст. 32. Пункт б, 2), на етапі автономізації ЗОЗ необхідно передбачити заходи з формування конкурентоздатності кожного конкретного закладу охорони здоров'я за рахунок місцевої фінансової підтримки ЗОЗ.

Список особистих друкованих робіт за темою розділу:

1. Скрип В. В. Характеристика мережі закладів охорони здоров'я Закарпатської області / В. В. Скрип // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 4 (36). – С. 58–61.
2. Скрип В. В. Аналіз системи охорони здоров'я Закарпатської області / В. В. Скрип // Економіка і право охорони здоров'я. - 2017. - № 2 (6). - С. 76-81.
3. Скрип В. В., Слабкий Г. О. Характеристика системи охорони здоров'я Регіонів України. Закарпатська область/Регіональні системи охорони здоров'я України. 2014 рік. [Монографія]. Частина I, Київ, 2015 - С.198-227.

РОЗДІЛ 5

РЕЗУЛЬТАТИ СОЦІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ СЕРЕД РІЗНИХ КАТЕГОРІЙ НАСЕЛЕННЯ З ПИТАНЬ АВТОНОМІЗАЦІЇ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Результати соціологічних досліджень серед осіб які є цільовими групами в процесі автономізації закладів охорони здоров'я є важливим інформаційним ресурсом, який дає змогу встановити можливість майбутню ефективність проведення зміни організаційно-правового закладу охорони здоров'я та подальшої організації діяльності автономізованого закладу охорони здоров'я. Отримані результати дають інформацію для планування заходів з підготовки ЗОЗ до їх автономізації.

В зв'язку з цим для проведення соціологічного дослідження ми обрали наступні категорії респондентів: організатори охорони здоров'я, працівники економічних служб в охороні здоров'я, представники органів місцевого самоурядування (власників ЗОЗ), осіб які приймають рішення щодо автономізації ЗОЗ.

5.1. Результати соціологічного дослідження серед організаторів охорони здоров'я з питань автономізації закладів охорони здоров'я

На початку дослідження ((2017 рік) були опитані організатори охорони здоров'я, які працюють в закладах охорони здоров'я різного рівня надання медичної допомоги. Дані про респондентів наведено в табл.5.1.

За наведеними в табл. 5.1 даними основну групу респондентів – організаторів охорони здоров'я склали головні лікарі та їх заступники, які працюють в закладах охорони здоров'я первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги, у віці до 50 років. Чоловіки та жінки займають практично рівні частки у статевій структурі респондентів.

Таблиця 5.1

Характеристика респондентів-організаторів охорони здоров'я

| Характеристика респондентів | Абс. чис. | % |
|---------------------------------|-----------|--------------|
| Всього | 127 | 100,0 |
| <i>Посада</i> | | |
| Головний лікар | 38 | 29,9 |
| Заступник головного лікаря | 47 | 37,0 |
| Завідувач відділенням | 42 | 33,1 |
| <i>Рівень медичної допомоги</i> | | |
| Первинний | 24 | 18,9 |
| Вторинний | 84 | 66,2 |
| Третинний | 19 | 14,9 |
| <i>Стать</i> | | |
| Чоловік | 64 | 50,4 |
| Жінка | 63 | 49,6 |
| <i>Вік</i> | | |
| До 30 років | 23 | 18,1 |
| 30 - 50 років | 64 | 50,4 |
| 50-60 років | 19 | 14,9 |
| Старше 60 років | 21 | 16,6 |

Наступним кроком дослідження було вивчення питання щодо рівня бажання організаторів охорони здоров'я мати повноваження самостійно примати певні управлінські рішення. Отримані дані наведено в табл. 5.2.

Таблиця 5.2

**Рівень бажання організаторів охорони здоров'я мати повноваження
самостійно примати рішення щодо змін**

| Зміст повноважень | Абс. чис. | %±m |
|-------------------------|-----------|----------|
| Зміни структури лікарні | 81 | 63,8±2,4 |

Продовження таблиці 5.2

| | | |
|---|-----|-----------|
| Зміни потужності лікарні чи окремих структурних підрозділів | 73 | 57,5± 2,5 |
| Зміни штатного розпису лікарні чи окремих структурних підрозділів | 102 | 80,3±1,8 |
| Впроваджувати систему оплати праці медичним працівникам лікарні в залежності від обсягу та якості наданої медичної допомоги | 94 | 74,0±2,2 |
| Формувати бюджет лікарні в тому числі за кодами бюджетної класифікації | 83 | 65,4±2,4 |
| При виникненні виробничої необхідності змінювати бюджет лікарні в межах кодів бюджетної класифікації | 117 | 92,1±0,7 |

Аналіз наведених в табл. 5.2 даних вказує на те, що організатори охорони здоров'я в своїй більшості мають бажання самостійно приймати управлінські рішення щодо формування штатного розпису лікарні (80,3±1,8 %), впровадження системи оплати праці медичним працівникам лікарні в залежності від обсягу та якості наданої медичної допомоги (74,0±2,2 %) та зміни бюджету лікарні в межах кодів бюджетної класифікації (92,1±0,7 %).

Далі, шляхом самооцінки, вивчалось питання рівня теоретичної підготовки організаторів охорони здоров'я з питань організації роботи в умовах автономізації закладів охорони здоров'я. Отримані результати дослідження наведено в табл. 5.3.

В результаті проведеного аналізу даних, що наведені в табл. 5.3 встановлено низький рівень (менше четвертої частини) ознайомлення організаторів охорони здоров'я області з нормативно-правовими документами з питань автономізації закладів охорони здоров'я та основними методами організаційної роботи з підготовки закладів охорони здоров'я до зміни правового статусу закладу охорони здоров'я на комунальне некомерційне неприбуткове підприємство та роботи в нових господарських умовах.

Таблиця 5.3

Рівень теоретичної підготовки організаторів охорони здоров'я з питань організації роботи в умовах автономізації закладів охорони здоров'я

| Розділ знань та вмінь | Абс. чис. | % |
|---|-----------|----------|
| Знайомство з законодавчими актами з питань управлінської та господарської роботи в нових умовах при автономізації закладів охорони здоров'я | 21 | 16,5±1,9 |
| Знайомство з методами планування та використання фінансових ресурсів в умовах автономізації закладів охорони здоров'я | 17 | 13,4±1,7 |
| Знайомство з методами визначення потреби в кадрових ресурсах в умовах автономізації закладів охорони здоров'я | 12 | 9,5±1,5 |
| Знайомство з методами проведення хронометражних досліджень при вивченні роботи медичного персоналу | 15 | 11,8±1,6 |
| Знайомство з методами розрахунку оплати праці медичним працівникам лікарні в залежності від обсягу та якості наданої медичної допомоги | 9 | 7,1±1,3 |
| Знайомство з принципами визначення та забезпечення конкурентоздатності закладів охорони здоров'я в ринкових умовах | 7 | 5,5±1,1 |
| Знайомство з методами визначення потреби в населення в амбулаторній медичній допомозі | 29 | 22,8±2,1 |
| Знайомство з методами визначення потреби в населення в стаціонарній медичній допомозі | 31 | 24,4±2,1 |
| Знайомство з методами визначення потреби в населення в діагностичній медичній допомозі | 19 | 14,9±1,8 |
| Знайомство з сучасними технологіями безперервного підвищення якості медичної допомоги | 27 | 21,3±2,1 |
| Знайомство із законодавчими основами державно/приватного партнерства | 5 | 3,9±0,9 |

Відповідно до програми дослідження наступним кроком роботи було вивчення рівня готовності організаторів охорони здоров'я до проведення заходів з автономізації закладу охорони здоров'я. Отримані результати наведено в табл. 5.4.

Аналіз наведених в табл. 5.4 результатів дослідження вказує на те, що мають готовність до проведення заходів з автономізації закладу охорони здоров'я надзвичайно незначна частка респондентів. До комплексної роботи в даному напрямку готовою є частка респондентів, яка складає менше 10 %. При цьому готовими взяти на себе відповідальність за виконання закладом охорони здоров'я договору з владою по наданню медичної допомоги у відповідності до визначеної якості є тільки $16,5 \pm 1,9$ % опитаних організаторів охорони здоров'я.

На останньому етапі даного розділу дослідження було вивчено рівень підтримки опитаними організаторами охорони здоров'я області автономізації закладів охорони здоров'я. В ході дослідження отримано наступні результати (рис 5.1.):

- підтримують проведення автономізації ЗОЗ: 21 ($16,5 \pm 1,9$ %);
- не підтримують проведення автономізації ЗОЗ - 69 ($54,4 \pm 2,5$ %);
- не визначилися з рішенням: 37 ($29,1 \pm 2,3$ %).

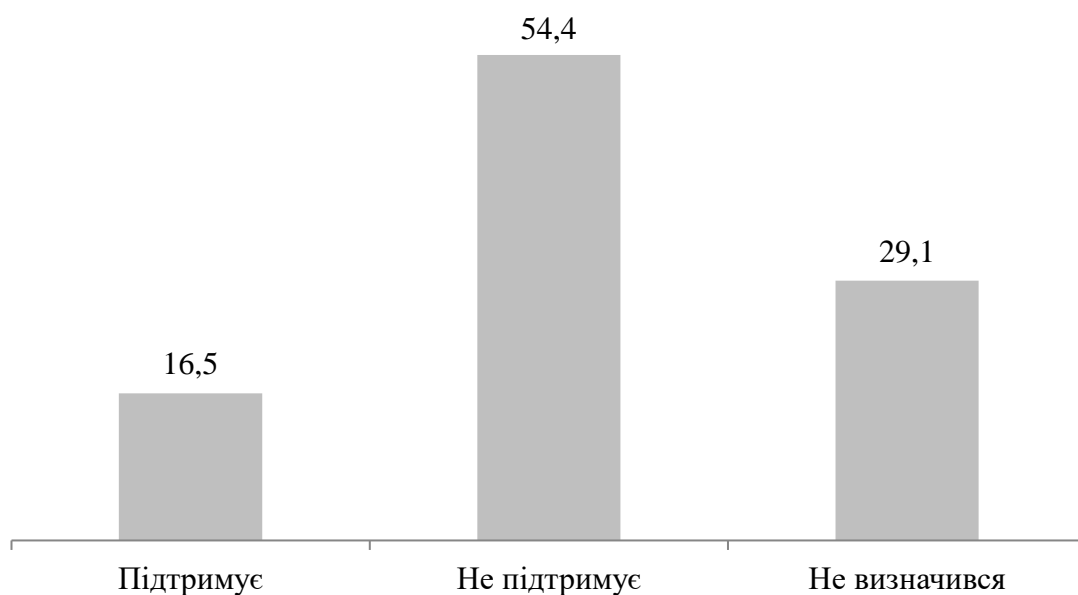


Рис. 5.1. Рівень підтримки організаторами охорони здоров'я автономізації закладів охорони здоров'я (%)

Таблиця 5.4

Рівень готовності організаторів охорони здоров'я до проведення заходів з автономізації закладу охорони здоров'я

| Заходи | Готовий | | Не готовий | | Не визначився | |
|---|---------|----------|------------|----------|---------------|----------|
| | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % |
| Провести підготовку закладу до проведення його автономізації | 17 | 13,4±1,7 | 79 | 62,2±2,4 | 31 | 24,4±2,1 |
| Лобіювати в органах влади прийняття рішення щодо автономізації Вашого закладу охорони здоров'я | 9 | 7,1±1,3 | 84 | 66,1±2,3 | 34 | 26,8±2,2 |
| Взяти на себе відповідальність за виконання закладом охорони здоров'я договору з владою по наданню медичної допомоги у відповідності до визначеної якості | 21 | 16,5±1,8 | 75 | 59,1±2,5 | 31 | 24,4±2,1 |
| Провести розрахунки щодо реальної потреби населення, що обслуговує заклад охорони здоров'я в амбулаторній медичній допомозі за спеціальностями | 29 | 22,8±2,1 | 81 | 63,8±2,4 | 17 | 13,4±1,7 |
| Провести розрахунки щодо реальної потреби населення, що обслуговує заклад охорони здоров'я в стаціонарній медичній допомозі за спеціальностями | 27 | 21,3±2,1 | 71 | 55,9±2,5 | 29 | 22,8±2,1 |
| Провести розрахунки щодо реальної потреби населення, що обслуговує заклад охорони здоров'я в діагностичній медичній допомозі | 17 | 13,4±1,7 | 86 | 67,7±2,3 | 24 | 18,9±1,9 |
| При існуючій ресурсній базі закладу охорони здоров'я організувати надання населенню якісної медичної допомоги | 12 | 9,5±1,5 | 88 | 69,2±2,3 | 27 | 21,3±2,0 |
| Провести розрахунки в реальній потребі в медичних кадрах | 15 | 11,8±1,6 | 81 | 63,8±2,4 | 31 | 24,4±2,1 |

Продовження таблиці 5.4

| | | | | | | |
|---|----|----------|----|----------|----|----------|
| Розробити систему оплати праці працівникам лікарі в залежності від обсягу та якості роботи | 9 | 7,1±1,3 | 81 | 63,8±2,4 | 37 | 29,1±2,3 |
| Оптимізувати штатний розпис лікарі | 11 | 8,7±1,4 | 97 | 76,4±2,1 | 19 | 14,9±1,8 |
| Привести кадровий склад лікарні до оптимізованого штатного розпису у відповідності до чинного законодавства України | 10 | 7,9±1,3 | 94 | 74,0±2,2 | 23 | 18,1±1,9 |
| Привести структуру та потужність лікарні у відповідності до реальних потреб населення | 13 | 10,2±1,5 | 90 | 70,9±2,3 | 24 | 18,9±1,9 |
| Запровадити в лікарні систему енергозбереження та скороти комунальні платежі | 21 | 16,5±1,9 | 77 | 60,7±2,4 | 29 | 22,8±2,1 |
| Підвищити рівень видатків на медичне забезпечення пацієнтів | 24 | 18,9±2,0 | 71 | 55,9±2,5 | 32 | 25,2±2,2 |
| Підвищити рівень видатків на харчування пацієнтів | 24 | 18,9±2,0 | 71 | 55,9±2,5 | 32 | 25,2±2,2 |
| Розробити стратегічний план розвитку закладу охорони здоров'я на 10 років | 17 | 13,4±1,7 | 69 | 54,3±2,5 | 41 | 32,3±2,3 |
| Вивчити конкурентоспроможність закладу охорони здоров'я | 14 | 11,0±1,6 | 74 | 58,3±2,5 | 39 | 30,7±2,3 |
| Забезпечити конкурентоздатність закладу охорони здоров'я | 9 | 7,1±1,3 | 79 | 62,2±2,4 | 39 | 30,7±2,3 |
| Використати сучасні економічні механізми управління закладом/підприємством в рамках чинного законодавства | 11 | 8,7±1,4 | 90 | 70,9±2,3 | 26 | 20,5±2,0 |
| Використовувати механізм державно/приватного партнерства в рамках чинного законодавства | 9 | 7,1±1,3 | 92 | 72,4±2,2 | 26 | 20,5±2,0 |
| Створити при закладі охорони здоров'я опікунську раду | 24 | 18,9±2,0 | 85 | 66,9±2,4 | 18 | 14,2±1,7 |
| Активно співпрацювати з опікунською радою | 24 | 18,9±2,0 | 85 | 66,9±2,4 | 18 | 14,2±1,7 |

5.2. Результати соціологічного дослідження серед працівників фінансових та економічних служб закладів охорони здоров'я з питань автономізації закладів охорони здоров'я

Наступним кроком дослідження було вивчення рівня готовності та спроможності представників фінансових та економічних служб закладів охорони здоров'я області до проведення автономізації їх закладів. Дані про респондентів наведено в табл. 5.5.

Таблиця 5.5

Характеристика респондентів-працівників фінансово-економічних служб закладів охорони здоров'я

| Характеристика респондентів | Абс. чис. | % |
|---------------------------------|-----------|-------|
| Всього | 98 | 100,0 |
| <i>Посада</i> | | |
| Головний бухгалтер | 34 | 34,7 |
| Бухгалтер | 52 | 53,1 |
| Економіст | 12 | 12,2 |
| <i>Рівень медичної допомоги</i> | | |
| Первинний | 11 | 11,2 |
| Вторинний | 73 | 74,5 |
| Третинний | 14 | 14,3 |
| <i>Стать</i> | | |
| Чоловік | 4 | 4,1 |
| Жінка | 94 | 95,9 |
| <i>Вік</i> | | |
| До 30 років | 14 | 14,3 |
| 30 - 50 років | 39 | 41,8 |
| 50-60 років | 27 | 27,6 |
| Старше 60 років | 16 | 16,3 |

Відповідно до наведених в табл. 5.5 даних основну частину цільової групи респондентів - працівників фінансово-економічних служб закладів охорони здоров'я складали працівники фінансової служби (головні бухгалтери та бухгалтери), які працюють в закладах охорони здоров'я вторинного рівня надання медичної допомоги, жінки у віці до 50 років.

Наступним кроком дослідження було вивчення рівня теоретичної підготовки респондентів - працівників фінансово-економічних служб закладів охорони здоров'я з питань організації роботи в умовах автономізації закладів охорони здоров'я. Отримані в ході дослідження результати наведено в табл. 5.6.

Таблиця 5.6

**Рівень теоретичної підготовки працівників фінансово -
економічних служб закладів охорони здоров'я з питань організації роботи в
умовах автономізації закладів охорони здоров'я**

| Розділ знань та вмінь | Абс. чис. | % |
|---|-----------|---------|
| Знайомство з законодавчими актами з питань управлінської та господарської роботи в нових умовах при автономізації закладів охорони здоров'я | 3 | 3,1±0,9 |
| Знайомство з методами планування та використання фінансових ресурсів в умовах автономізації закладів охорони здоров'я | 9 | 9,2±1,4 |
| Знайомство з методами визначення потреби в кадрових ресурсах в умовах автономізації закладів охорони здоров'я | 4 | 4,1±1,0 |
| Знайомство з методами розрахунку оплати праці медичним працівникам лікарні в залежності від обсягу та якості наданої медичної допомоги | 5 | 5,1±1,1 |
| Знайомство з принципами визначення та забезпечення конкурентоздатності закладів охорони здоров'я в ринкових умовах | 2 | 2,0±0,7 |

Продовження таблиці 5.6

| | | |
|--|----|----------|
| Знайомство з особливостями бухгалтерського обліку та звітності в позабюджетній сфері | 11 | 11,2±1,6 |
| Знайомство з Господарським кодексом | 2 | 2,0±0,7 |
| Знайомство з податковим законодавством для позабюджетної сфери | 4 | 4,1±1,0 |
| Знайомство з законодавчими основами державно/приватного партнерства | 2 | 2,0±0,7 |

Аналіз наведених в табл. 5.6 результатів дослідження серед працівників фінансово-економічних служб закладів охорони здоров'я та їх порівняння з наведеним в табл. 5.3 даними щодо опитування організаторів охорони здоров'я вказали на вкрай низький та достовірно нижчий рівень теоретичної підготовки працівників фінансово-економічних служб закладів охорони здоров'я з питань організації роботи в умовах автономізації закладів охорони здоров'я.

Результати проведеного далі вивчення рівня готовності працівників фінансово-економічних служб закладів охорони здоров'я до проведення заходів з автономізації закладу охорони здоров'я наведені в табл. 5.7.

Аналіз наведених в табл. 5.7 результатів дослідження серед працівників фінансово-економічних служб закладів охорони здоров'я та їх порівняння з наведеним в табл. 5.4 даними щодо опитування організаторів охорони здоров'я вказали на вкрай низький та достовірно нижчий рівень готовності працівників фінансово-економічних служб закладів охорони здоров'я до проведення заходів з автономізації закладу охорони здоров'я.

На останньому етапі даного дослідження було вивчено рівень підтримки опитаними працівниками фінансово-економічних служб закладів охорони здоров'я області автономізації закладів охорони здоров'я.

В ході дослідження отримано наступні результати (рис. 5.2.):

Таблиця 5.7

Рівень готовності працівників фінансово-економічних служб ЗОЗ до проведення заходів з автономізації ЗОЗ

| Заходи | Готовий | | Не готовий | | Не визначився | |
|--|---------|----------|------------|----------|---------------|----------|
| | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % |
| Провести підготовку закладу до проведення його автономізації | 9 | 9,2±1,4 | 85 | 86,7±1,9 | 4 | 4,1±1,0 |
| Взяти на себе відповідальність за використання фінансових ресурсів в нових умовах господарювання | 5 | 5,1±1,1 | 84 | 85,7±1,9 | 9 | 9,2±1,4 |
| Провести розрахунки щодо можливостей фінансового забезпечення виконання умов договору з владою із надання медичної допомоги населенню в умовах затвердженого фінансування. | 6 | 6,1±1,2 | 81 | 82,7±1,9 | 11 | 11,2±1,6 |
| Провести розрахунки щодо ефективного використання наявних ресурсів із забезпечення виконання умов договору з владою із надання медичної допомоги населенню. | 6 | 6,1±1,2 | 81 | 82,7±1,9 | 11 | 11,2±1,6 |
| Ведення нових форм облікової та звітної документації в умовах підприємства. | 11 | 11,2±1,6 | 79 | 80,6±2,0 | 8 | 8,2±1,4 |
| Провести розрахунки в реальній потребі в медичних кадрах | 4 | 4,1±1,0 | 82 | 83,6±1,9 | 12 | 12,3±1,6 |
| Розробити систему оплати праці працівникам лікарі в залежності від обсягу та якості роботи | 4 | 4,1±1,0 | 82 | 83,6±1,9 | 12 | 12,3±1,6 |
| Запропонувати систему обліку праці медичних працівників в залежності від обсягу та якості роботи | 4 | 4,1±1,0 | 82 | 83,6±1,9 | 12 | 12,3±1,6 |

Продовження таблиці 5.7

| | | | | | | |
|--|----|----------|----|----------|----|----------|
| Оптимізувати штатний розпис лікарі | 7 | 7,1±1,3 | 85 | 86,7±1,9 | 6 | 6,1±1,2 |
| Запропонувати заходи із енергозбереження та скорочення витрат на комунальні платежі | 8 | 8,2±1,4 | 85 | 86,7±1,9 | 5 | 5,1±1,1 |
| Підвищити рівень видатків на медичне забезпечення пацієнтів | 9 | 9,2±1,4 | 82 | 83,6±1,9 | 7 | 7,1±1,3 |
| Підвищити рівень видатків на харчування пацієнтів | 9 | 9,2±1,4 | 82 | 83,6±1,9 | 7 | 7,1±1,3 |
| Розробити стратегічний план розвитку закладу охорони здоров'я на 10 років | 12 | 12,3±1,6 | 81 | 82,6±1,9 | 5 | 7,1±1,3 |
| Вивчити конкурентоспроможність закладу охорони здоров'я | 4 | 4,1±1,0 | 83 | 84,7±1,9 | 11 | 11,2±1,6 |
| Забезпечити конкурентоздатність закладу охорони здоров'я | 4 | 4,1±1,0 | 83 | 84,7±1,9 | 11 | 11,2±1,6 |
| Використати сучасні економічні механізми управління закладом/ підприємством в рамках чинного законодавства | 9 | 9,2±1,4 | 85 | 86,7±1,9 | 4 | 4,1±1,0 |
| Використовувати механізм державно/приватного партнерства в рамках чинного законодавства | 7 | 7,1±1,3 | 86 | 87,8±1,9 | 5 | 5,1±1,1 |
| Активно співпрацювати з опікунською радою | 29 | 29,6±2,3 | 62 | 63,3±2,4 | 7 | 7,1±1,3 |

- підтримують проведення автономізації закладів охорони здоров'я: 12 ($12,3 \pm 1,6$ %);
- не підтримують проведення автономізації закладів охорони здоров'я: 67 ($68,3 \pm 2,3$ %);
- не визначилися з рішенням: 19 ($19,4 \pm 2,0$ %).

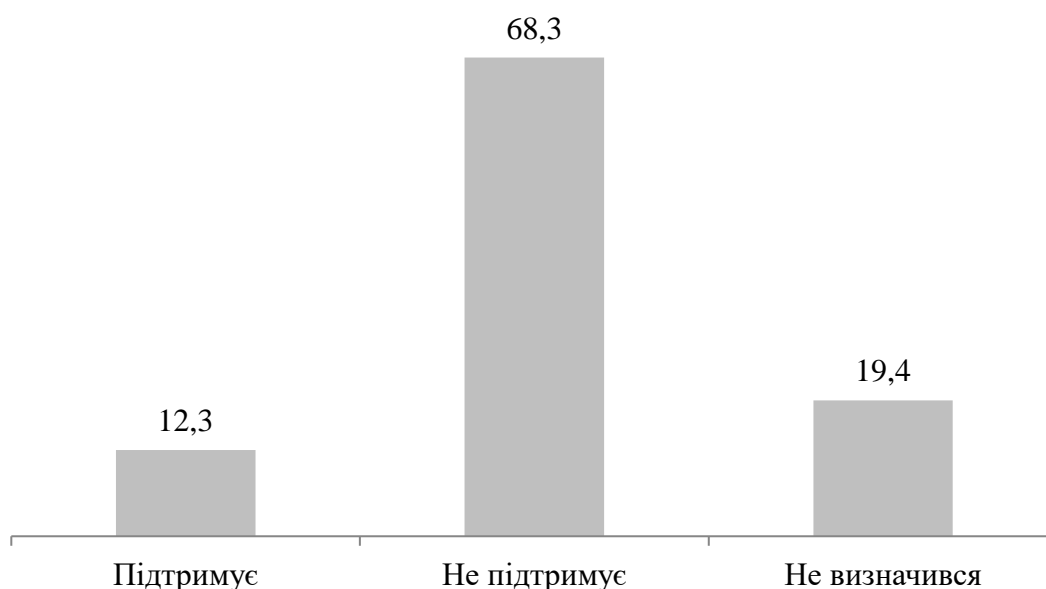


Рис. 5.2. Рівень підтримки працівниками економічних служб охорони здоров'я автономізації закладів охорони здоров'я (%)

5.3. Результати соціологічного дослідження серед представників органів місцевого самоуправління з питань автономізації закладів охорони здоров'я

Наступним кроком соціологічного дослідження було опитування за спеціально розробленою анкетною формою органів місцевого самоуправління з питань автономізації закладів охорони здоров'я. Дані про респондентів наведено в табл. 5.8.

Відповідно до наведених в табл. 5.8 даних основну частину цільової групи респондентів - склали депутати сільських та районних рад, за статтю чоловіки, а за віком – 30-50 років.

Таблиця 5.8

**Характеристика респондентів - представників органів місцевого
самоурядування з питань автономізації закладів охорони здоров'я**

| Характеристика респондентів | Абс. чис. | % |
|--|-----------|-------|
| Всього | 102 | 100,0 |
| Депутат сільської ради | 29 | 28,4 |
| Депутат районної ради | 33 | 32,4 |
| Депутат міської ради | 9 | 8,8 |
| Працівник районної державної адміністрації | 19 | 18,6 |
| Працівник міської державної адміністрації | 12 | 11,8 |
| <i>Стать</i> | | |
| Чоловік | 64 | 62,7 |
| Жінка | 38 | 37,3 |
| <i>Вік</i> | | |
| До 30 років | 21 | 20,6 |
| 30 - 50 років | 39 | 38,2 |
| 50-60 років | 24 | 23,5 |
| Старше 60 років | 18 | 17,6 |

Далі були узагальнені та статистично опрацьовані результати соціологічного дослідження серед представників органів місцевого самоурядування з питань автономізації закладів охорони здоров'я. Отримані дані наведено в табл. 5.9.

Таблиця 5.9

**Позитивні результати соціологічного дослідження серед представників
органів місцевого самоурядування з питань автономізації ЗОЗ**

| Питання | Абс. чис. | % |
|-------------------------------------|-----------|----------|
| Знайомство з Господарським кодексом | 39 | 38,2±2,4 |

Продовження таблиці 5.9

| | | |
|--|----|----------|
| Знайомство з Законом України: „Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я” від 06.04.2017 р. № 2002 | 7 | 6,9±1,3 |
| Знайомство з Законом України „Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII | 32 | 31,4±2,4 |
| Знайомство з Законом України „Про місцеве самоврядування в Україні” від 21 травня 1997 року № 280/97-ВР | 58 | 56,9±2,5 |
| Знайомство з розпорядженням КМУ від 30.11.2016 р. № 1013-р „Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я” | 5 | 4,9±1,1 |
| Знайомство з податковим законодавством для позабюджетної сфери | 27 | 26,5±2,2 |
| Знайомство з законодавчими основами державно/приватного партнерства | 9 | 8,8±1,4 |
| Знайомство з принципами фінансово-господарської діяльності автономізованого закладу охорон здоров'я | 5 | 4,9±1,1 |
| Готовність ознайомитися з вказаним чинним законодавством | 67 | 65,7±2,4 |
| Готовність підтримати автономізацію територіального закладу охорони здоров'я | 32 | 31,4±2,3 |

Аналіз наведених в табл. 5.9 даних вказує на те, що респонденти - представники органів місцевого самоурядування достатньо високо ознайомлені із загальним законодавством, менше із законодавством з питань реформування системи охорони здоров'я. При цьому їх рівень готовності ознайомитися з чинним законодавством з питань реформування охорони здоров'я є достатньо високим - 65,7±2,4 %, а 31,4±2,3 % із опитаних готові підтримати автономізацію територіального закладу охорони здоров'я.

Висновки за розділом

В ході соціологічного дослідження серед організаторів охорони здоров'я встановлено низький рівень (менше четвертої частини) ознайомлення організаторів охорони здоров'я з нормативно-правовими документами з питань автономізації закладів охорони здоров'я та основними методами організаційної роботи з підготовки закладів охорони здоров'я до зміни правового статусу закладу охорони здоров'я на комунальне некомерційне неприбуткове підприємство та роботи в нових господарських умовах. До комплексної роботи з автономізації готовою є частка респондентів, яка складає менше 10 %, а підтримують проведення автономізації закладів охорони здоров'я $16,5 \pm 1,9$ % респондентів. При цьому організатори охорони здоров'я в своїй більшості мають бажання самостійно приймати управлінські рішення щодо формування штатного розпису лікарні ($80,3 \pm 2,1$ %), впровадження системи оплати праці медичним працівникам лікарні в залежності від обсягу та якості наданої медичної допомоги ($74,0 \pm 2,2$ %) та зміни бюджету лікарні в межах кодів бюджетної класифікації ($92,1 \pm 0,7$ %).

В ході соціологічного дослідження серед працівників економічних служб системи охорони здоров'я встановлено низький та достовірно нижчий рівень, ніж організаторів охорони здоров'я, теоретичної підготовки працівників фінансово-економічних служб закладів охорони здоров'я з питань організації роботи в умовах автономізації закладів охорони здоров'я. Готовність працівників фінансово-економічних служб закладів охорони здоров'я до проведення заходів з автономізації закладу охорони здоров'я є теж низькою. Підтримують проведення автономізації закладів охорони здоров'я $12,3 \pm 1,6$ % респондентів.

В ході соціологічного дослідження серед представників органів місцевого самоурядування встановлено, що респонденти - представники органів місцевого самоурядування достатньо високо ознайомлені із загальним законодавством, менше із законодавством з питань реформування системи охорони здоров'я. При цьому їх рівень готовності ознайомитися з чинним законодавством з питань

реформування охорони здоров'я є достатньо високим - $65,7 \pm 2,4$ %, а $31,4 \pm 2,3$ % із опитаних готові підтримати автономізацію територіального закладу охорони здоров'я.

Список особистих друкованих робіт за темою розділу:

1. Скрип В. В. Готовність та спроможність системи охорони здоров'я регіонального рівня до автономізації закладів охорони здоров'я (за результатами соціологічного дослідження) / В.В. Скрип // Україна. Здоров'я нації. - 2017. - № 4/1 (46). - С. 101-107.

2. Скрип В. В. До готовності економічних служб закладів охорони здоров'я працювати в автономному режимі / Г.О.Слабкий, В. В. Скрип / Тези доповідей МНПК присвяченої Всесвітньому Дню здоров'я 2016 „Переможемо діабет”. 07.04.2016, м. Київ//Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2016. – № 1 (26). – С. 117-118.

3. Скрип В.В. Щодо готовності організаторів охорони здоров'я Закарпаття до автономізації лікувальних закладів / В. В. Скрип // Збірник матеріалів науково-практичної конференції з міжнародною участю „Організація і управління охороною здоров'я 2015” 20-21 жовтня 2015 року. – м. Київ. – 2015. – С. 44.

РОЗДІЛ 6

ОБГРУНТУВАННЯ ТА ХАРАКТЕРИСТИКА ФУНКЦІОНАЛЬНО-ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ МОДЕЛІ ПІДГОТОВКИ ТА ПРОВЕДЕННЯ ЗМІНИ ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВОЇ ФОРМИ (АВТОНОМІЗАЦІЇ) ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ІЗ БЮДЖЕТНИХ УСТАНОВ В КОМУНАЛЬНІ НЕПРИБУТКОВІ ПІДПРИЄМСТВА

На виконання Закону України „Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII створена Національна служба здоров'я України (НСЗУ), яка в 2018 році почала свою діяльність. В 2018 році НСЗУ почала укладати договори із закладами охорони здоров'я на їх фінансування у відповідності до гарантованих державою обсягів медичної допомоги і в першу чергу первинної медичної допомоги. Обов'язковими вимогами для укладання таких договорів є наступні: автономізація закладу охорони здоров'я; підключення закладу до Електронної системи охорони здоров'я; матеріально-технічне оснащення для надання первинної медичної допомоги має відповідати вимогам до оснащення, які затверджені наказом МОЗ України “Про затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які надають первинну медичну допомогу” [146].

За перше півріччя 2018 року з НСЗУ уклала угоди 14 суб'єктів господарювання в охороні здоров'я, які функціонують на території Закарпатської області в тому числі: 10 ЦПМСД, 2 ФОПи-сімейні лікарі, 2 приватні заклади охорони здоров'я. Додаток В-1.

Розробка функціонально-організаційної моделі підготовки та проведення зміни організаційно-правової форми (автономізації) закладів охорони здоров'я із бюджетних установ в комунальні некомерційні підприємства проводилася із урахуванням проблем із якими стикалися вказані ЗОЗ при підготовці до автономізації.

6.1. Результати експертного дослідження щодо автономізації закладів охорони здоров'я

На початку дослідження нами вивчено думку експертів щодо переваг роботи закладу охорони здоров'я в якості комунального некомерційного підприємства. Отримані результати наведено в табл. 6.1.

Таблиця 6.1

Переваги комунального некомерційного підприємства над комунальною установою (бали)

| Показник | Бали |
|--|------|
| Зміна командно-адміністративної моделі управління закладом охорони здоров'я на договірні відносини | 9,4 |
| Збільшення господарської та фінансової автономії. | 8,7 |
| Фінансування ЗОЗ зі статусом підприємства на основі власного фінансового плану. | 8,2 |
| Підвищення економічної ефективності використання активів. | 8,4 |
| Формування стимулів для поліпшення якості медичного обслуговування населення | 8,9 |
| Збільшення управлінської гнучкості комунальних закладів охорони здоров'я. | 8,1 |
| Право утворювати об'єднання підприємств з іншими закладами охорони здоров'я | 8,9 |
| Самостійне визначення внутрішньої організаційної структури. | 8,1 |

Аналіз наведених в табл. 6.1 даних вказує на те, що експерти основною перевагою вказаного процесу вважають зміну командно-адміністративної моделі управління закладом охорони здоров'я на договірні відносини між закладом охорони здоров'я та його власником і Національною агенцією здоров'я з оперативного управління майновим комплексом з метою забезпечення населення медичною допомогою та фінансування своєї діяльності в межах чинного

законодавства України (9,4 балів). До інших важливих переваг експерти віднесли наступне: формування стимулів для поліпшення якості медичного обслуговування населення та право утворювати об'єднання підприємств з іншими закладами охорони здоров'я (8,9 балів) і збільшення господарської та фінансової автономії (8,7 балів).

Далі було вивчено та проаналізовано ризики перетворення закладів охорони здоров'я із комунальної установи в комунальне некомерційне підприємство. Отримані результати наведено в табл. 6.2.

Таблиця 6.2

Ризики перетворення комунальної установи в комунальне некомерційне підприємство

| Показник | Бали |
|---|------|
| Відсутність досвіду господарювання в умовах підприємства | 9,8 |
| Відсутність досвіду ведення кадрової політики в умовах підприємства | 9,1 |
| Фінансові ризики в тому числі пов'язані з податками | 9,6 |
| Ризики, що пов'язані з конкурсом на надання медичної допомоги в рамках пакету державних гарантій та низька конкурентоспроможність | 9,3 |
| Зменшення рівня ресурсної підтримки місцевими органами влади | 9,9 |
| Скорочення медичного персоналу | 8,5 |

Аналіз наведених в табл. 6.2 даних вказує на те, що основними ризиками перетворення закладів охорони здоров'я із комунальної установи в комунальне некомерційне підприємство експерти назвали наступні: зменшення рівня ресурсної підтримки місцевими органами влади (9,9 балів), відсутність досвіду господарювання в умовах підприємства (9,8 балів), фінансові ризики в тому числі пов'язані з податками (9,6 балів), конкурентнездатність окремих закладів охорони здоров'я при проведенні конкурсу на отримання бюджетного фінансування, що може призвести до закриття закладу охорони здоров'я (9,3 балів). Значну тривогу у експертів викликає відсутність досвіду ведення кадрової

політики в умовах підприємства (9,1 балів), що може призвести до значного скорочення медичного персоналу (8,5 балів).

Наступним кроком дослідження було вивчення та проведення аналізу перепон на шляху до перетворення комунальної установи в комунальне некомерційне підприємство. Отримані результати наведено в табл. 6.3.

Таблиця 6.3

**Перепони для перетворення комунальної установи в комунальне
некомерційне підприємство**

| Показник | Бали |
|--|------|
| Неможливість розрахунку фінансового плану лікарні на майбутнє в зв'язку з відсутністю гарантованого пакету медичної допомоги та тарифів на медичні послуги | 9,8 |
| Супротив медичних працівників | 9,3 |
| Супротив населення | 8,7 |
| Невідповідність будівель та споруд нормам | 8,1 |
| Невідповідність обладнання та устаткування Табелю оснащення | 9,3 |
| Різний рівень ресурсного забезпечення. Колективи малопотужних закладів не дадуть згоду до автономізації. | 9,4 |
| Відсутність ефективної комунікаційної політики | 9,2 |

Наведені в табл.6.3 результати дослідження вказують на те, що серед основних перепон на шляху перетворення закладів охорони здоров'я з комунальної установи в комунальне некомерційне підприємство експертами визначені наступні: відсутність гарантованого пакету медичної допомоги (9,4 балів), неможливість розробки фінансового плану лікарні (9,8 балів), супротив медичних працівників та невідповідність оснащення закладів охорони здоров'я табелям оснащення (по 9,3 балів). Однією із важливих перепон для проведення автономізації закладів охорони здоров'я експерти назвали відсутність ефективної комунікаційної політики (9,2 балів).

Таким чином, експертним шляхом встановлено переваги, ризики та перепони на шляху зміни правового статусу закладів охорони здоров'я з комунальних установ на комунальні некомерційні підприємства, що нами враховано в подальшій роботі із розробки функціонально-організаційної моделі підготовки закладів охорони здоров'я до зміни правового статусу із комунальної установи на комунальне некомерційне підприємство.

6.2. Характеристика функціонально-організаційної моделі підготовки та проведення зміни організаційно-правової форми (автономізації) закладів охорони здоров'я із бюджетних установ в комунальні неприбуткові підприємства

Базуючись на отриманих в ході дослідження результатах та аналізі законодавчої бази України нами була розроблена модель підготовки закладів охорони здоров'я до автономізації. Дана модель представлена на рис. 6.1.

Центральним елементом моделі виступають заклади охорони здоров'я, які підлягають автономізації.

Стратегічним напрямком моделі є забезпечення ефективної діяльності автономізованого закладу охорони здоров'я в умовах впровадження якісно нової системи фінансування закладів охорони здоров'я, коли „гроші ідуть за пацієнтом” при впровадженні Закону України „Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII.

Тактичним напрямком моделі є комплексна підготовка та ефективне проведення автономізації ЗОЗ з затвердженням програми місцевої фінансової підтримки закладу охорони здоров'я по забезпеченню його конкурентоздатності в умовах формування ринку медичних послуг.

Суб'єктом управління в даній моделі є департамент охорони здоров'я ОДА, який забезпечує виконання чинного законодавства України в регіоні та виступає на рівні регіону головним комунікатором з даного питання і при необхідності проводить адвокацію даного питання на рівні адміністративних територій, у

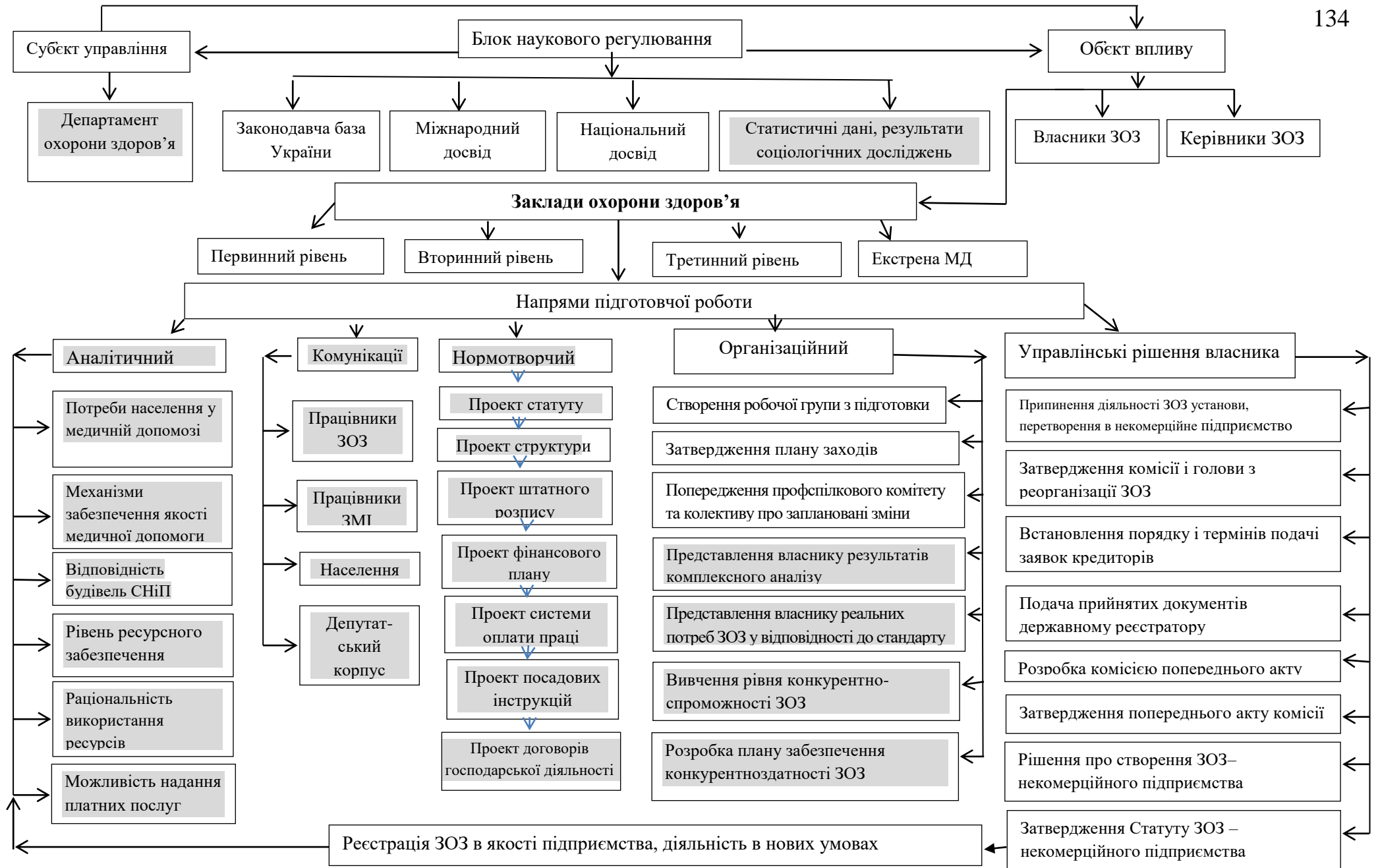


Рис. 6.1. Модель підготовки закладів охорони здоров'я до автономізації

тому числі серед представників органів місцевого самоурядування.

Об'єктом комунікаційного та управлінського впливу в даній моделі виступають власники та керівники закладів охорони здоров'я, які створюють комплексну робочу групу з підготовки ЗОЗ до автономізації та забезпечують її проведення.

Блок наукового регулювання діяльності моделі включає законодавчу базу України з даного питання, міжнародний та національний досвід діяльності ЗОЗ в якості неприбуткових підприємств та їх підготовки до зміни організаційно-правової форми із бюджетних установ на неприбуткові комунальні підприємства, результати соціологічних досліджень серед осіб, які приймають рішення, організаторів охорони здоров'я, працівників економічних служб системи охорони здоров'я, медичних працівників, населення.

Важливою складовою моделі є підготовка організаторів охорони здоров'я, працівників кадрових та економічних служб ЗОЗ до роботи в нових організаційно-правових та господарських умовах в результаті перетворення ЗОЗ установи в ЗОЗ неприбуткове підприємство.

При розробці моделі нами виділені наступні напрямки діяльності: аналітичний, комунікаційний, нормотворчий, організаційний, управлінських рішень власника ЗОЗ.

Розглянемо основний зміст вказаних напрямків діяльності.

Організаційний. Після прийняття політичної волі власника ЗОЗ про проведення автономізації ЗОЗ із зміною його організаційно-правового статусу із бюджетної установи в комунальне некомерційне підприємство затверджується робоча група із ефективного забезпечення даного процесу та затверджується детальний план заходів. До організаційних заходів відноситься попередження профспілкового комітету та працівників ЗОЗ про зміну організаційно-правового статусу ЗОЗ, умов праці, зміну систему оплати праці працівників закладу, можливі зміни в посадах, умовах праці та можливе скорочення.

Важливим організаційним заходом є представлення власнику закладу охорони здоров'я проведеного комплексного аналізу та реальних потреб із

забезпечення надання медичних послуг у відповідності до галузевих стандартів та вирішення з власником перспективного плану забезпечення ЗОЗ необхідними умовами та ресурсами.

З метою забезпечення ефективної діяльності ЗОЗ та забезпечення його фінансування в сучасних умовах реформи охорони здоров'я важливою складовою організаційного етапу є визначення рівня конкурентоспроможності ЗОЗ при його функціонуванні в організаційно-правовому статусі підприємства та при новій системі фінансування в умовах впровадження гарантованого пакету медичної допомоги. На основі визначення конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я рекомендується розробка детального плану забезпечення конкурентоздатності ЗОЗ.

Аналітичний. Аналітична робота проводиться в декількох напрямках.

1) Аналіз та прогноз медико-демографічної ситуації на території, як основи потреби населення в медичній допомозі;

2) Аналіз та прогноз звертальності населення за різними видами медичної допомоги, якості наданої медичної допомоги та розробка механізмів її безперервного підвищення та забезпеченості надання у відповідності до галузевих стандартів. Аналіз незабезпеченої медичної допомоги та умовно необґрунтованої госпіталізації;

3) Аналіз відповідності будівель та споруд СНІПам, можливостей забезпеченості санітарно-епідеміологічного режиму в ЗОЗ;

4) Аналіз ресурсного забезпечення у відповідності до надання якісної медичної допомоги та раціональності використання ресурсів з розробкою заходів з раціонального використання ресурсів;

5) Комплексний аналіз кадрового забезпечення, ефективності штатної посади;

6) Аналіз витрат на прибирання приміщень, утримання території ЗОЗ та можливості замовлення клінінгових послуг за господарським договором;

7) Аналіз витрат на прання білизни та спецодягу і можливості замовлення даних послуг за господарським договором;

8) Аналіз витрат на організацію харчування пацієнтів та можливості замовлення кейтерингових послуг за господарським договором.

Комунікаційний. Даний розділ діяльності є важливим в процесі підготовки до автономізації ЗОЗ. Він передбачає формування цільових груп комунікаційного впливу та визначення комунікаторів по роботі з кожною цільовою групою комунікативного впливу. Нами визначено наступні цільові групи комунікативного впливу: особи, які приймають рішення (депутатський корпус), організатори охорони здоров'я, медичні працівники, працівники економічних та кадрових служб системи охорони здоров'я. Особливою групою комунікативного впливу є працівники засобів масової інформації, які мають доносити до населення об'єктивну інформацію, яка стосується змін в отриманні медичної допомоги населення в умовах автономізації ЗОЗ та впровадження в дію Закону України „Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII. Комунікатори в даному процесі визначаються в залежності від рівня комунікації. На регіональному рівні це працівники Департаменту охорони здоров'я ОДА, а на адміністративній території – організатори охорони здоров'я, які є прихильниками реформ.

Рекомендується до процесу комунікацій залучати працівників кафедр соціальної медицини та організації охорони здоров'я вищих навчальних закладів, які мають провести відповідну підготовку організаторів охорони здоров'я, медичних працівників, працівники економічних та кадрових служб системи охорони здоров'я до роботи в нових умовах господарювання та з питань підготовки ЗОЗ до автономізації.

Нормотворчий. Даний розділ роботи полягає в обґрунтування та розробці низки проектів документів до яких відносяться: структура та потужність ЗОЗ, штатний розпис та посадові інструкції працівників, фінансовий план, система оплати праці, колективний договір, можливий перелік платних послуг та обрахунок їх собівартості, договорів із закладами охорони здоров'я на можливість сумісного надання медичної допомоги, договорів державно-приватного

партнерства з надання медичної допомоги пацієнтам, договорів з господарської діяльності закладу охорони здоров'я.

Управлінські рішення власника ЗОЗ. До рішень, які має прийняти власник ЗОЗ відноситься наступне:

- 1) Рішення про припинення діяльності ЗОЗ – бюджетної установи та його перетворення в ЗОЗ- неприбуткове комунальне (державне) підприємство;
- 2) Затвердження комісії і її голови з реорганізації ЗОЗ;
- 3) Встановлення порядку і терміну заявок кредиторів до ЗОЗ, який реорганізовується.

Прийняті документи передається для реєстрації державному реєстратору.

Затверджена власником комісія готує попередній акт передачі майнового комплексу в оперативне управління новоствореному ЗОЗ - неприбутковому комунальному (державному) підприємству.

В подальшому власник приймає наступні рішення.

- 4) Затверджує акт передачі майнового комплексу в оперативне управління новоствореному ЗОЗ - неприбутковому комунальному (державному) підприємству;
- 5) Приймає рішення про створення ЗОЗ-неприбуткового комунального (державного) підприємства;
- 6) Затверджує статут ЗОЗ-неприбуткового комунального (державного) підприємства.

Дані документи є основою для реєстрації новоствореного ЗОЗ-неприбуткового комунального (державного) підприємства.

Оголошує конкурс на призначення керівника новоствореного ЗОЗ-неприбуткового комунального (державного) підприємства. При проведенні даного конкурсу рекомендується враховувати думку трудового колективу автономізованого закладу охорони здоров'я.

Впровадження запропонованої моделі не потребує додаткових фінансових ресурсів крім тих, що необхідні для перереєстрації автономізованого закладу охорони здоров'я у відповідності до державних тарифів.

6.3. Алгоритм підготовки закладів охорони здоров'я до зміни правового статусу на неприбуткові підприємства

Підготовка до зміни правового статусу закладів охорони здоров'я на неприбуткові некомерційні підприємства (автономізації) відрізняється від раніше існуючих пропозицій тим, що вона включає обов'язковий попередній комплексний аналіз медико-демографічної ситуації в регіоні, відповідності будівель і споруд ДБН, оснащення ЗОЗ галузевим стандартам, оцінку їх конкурентоздатності в умовах ринку медичних послуг, раціональності використання ресурсів та прогнозування потреби населення в різних видах медичної допомоги, розробкою і узгодженням з власником потреб автономізованого ЗОЗ для надання населенню медичної допомоги в обсягах державних гарантій і забезпечення його конкурентоспроможності в нових умовах господарювання..

Ініціювати автономізацію закладу охорони здоров'я може колектив або власник закладу охорони здоров'я.

1 етап: Алгоритм підготовки до автономізації на рівні закладу охорони здоров'я.

На рівні закладу охорони здоров'я проводиться детальне вивчення, аналіз та прогнозування:

1. Показників чисельності та структури населення: динаміка чисельності, віко-статевої структури, народжуваності, смертності.

2. Стану здоров'я населення: показники захворюваності, поширеності хвороб, в розрізі вікових груп та статі.

3. Показників звернення населення за медичною допомогою: амбулаторно-поліклінічною, стаціонарною, експертною, профілактичною за спеціальностями; структура звернень за отриманням планової та ургентної медичної допомоги. Аналізується обґрунтований, не обґрунтований та незадоволений запит населення за окремими видами медичної допомоги.

4. Показників якості медичної допомоги за її видами у відповідності до галузевих стандартів.

У відповідності до Закону України „Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII (стаття 8) готується та принципово узгоджується проект договору із Уповноваженим органом про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій. Умовами договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій є: перелік та обсяг надання пацієнтам медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій; умови, порядок та строки оплати тарифу; фактична адреса надання медичних послуг; права та обов'язки сторін; строк дії договору; звітність надавачів медичних послуг; відповідальність сторін.

Базовим для визначення переліку та обсягу надання пацієнтам медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій є отримані на попередньому етапі прогностичні дані, щодо потреби населення в певних видах медичної допомоги.

Наступним кроком підготовчої роботи має бути проведений детальний аналіз та розрахунки з питань можливої ефективної діяльності закладу охорони здоров'я по виконанню умов зазначеного договору.

2 етап. Для цього проводиться наступна аналітична та організаційна робота:

1. Аналіз відповідності технічним, санітарним та протиепідемічним вимогам будівель, споруд, приміщень закладу охорони здоров'я та можливості їх забезпечення в тому числі із обрахуванням необхідних для цього видатків.

2. Аналіз холодного і гарячого водопостачання, енергопостачання в тому числі аварійного, протипожежного забезпечення та його відповідність існуючим СНіПам. Проведення технічних та фінансових розрахунків для приведення ЗОЗ до чинних технічних та санітарних нормативів.

3. Аналіз ресурсного забезпечення закладу охорони здоров'я: медичним обладнанням, устаткуванням, медичним інструментарієм, автотранспортом,

меблями, білизною, спецодягом тощо. Відповідність забезпечення Табелям оснащення (галузевий стандарт) та потребам по виконанню умов договору з надання медичної допомоги в межах визначених програмою медичних гарантій. Обрахування необхідних видатків для ресурсного забезпечення закладу охорони здоров'я у відповідності до галузевих стандартів та реальних потреб.

4. Аналіз структури та потужності закладу охорони здоров'я в тому числі клінічних, діагностичних та допоміжних служб в аспекті виконання умов договору з надання медичної допомоги в межах визначених програмою медичних гарантій.

5. Аналіз штатного розпису та кадрового забезпечення, включаючи кваліфікацію медичних кадрів в аспекті виконання умов договору з надання медичної допомоги в межах визначених програмою медичних гарантій при раціональному використанні кадрового потенціалу.

6. Аналіз показників діяльності кожного структурного підрозділу та закладу охорони здоров'я в цілому, раціональності використання ресурсів та визначення можливих шляхів оптимізації діяльності та підвищення раціоналізації використання наявних ресурсів.

7. Розрахунки витрат на забезпечення клінінгових послуг в закладі охорони здоров'я з вивченням можливості замовлення даних послуг.

8. Розрахунки витрат на утримання харчоблока та приготування їжі для пацієнтів в закладі охорони здоров'я з вивченням можливості замовлення даних послуг.

9. Аналіз рівня комп'ютеризації та інформатизації закладу охорони здоров'я в аспекті запровадження електронної системи охорони здоров'я і проведення розрахунків щодо необхідних витрат для закладу охорони здоров'я щодо її впровадження.

3 етап. Базуючись на отриманих в ході проведеного аналізу результатах далі проводяться розрахунки та підготовка проектів наступних документів:

1. Статуту закладу охорони здоров'я - комунального некомерційного підприємства;

2. Структури та потужності закладу охорони здоров'я - комунального некомерційного підприємства;

3. Системи оплати праці медичних працівників закладу охорони здоров'я з запровадженням механізму оплати за кількість і якість наданих послуг та мотиваційних механізмів до ефективної праці і впровадження сучасних організаційних та клінічних технологій.

4. Штатного розпису закладу охорони здоров'я та посадових інструкцій - комунального некомерційного підприємства;

5. Пропозицій для власника закладу охорони здоров'я з формування спостережної ради закладі охорони здоров'я з визначенням їх функцій та повноважень (Закон України „Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я” (стаття 24) від 6 квітня 2017 року № 2002-VIII).

6. Проекту колективного договору, значення якого при роботі ЗОЗ в нових господарських умовах є надзвичайно важливим.

7. Переліку можливих платних послуг та розрахунку їх собівартості. При розрахунку обсягу платних послуг необхідно враховувати законодавчу норму, що обсяг платних медичних послуг, які не входять до програми медичних гарантій, може складати не більше 20 % від обсягу усіх наданих послуг.

8. Формування проекту фінансового плану закладу охорони здоров'я на рік - комунального некомерційного підприємства;

4 етап. Наступним кроком підготовчої роботи має бути здійснення організаційних заходів:

1. Попередження профспілкового комітету та колективу (персонально працівників) закладу про заплановані зміни щодо структури, потужності закладу, штатного розпису, зміни умов праці.

2. Попередження профспілкового комітету та персонально працівників про звільнення або зміну місця та умов праці (якщо такі передбачаються).

3. Попередження профспілкового комітету та колективу закладу охорони здоров'я про запровадження нової системи оплати праці.

4. Проведення перемовин та підготовка проектів угод з закладами охорони здоров'я різних форм власності з отримання консультативних та діагностичних послуг із забезпечення виконання договору із Уповноваженим органом про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій.

5. Представлення власнику закладу охорони здоров'я результатів проведених аналізів та розрахунків в потребі фінансових асигнувань для забезпечення закладу охорони здоров'я у відповідності до галузевих стандартів і СНПів та надання медичної допомоги у відповідності до програми медичних гарантій.

6. Представлення власнику закладу охорони здоров'я розрахунків фінансових потреб для здійснення фінансування із місцевого бюджету шляхом надання фінансової підтримки для:

- для виконання заходів соціально-економічного розвитку відповідної території (об'єднаної територіальної громади);
- мотивацію медичних працівників до якісної та ефективної праці відповідно до затверджених місцевих індикаторів;
- оновлення чи закупівлю основних засобів;
- проведення капітального ремонту;
- оплату комунальних послуг.

В умовах впровадження Закону України „Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII, коли гроші „ідуть за пацієнтом” населення, в разі потреби, має право, а відповідно в своїй більшості і буде звертатися в той заклад охорони здоров'я, в якому зможе отримати більш якісну медичну допомогу при кращих умовах та більш доброзичливому відношенні персоналу.

Тому надзвичайно важливим є вивчення рівня конкурентоспроможності та забезпечення конкурентоздатності закладу охорони здоров'я. Даний розділ в підготовці до автономізації ЗОЗ є принципово новим на надзвичайно важливим. Керівники закладів охорони здоров'я мають володіти такою методикою і

здійснювати стратегічне планування забезпечення конкурентоздатності закладу охорони здоров'я.

5 етап. Алгоритм підготовки населення до автономізації закладу охорони здоров'я. Базується на ст. 8. Закону України „Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII.

1. Населення інформується про:

- порядок вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу та отримання вторинної, третинної, реабілітації і паліативної медичної допомоги;
- порядок отримання лікарських засобів за програмою медичних гарантій в порядку реімбурсації;
- про медичні послуги та лікарські засоби, які пацієнт може отримати в цього надавача за програмою медичних гарантій повністю безоплатно;
- про платні медичні послуги, порядок їх отримання та вартість.

2. Законодавчо визначені обов'язки пацієнта:

- надавати відповідному надавачу медичних послуг достовірну інформацію та документи, необхідні для отримання медичних послуг та лікарських засобів;
- проходити профілактичні медичні огляди в порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я;
- виконувати медичні приписи лікаря та дотримуватися правил внутрішнього розпорядку надавача медичних послуг;
- виконувати інші вимоги, передбачені законодавством про охорону здоров'я.

6 етап. Алгоритм створення та реєстрації закладу охорони здоров'я в юридичному статусі неприбуткового некомерційного підприємства:

1. Місцева рада приймає рішення про:

- припинення діяльності закладу охорони здоров'я - бюджетної установи шляхом її перетворення в заклад охорони здоров'я - комунальне некомерційне підприємство;

- призначення складу комісії та її голови з реорганізації закладу охорони здоров'я – установи в комунальне некомерційне підприємство;
- встановлення порядку і строку заявлення кредиторами своїх вимог до закладу охорони здоров'я - установи, що припиняє свою діяльність.

2. Державному реєстратору подаються документи для реєстрації рішення про припинення юридичної особи шляхом реорганізації, за наслідком чого вноситься запис до Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб – підприємців та громадських формувань.

3. Комісія з реорганізації розглядає вимоги кредиторів до закладу охорони здоров'я, а також проводить інвентаризацію.

4. Комісія розробляє передавальний акт, який має містити положення про правонаступництво щодо всіх зобов'язань установи, передачу прав та зобов'язань за формою бухгалтерського обліку.

5. Фінансове управління власника розробляє зміни до бюджетних програм з урахуванням процедури реорганізації закладу охорони здоров'я, зміни системи фінансування та запровадження фінансової підтримки закладу охорони здоров'я із місцевого бюджету.

6. Рішенням місцевої ради:

- затверджується передавальний акт;
- приймається рішення про створення закладу охорони здоров'я – неприбуткового підприємства шляхом реорганізації;- затверджується статут закладу охорони здоров'я – комунального некомерційного підприємства.

7. Пакет документів про створення закладу охорони здоров'я -комунального неприбуткового підприємства та припинення закладу охорони здоров'я - бюджетної установи подають державному реєстратору. Протягом 24 годин з отримання документів державний реєстратор має внести відповідні записи до ЄДР.

8. Заклад охорони здоров'я - неприбуткове підприємство укладає договір із Уповноваженим органом про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій.

9. В закладі охорони здоров'я - неприбутковому підприємстві затверджуються: фінансовий план, структура, потужність, штатний розпис, система оплати праці, перелік платних послуг та їх прейскурант.

10. До трудових книжок працівників закладу охорони здоров'я вноситься запис про зміну найменування роботодавця у зв'язку із реорганізацією.

11. Заклад охорони здоров'я - неприбуткове підприємство укладає договори медичного напрямку по забезпеченню медичної допомоги в межах програми медичних гарантій.

12. Заклад охорони здоров'я - комунальне неприбуткове підприємство оформлює та реєструє право користування об'єктами нерухомості та земельними ділянками, відкриває рахунки в банку та переоформлює рахунки в казначействі.

13. Заклад охорони здоров'я - неприбуткове підприємство укладає всі види господарських договорів.

14. До МОЗ України закладом охорони здоров'я - неприбутковим підприємством подається заява про оформлення ліцензії на здійснення господарської діяльності з медичної практики та використання наркотичних речовин, прекурсорів (за необхідності).

6.4. Підготовка організаторів охорони здоров'я та керівників економічних і кадрових служб закладів охорони до роботи в умовах автономізованого закладу охорони здоров'я

За нашою участю розроблено робочу навчальну програму тематичного удосконалення організаторів охорони здоров'я з питань підготовки закладів охорони здоров'я до автономізації ЗОЗ. Даний навчальний план ТУ наведено в Додатку В-2. Він затверджений рішенням вченої ради факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки університету. Протокол від 31.05. 2018 року, № 8.

Особливістю даного навчального плану є те, що в підготовці до автономізації зосереджено увагу на таких питаннях:

- стратегія реформування системи охорони здоров'я;
- законодавче забезпечення автономізації ЗОЗ на сучасному етапі реформування системи охорони здоров'я;
- методологія вивчення, аналізу та прогнозу медико-демографічної ситуації та потреби населення в різних видах медичної допомоги;
- кадрова політика та управління персоналом в умовах автономізації;
- особливості фінансового забезпечення і використання фінансових та інших ресурсів в умовах підприємства;
- використання електронної системи охорони здоров'я;
- організація комунікації в ЗОЗ-підприємстві;
- підготовка проектів всіх необхідних для роботи ЗОЗ-підприємства документів;
- конкурентоздатність та конкурентоспроможність ЗОЗ.

Робоча навчальна програма циклу тематичного удосконалення включає лекції, семінарські та практичні заняття.

Цикл тематичного удосконалення триває 72 академічні години, у тому числі: 4 лекції, 2 семінари, 66 практичних занять. Практичні заняття є основним видом занять під час даного тематичного удосконалення.

Результатом навчання на курсах ТУ є готовність організаторів охорони здоров'я до проведення автономізації закладу охорони здоров'я та забезпечення його ефективної діяльності в нових умовах господарювання.

На курсах ТУ в ДВНЗ „Ужгородський національний університет” проведено підготовку до проведення автономізації головних лікарів центрів ПМСД та головних лікарів ЗОЗ спеціалізованої медичної допомоги.

6.5. Експертна оцінка моделі підготовки закладів охорони здоров'я до автономізації

Дані про залучених експертів наведено в розділі 2. Їх ставлення до обґрунтованої та розробленої моделі підготовки закладів охорони здоров'я до

автономізації, яка пропонується до впровадження в ході реформування системи медичної допомоги населенню вивчалось за допомогою медико-соціологічного дослідження після проведеної дискусії. Дискусія, з докладним знайомством експертів з матеріалами наукового дослідження після доповіді дисертанта, проводилося напередодні його проведення. Результати медико-соціологічного дослідження наведено в табл. 6.4.

Таблиця 6.4

**Позитивне ставлення експертів до запропонованої моделі підготовки
закладів охорони здоров'я до автономізації**

| Елемент моделі | Позитивна оцінка | |
|--------------------------------------|------------------|------|
| | Абс. чис. | бали |
| Модель в цілому | 48 | 9,6 |
| Аналітичний напрям підготовки | 46 | 9,2 |
| Організаційний напрям підготовки | 50 | 10,0 |
| Комунікації в підготовчій роботі | 46 | 9,2 |
| Нормотворчий напрям підготовки | 50 | 10,0 |
| Управлінські рішення власника | 42 | 8,4 |
| Забезпечення конкурентоздатності ЗОЗ | 46 | 9,2 |
| Суб'єкт управління | 42 | 8,4 |
| Об'єкт впливу | 48 | 9,6 |
| Блок наукового регулювання | 50 | 10,0 |

При позитивній оцінці експертами запропонованої моделі в цілому експерти найнижче оцінили визначений суб'єкт управління та склад управлінських рішень власника – по 8,4 бали та повністю підтримали організаційний, нормотворчий напрями підготовки та зміст блоку наукового регулювання.

Наступним кроком дослідження за формулою, яка наведена в розділі 2 на основі одержаних даних були проведені розрахунки узгодженості думок експертів. В результаті проведених розрахунків встановлено, що коефіцієнт варіації узгодженості експертів до запропонованих інновацій становить менше

10 %. Це вказує на високий рівень їх узгодженості в своєму рішенні щодо позитивної оцінки обґрунтованої та запропонованої моделі підготовки закладів охорони здоров'я до автономізації.

Таким чином, враховуючи відповідність запропонованої моделі законодавству України, реформі системи медичної допомоги населенню, позитивну оцінку експертами запропоновану модель підготовки закладів охорони здоров'я до автономізації можна рекомендувати для впровадження в систему охорони здоров'я України.

Висновки за розділом

Розроблено, представлено та оцінено модель підготовки закладів охорони здоров'я до зміни юридичного статусу з бюджетної установи на комунальне неприбуткове підприємство. Центральним елементом моделі виступають заклади охорони здоров'я, які проходять автономізацію.

Стратегічним напрямком моделі є забезпечення ефективної діяльності автономізованого закладу охорони здоров'я в умовах впровадження якісно нової системи фінансування закладів охорони здоров'я коли „гроші ідуть за пацієнтом” при впровадженні Закону України „Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII.

Тактичним напрямком моделі є комплексна підготовки та ефективне проведення автономізації ЗОЗ з затвердженням програми місцевої фінансової підтримки закладу охорони здоров'я по забезпеченню його конкурентоздатності в умовах формування ринку медичних послуг.

Складовими моделі є наступні напрямки діяльності: аналітичний, комунікаційний, нормотворчий, організаційний, управлінських рішень власника ЗОЗ.

Запропоновано алгоритм підготовки ЗОЗ до автономізації.

Важливою складовою моделі є підготовка організаторів охорони здоров'я, працівників кадрових та економічних служб ЗОЗ до роботи в нових

організаційно-правових та господарських умовах в результаті перетворення ЗОЗ установи в ЗОЗ неприбуткове підприємство. Розроблено робочу навчальну програму тематичного удосконалення організаторів охорони здоров'я, працівників кадрових та економічних служб ЗОЗ до роботи в нових організаційно-правових та господарських умовах.

Запропонована модель позитивно оцінена експертами (9,6 балів), що дозволяє рекомендувати її для впровадження в систему охорони здоров'я України.

Список опублікованих праць за темою розділу:

1. Скрип В. В. Методичні підходи до автономізації закладів охорони здоров'я / Г.О. Слабкий, В.В. Скрип // Intermedical Journal. Словаччина – 2015. – № IV (6). – С. 20–25.

2. Скрип В.В. Оперативні політики як перешкоди на шляху автономізації закладів охорони здоров'я та можливі шляхи усунення таких політик / В. В. Скрип // Україна. Здоров'я нації. - 2017. - № 4/1 (41). - С. 189-195.

3. Скрип В. В. Результати експертного дослідження щодо автономізації закладів охорони здоров'я / В. В. Скрип // Україна. Здоров'я нації. - 2017. - № 3 (44). - С. 232-234.

4. Скрип В. В. Алгоритм підготовки закладів охорони здоров'я до зміни правового статусу на неприбуткові некомерційні підприємства / В. В. Скрип, Г. О. Слабкий, І. С. Миронюк // Intermedical Journal. Словаччина. 2018. - № I (11). – С. 26-31.

5. Можливий алгоритм дій з реорганізації бюджетних закладів охорони здоров'я в комунальні некомерційні підприємства на прикладі центральної районної лікарні / Г.О. Слабкий, В. В. Скрип, І.М. Рогач, Л.О. Качала, Р.Ю. Погоріляк /Тези доповідей МНПК „Можливості превентивного та лікувального впливу на соціально значимі захворювання в закладах первинної медико-санітарної допомоги” , 12-13.04.2016 р., м. Ужгород// Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 1-2 (37-38). – С. 261.

6.Щодо підготовки закладів охорони здоров'я до роботи в умовах автономізації / Г.О.Слабкий, В. В. Скрип, І.М.Рогач, Л.О.Качала, Р.Ю.Погоріляк // Матеріали XVI Конгресу Світової Федерації Українських Лікарських Товариств (8-23 серпня 2016 р., м. Берлін – м. Київ) : матеріали., – Одеса: Видавництво Бартенєва, 2016 – С 249 : ISBN 978-966-1601-05-4.

7. Скрип В.В. Особливості підготовки закладів охорони здоров'я до автономізації в умовах їх конкуренції з різними формами власності / В. В. Скрип І. С. Миронюк, Г. О. Слабкий // Матеріали VII міжнародного медичного конгресу „Впровадження сучасних досягнень медичної науки у практику охорони здоров'я України” (м.Київ, 25-27 квітня 2018 року). – С. 12.

8. Скрип В. В. Питання підготовки закладів охорони здоров'я до зміни правового статусу на комунальні некомерційні підприємства/ Г.О. Слабкий, І.С. Миронюк, В. В. Скрип // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю до Всесвітнього Дня здоров'я 2018 р „Загальне охоплення послугами охорони здоров'я – для всіх і всюди”. - 5-6 квітня 2018 р., м. Київ. - С. 83-86.

9. Скрип В. В. До питання автономізації закладів охорони здоров'я в умовах впровадження Закону України „Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” / В.В. Скрип, І.С. Миронюк, Г.О. Слабкий //Тези доповідей 72-ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького складу УжНУ. Ужгород. 2018. – С. 81-82.

10. Методичні підходи до проведення автономізації закладів охорони здоров'я в Україні / Г.О.Слабкий, В. В. Скрип, І.М. Рогач, Л.О.Качала, Р.Ю. Погоріляк, С.В. Істомін, П.М. Лисенко// Реєстр галузевих нововведень. Реєстр. № 338/2/15. Вип. 2, том 1. -2016.

11. Скрип В. В. Оперативні політики як перешкода до зміни юридичного статусу закладів охорони здоров'я та проведення їх автономізації/ / Г.О.Слабкий, І.С. Миронюк, В.В. Скрип // Перелік наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я (випуск 3). Реєстр. № 253/3/16.

ВИСНОВКИ

Комплексним медико-соціологічним дослідженням встановлено недосконалість існуючих організаційних технологій підготовки медичних закладів до зміни організаційно-правової форми з бюджетних установ у комунальні неприбуткові підприємства як визначеної на законодавчому рівні обов'язкової передумови впровадження якісно нової системи фінансування системи охорони здоров'я, а також до функціонування в конкурентному середовищі. У дисертації представлено теоретичне узагальнення і нове вирішення означених питань шляхом медико-соціального обґрунтування та розробки функціонально-структурної моделі підготовки ЗОЗ до автономізації та діяльності в нових умовах господарювання на регіональному рівні, розробленої з урахуванням чинного законодавства, світового та вітчизняного досвіду, особистих наукових здобутків автора, результати впровадження якої та позитивні оцінки експертів довели її прийнятність та ефективність.

1. Систематизація та узагальнення існуючих даних щодо ефективного функціонування медичних закладів показала, що господарювання в автономному режимі є основною юридичною формою управлінської та господарської діяльності таких установ в країнах Європейського Союзу і ключовим завданням реформи фінансування системи охорони здоров'я України. Для країни відносно новим, актуальним та маловивченим є питання наукового і методичного забезпечення процесу підготовки ЗОЗ до автономізації та діяльності в нових умовах господарювання з врахуванням регіональних особливостей, реалізація якого сприятиме конкурентоздатності та ефективній діяльності медичних закладів.

2. Виявлено, що в Закарпатській області показники захворюваності і поширеності хвороб нижчі від середньо українських, і серед дорослого населення (492,6-512,6 первинних випадків захворювань на 1000 мешканців та 1627,9-1653,8‰ поширеності хвороб у 2015-2017 рр.), і серед дитячого (887,9-980,3‰ та 1265,1-1355,8‰ відповідно), що на тлі встановлених тенденцій до зниження,

суттєвих коливань (в 1,3-2,8 разу) граничних значень у розрізі адміністративних одиниць, пріоритетності хвороб органів дихання у структурі захворюваності дорослих і дітей (35,3% і 60,4%), значної частки сільського населення (63,3%) вказує на імовірний вплив медико-організаційних чинників на формування нерівності медико-демографічної ситуації на регіональному рівні і повинно бути враховане при плануванні мережі та прогнозуванні обсягу і структури медичної допомоги в автономізованих медичних закладах.

3. Показано, що на Закарпатті функціонує достатня мережа закладів первинної медичної допомоги, однак неналежне ресурсне забезпечення, як кадрове (дефіцит лікарів 63 особи, медичних сестер – 51), так і матеріально-технічне (забезпеченість комп'ютерами – 27,9% від потреби, доступом до мережі Інтернет – 31,7%, автотранспортом – 36,0%, електрокардіографами – 45,5%, лабораторними аналізаторами – 31,7%, пульсоксиметрами – 19,4%, холодильниками для зберігання вакцин – 19,4%), із значними коливаннями у різних адміністративних одиницях, засвідчує низьку їх спроможність забезпечити рівний доступ населення до гарантованого державою рівня цього виду медичної допомоги та на потребу суттєвої фінансової підтримки з боку власників для доукомплектування комп'ютерами (17986 тис. грн.), автотранспортом (49694,4 тис. грн.) та базовим медичним обладнанням (17057,8 тис. грн.), необхідним для виконання умов укладання угод з Національною службою здоров'я України на відповідне фінансування.

4. Встановлено неналежний і нерівномірний у різних адміністративних територіях рівень ресурсного забезпечення спеціалізованої медичної допомоги – амбулаторної (укомплектованість лікарями в окремих районах – 82,0% при значній частці працюючих пенсіонерів – 26,4%; відповідність медичного оснащення галузевим нормам – 60,0%, будівель ДБНам – 83,3%) та стаціонарної (укомплектованість лікарями окремих районів на рівні 52,7-57,8%, частка працюючих пенсіонерів – 23,2%; укомплектованість необхідним медичним оснащенням – 50,0%, відповідність будівель ДБН – 74,4%; забезпеченість лікарняними ліжками коливається в різних районах у 1,5 разу). Це відображається

на неналежних показниках діяльності (відмінності у 1,9 разу граничних значень відвідувань амбулаторних закладів; низька середньорічна зайнятість ліжок в окремих районах – 273,8-287,1 днів та висока середня тривалість перебування пацієнтів у стаціонарі – 8,4-12,1 днів) і свідчить про нерівну доступність спеціалізованої допомоги населенню, низьку конкурентну спроможність відповідних ЗОЗ окремих адміністративних територій при виході на ринок медичних послуг.

5. Виявлено, що керівні кадри системи охорони здоров'я органів місцевого самоврядування мають низький рівень знань нормативно-правових документів з автономізації ЗОЗ (16,5% організаторів охорони здоров'я, 11,2% працівників фінансово-економічних служб та 31,4% представників власників), її підтримки (16,5%, 12,3% та 31,4% відповідно) та готовності до комплексної роботи із перетворення бюджетних установ в КНП (менше 10% всіх респондентів).

6. Науково обґрунтовано і розроблено функціонально-організаційну модель підготовки закладів охорони здоров'я до автономізації та діяльності в нових умовах господарювання, у якій, на підставі застосування системного підходу і аналізу, сформульовані суб'єкт управління змінами, об'єкти впливу та блок наукового регулювання, забезпечено комплексність процесів шляхом виділення, визначення і доповнення змісту існуючих (нормотворчого, організаційного, управлінських рішень власника ЗОЗ) та інноваційних (аналітичного і комунікаційного) напрямів діяльності, що в сукупності забезпечує досягнення стратегічної мети моделі – ефективної діяльності автономізованого медичного закладу в умовах впровадження якісно нової системи фінансування галузі.

7. Удосконалено алгоритм підготовки медичного закладу до автономізації та діяльності в нових умовах господарювання, який містить на відміну від існуючого аналогу, запропонованого МОЗ України (2018), якісно нові та доповнені послідовні вісім етапів: підготовчий (адвокація та комунікація серед зацікавлених сторін); аналіз та прогнозування стану здоров'я населення громади; оцінка ресурсної бази медичного закладу, визначення його конкурентоспроможності; розробка заходів її посилення за рахунок місцевої

фінансової підтримки; розробка, узгодження та затвердження необхідних нормативних документів; отримання правового статусу КНП; послідуєчий моніторинг стану здоров'я і потреб населення, конкурентоспроможності та ефективності діяльності установи в нових умовах господарювання.

8. Результати експертної оцінки кваліфікованими незалежними експертами запропонованих нововведень (сумарно 9,6 балів за десятибальною шкалою) та впровадження під час організаційного експерименту у семи закладах охорони здоров'я України довели їх прийнятність та ефективність, що дозволяє рекомендувати розроблені у дослідженні інновації в систему охорони здоров'я України.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Результати дисертаційного дослідження дозволяють рекомендувати:

Міністерству охорони здоров'я України:

Застосувати інформаційні технології для підвищення ефективності комунікацій на всіх рівнях управління по забезпеченню підготовки закладів охорони здоров'я до автономізації.

Департаментам охорони здоров'я ОДА та Київської міської адміністрації, як суб'єкту управління:

Призначити постійно діючу комісію та створити постійно діючий семінар з питань підготовки закладів охорони здоров'я до автономізації.

Розробити систему комунікацій та здійснити інформування представників органів місцевого самоурядування та організаторів охорони здоров'я з питань автономізації закладів охорони здоров'я.

Вищим начальним медичним закладам та класичним університетам, які мають кафедри організації охорони здоров'я та соціальної медицини:

Запровадити курси ТУ для організаторів охорони здоров'я, працівників кадрових та економічних служб ЗОЗ з питань підготовки закладів охорони здоров'я до автономізації.

Органам місцевого самоурядування:

Забезпечити управлінську та юридичну підтримку закладів охорони здоров'я в процесі їх автономізації.

Використати механізм місцевої фінансової підтримки ЗОЗ із забезпечення їх конкурентоздатності при впровадженні ринку медичних послуг.

Закладам охорони здоров'я, які підлягають автономізації:

В період підготовки закладу охорони здоров'я до зміни юридичного статусу із бюджетної установи на неприбуткове підприємство провести глибокий комплексний аналіз медико-демографічної ситуації на території, умов діяльності та ресурсів по забезпеченню населення медичною допомогою та представити дані власнику закладу охорони здоров'я.

В період підготовки ЗОЗ до автономізації визначити конкурентоспроможність закладу охорони здоров'я та розробити план заходів із забезпечення конкурентоздатності автономізованого ЗОЗ в нових умовах фінансування та господарювання.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ЛІТЕРАТУРИ

1. Пашков В.М. Правове забезпечення реформування сфери охорони здоров'я/В.М.Пашков// Український медичний часопис [Електронна публікація]. 2017, 29 квітня - 6 с.
2. Вовк С.М. Системні трансформації охорони здоров'я [Монографія]/ С.М. Вовк. - Кривий Ріг. Видавець Р. А. Козлов. – 2017. – 315 с.
3. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 1 (13). – С. 5–23.
4. Попченко Т.П. Реформування сфери охорони здоров'я України: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення (аналітична доповідь). Київ, 2011. – 61 с.
5. Слабкий Г. О. Пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини / Г. О. Слабкий, І. С. Зозуля, А. І. Зозуля // Сімейна медицина. 2014. – № 3 (53). – С. 25–27.
6. Дорошенко О.А. Введення фінансування на основі кількості та складності пролікованих випадків в закладах охорони здоров'я України, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу/ О.А. Дорошенко, А.В. Горошко, М.В. Шевченко// Держава та регіони. 2016.№3(55). – С.86-98 .
7. Солдатенко О. Глобальний бюджет як метод фінансування видатків на охорону здоров'я/О.Солдатенко//Юридична Україна. 2010. №9- С.50-54.
8. Шевченко М.В. Пропозиції щодо удосконалення фінансування охорони здоров'я України/ М.В.Шевченко, В.М.Лехан, Г.О.Слабкий//Україна. Здоров'я нації. 2011-32. – С.126-132.
9. Слабкий Г.О. Деякі уроки реформи охорони здоров'я України/ Слабкий Г.О., Лехан В.М., Надутий К.О., Яценко Ю.Б., Шевченко М.В., Кондратюк Н.Ю., Знаменська М.А. //Україна. Здоров'я нації. – 2014. – №3. – С. 7–22
10. Ціборовський О.М. Проблеми системи охорони здоров'я України та стратегії її реформування / Ціборовський О.М., Лисенко П.М. //Україна. Здоров'я

нації. – 2014. – №3. – Там же. – С. 68–75.

11. Чебан В.І. Процес розвитку комп'ютеризації та сучасні інформаційні технології за тематикою дослідження громадського здоров'я /В.І.Чебан // Україна. Здоров'я нації. 2018. №3 (50) – С.98-102.

12. Наказ МОЗ України від 07.09.2017 № 1060 „Про тестування компонентів електронної системи обміну медичною інформацією, необхідних для запуску нової моделі фінансування на первинному рівні надання медичної допомоги” <http://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-07092017--1060-pro-testuvannja-komponentiv-elektronnoi-sistemi-obminu-medichnoju-informacieju-neobhidnih-dlja-zapusku-novoi-modeli-finansuvannja-na-pervinnomu-rivni-nadannja-medichnoi-dopomogi>

13. Закон України „Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII. [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T172168.html

14. Закон України „Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості” 14 листопада 2017 року № 2206-VIII [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19>

15. Постанова КМУ “Про затвердження Порядку створення госпітальних округів” від 30 листопада 2016 р. № 932 [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://www.medcv.gov.ua/archives/3586>

16. Постанова КМУ „Деякі питання електронної системи охорони здоров'я” від 25 квітня 2018 р. № 411 [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/deyaki-pitannya-elektronnoyi-sistemi-ohoroni-zdorovya>

17. Постанова КМУ „Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік” від 25.04.2018 р. № 407 [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.apteka.ua/article/458646>

18. Про затвердження методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування : постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1075

Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/pro-zatverdzhennya-metodiki-rozrahunku-vartosti-poslugi-z-medichnogo-obslugovuvannya>

19. Про утворення національної служби здоров'я України : постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1101 / <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/pro-utvorenniya-nacionalnoyi-sluzhbi-zdorovya-ukrayini>

20. Деякі питання надання медичної субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам (із змінами та доповненнями): постанова Кабінету Міністрів України № 11 від 23.01.2015 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/11-2015-%D0%BF>. – Назва з екрану.

21. Солоненко І.М. Управління організаційними змінами у сфері охорони здоров'я: монографія / І.М. Солоненко, І.В. Рожкова. — К.: Фенікс, 2008. — 276 с.

22. Солоненко Н. Економіка охорони здоров'я: навч. посіб. / Н.Д.Солоненко. - К.: Вид-во НАДУ, 2005. — 416 с.

23. Національна служба здоров'я уклала перші угоди зі 149 медичними закладами. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.apteka.ua/article/459634>

24. Автономізація закладів охорони здоров'я. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://yandex.fr/search/?clid=9582&text>

25. Оголошення про укладення договорів про медичне обслуговування населення № 2 від 25 липня 2018 року. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://yandex.fr/search/?clid=9582&text>

26. Малагардіс А., Рудий В. Автономізація реформи фінансування та управління у системі охорони здоров'я в Україні / А.Малагардіс, В. Рудий. — К.: 2006. - 48 с.

27. Загорський В. Управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я [текст]: монографія / В. С. Загорський, З. М. Лободіна, Г. С. Лопушняк. — Львів: ЛРІДУ НАДУ, 2010. — 276 с. ISBN 978 – 966 – 8687 – 79 – 2

28. Рудий В. Стратегічні напрями реформи системи охорони здоров'я в Україні в контексті руху до Європи і досвід пілотних регіонів Проекту ЄС

“Фінансування та управління в сфері охорони здоров’я в Україні” // Міжнар. мед. журн.: Спец. вип.: Матеріали II з’їзду лікарів заг. (сімейної) практики України, 25-26 жовт. 2005 р. – Х., 2005. – С. 53-54.

29. Конституція України [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>.

30. Охорона здоров’я: агонія чи реформи? // <http://novosti.mif-ua.com/archive/issue-242/article-317>.

31. Регіональні системи охорони здоров’я України. 2014 рік. Частина I : монографія / за ред. П. С. Мельника. – Київ, 2015. – 392 с.

32. Building primary care in a changing Europe. Case studies / D.S. Kringos, W.G.W. Boerma, A. Hutchinson, R.B. Saltman. - European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization, 2015. – 315p.;

33. Реформа больниц в новой Европе под ред. Martin McKee и Judith Healy Open University Press, 2002, World Health Organization, 2002. – 295 p.

34. Системы здравоохранения, здоровье и благосостояние: оценка аргументов в пользу инвестирования в системы Здравоохранения/ Josep Figueras, Martin McKee, Suszy Lessof, Antonio Duran, Nata Menabde. Всемирная организация здравоохранения, 2008 г.).

35. Schoen C. Taking the pulse of health care systems: experiences of patients with health problems in six countries / C. Schoen, R. Osborn, P.T. Huynh [et al.] // Health Affairs. - 2005. - W5. – P. 509 - 525.

36. Saltman R.B. Primary care in the driver’s seat? Organizational reform in European primary care / R.B. Saltman, A. Rico, W.G.W. Boerma. – European Observatory on Health Systems and Policies Series : Open University Press, 2006. – 286 p.

37. Кризина Н. П. Стан та проблеми стаціонарної медичної допомоги населенню в Україні та інших країнах світу / Н. П. Кризина, В. Г. Слабкий // Інновації в державному управлінні: системна інтеграція освіти, науки, практики : матеріали наук.-практ. конф. з міжнародною участю, м. Київ, 27 травня 2011 р., у

2 т. / за ред. Ю. В. Ковбасюка, В. П. Трощинського, С. В. Загороднюка. – Т. 1. – К. : НАДУ, 2011. – С. 203–204.

38. Стратегии и услуги в сфере здравоохранения: анализ ситуации в Европейском регионе (на англ. яз). Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010 (<http://www.euro.who.int/ru/what-we-do/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/publications2/2010/youth-friendly-health-policies-and-services-in-the-european-region2>).

39. Новая европейская политика здравоохранения: Здоровье- 2020. ЕРБ ВОЗ Копенгаген. 2012. – 125 с.

40. Резолюция EUR/RC58/R4 Европейского регионального комитета ВОЗ “Стратегическое управление/руководство системами здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ”. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/70246/RC58_rres04.pdf).

41. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г. Первичная медико-санитарная помощь — сегодня актуальнее, чем когда-либо. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2008 (http://www.who.int/whr/2008/whr08_ru.pdf).

42. Системы здравоохранения – здоровье – благосостояние: Европейская министерская конференция ВОЗ по системам здравоохранения: Таллинн, Эстония, 25–27 июня 2008 г.: отчет. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/78951/E92150R.pdf).

43. Закон України від 07.07. 2011 № 3612-VI „Про порядок проведення реформування системи охорони здоров’я у Вінницькій, Дніпропетровській Донецькій областях та місті Києві”.

44. Лобас М.В. Підвищення якості та доступності медичної допомоги як провідна задача реформи охорони здоров’я/ Лобас М.В., Слабкий Г.О. // XVI Конгрес Світової Федерації Українських Лікарських Товариств (8-23 серпня 2016 р., м. Берлін – м. Київ) : матеріали., – Одеса: Видавництво Бартенєва, 2016 – С. 255.

45. Шевченко М. В. Пілотний проект реформування системи охорони здоров’я (застосування елементів програмно-цільового методу, перехід до

стратегічних закупівель) / М. В. Шевченко, Г. О. Слабкий // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2014. – № 4. – С. 17–21.

46. Лазоришинець В.В., Слабкий Г.О., Семенів І.П., Дубініна В.Г. та інш. Державне управління охороною здоров'я. К.: „МП Леся”, 2014.– 339 с.

47. Пархоменко Г. Я. Лікарня інтенсивної допомоги – лікарня європейського зразка / Г. Я. Пархоменко // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2011. – № 2. – С. 39–41.

48. Качур О.Ю. Характеристика проекту госпітальних округів Житомирської області// Україна. Здоров'я нації. 2013. - №4. – С.73-77

49. Пілотний проект „Реформа медичного обслуговування”: цілі та кроки реалізації / В.М. Лехан, В.Г. Гінзбург, Г.О. Слабкий [та ін.] // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 3 (15). – С. 7–15.

50. Позитивний досвід реформування галузі охорони здоров'я регіонів / О. В. Аніщенко, Р. О. Моїсеєнко, О. К. Толстанов [та ін.]. – К., 2011. – 149 с.

51. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2013 рік / за ред. О. С. Мусія К., 2014. – 437 с.

52. Реформування галузі охорони здоров'я: Вінницька, Донецька, Дніпропетровська, Одеська, Полтавська області, м. Київ. Результати, проблеми, шляхи вирішення. – Київ, 2014. – 207 с.

53. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років [Електронний ресурс] / Стратегічна дорадча групу питань реформування системи охорони здоров'я в Україні,. 2015. – 41 с.- Режим доступу: <http://healthsag.org.ua/strategiya/>

54. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік / за ред. Шафранського В. В.; МОЗ України, ДУ „УІСД МОЗ України”. – Київ, 2016. – 452 с.

55. Закон України „Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я” від 06.04.2017 р. № 2002 [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://www.ukrainepravo.com/law-making/bill_passed_by_legislature/zakon-ukraini-pro-vnesennya-zmin-do-deyakikh-zakonodavchikh-aktiv-ukraini-shchodo-udoskonallennya-zak/

56. Закон України „Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII. [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T172168.html

57. Горохов С.В. Порівняльний аналіз систем медичного страхування зарубіжних країн / С.В.Горохов, С.Д.Старинчук // Актуальні проблеми філософії та соціології. 2016. №9. – С.24-28.

58. Губар О. Є. Медичне страхування у країнах Європейського Союзу / О.Є. Губар // Фінанси України. – 2013. – № 7. – 130 с.

59. Медичне страхування в Австрії, Фінляндії, Швеції, Італії, Ізраїлі, США. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.likar.info/profi/articles/405.html>.

60. Tan S. DRG systems in Europe: variations in cost accounting systems among 12 countries. / S. Tan, A. Geissler, L. Serdén, M. Heurgren, B. Martinvanlneveld , W. Ken Redekop, L. Hakkaart van Roijen // The European Journal of Public Health Dec. – 2014. - № 24(6). – P. 1023-1028.

61. Kroneman M. The basic benefit package: Composition and exceptions to the rules. A casestudy / M. Kroneman, J. de Jong // Health Policy. – 2015. - № 119. – P. 245-251. - [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510\(15\)00029-9/pdf](http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510(15)00029-9/pdf).

62. Health Systems Characteristics Survey, OECD, 2012 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.oecd.org/health/HSCsurvey2012>.

63. Череп А.В. Практичний іноземний досвід медичного страхування / А.В.Череп // Сталий розвиток економіки. 2013- №2. – С.17-23.

64. Бушкевич М.М. Досвід медичного страхування у зарубіжних країнах / М.М.Бушкевич // Наук. Вісник НЛТУ України. 2011. №21(10). – С.178-184.
65. Деякі уроки реформи охорони здоров'я України / [Г.О.Слабкий, В.М. Лехан, К.О. Надутий, Ю.Б. Яценко, М.В Шевченко, Н.Ю. Кондратюк, М.А. Знаменська] // Україна. Здоров'я нації. – 2014. – № 3. – С. 7–22.
66. Пашков В.М. Реформа охорони здоров'я від Уряду: аргументи за та проти. // Щотижневик Аптека / 2015. – № 32(1003) – С 6–7.
67. Конституційний суд України. Рішення Конституційного суду України у справі за конституційним поданням 66 народних депутатів України щодо офіційного тлумачення положення частини третьої 49 статті Конституції України „у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно (справа про безоплатну медичну допомогу) від 29 травня 2002р., справа №10-рп/2002. Офіц. вісн. України, №23. - С. 1132.
68. Гавриш Т. Рамочная трансформация. Коментарий / Т.Гавриш // Юрид. Практика. 2017. №12. – С.26.
69. Огнев В.А. Громадське здоров'я: змістовно-управлінський аспект/ В.А.Огнев, І.А.Чухно// Україна. Здоров'я нації. 2018. №3 (50) – С.58-61.
70. Миронюк І.С. До структури національної системи громадського здоров'я/ Миронюк І.С. Слабкий Г.О. Шафранський В.В. // Вісник проблем біології і медицини. 2017 – Випуск 3, том 2, № 138 - С. 135-142.
71. Слабкий Г.О. Профілактика, як стратегічний напрямок ефективної діяльності системи охорони громадського здоров'я/ Слабкий Г.О.Шафранський В.В. // Здоров'я суспільства. 2017. - №1-2. – С.80-86.
72. Слабкий Г.О. Епідеміологічний нагляд як основна функція громадського здоров'я/ Слабкий Г.О., Миронюк І.С., Шафранський В.В. // Україна. Здоров'я нації. 2017. - №4. – С.97-100.
73. Слабкий Г.О. Система громадського здоров'я: бачення Всесвітньої організації охорони здоров'я. Основні оперативні функції громадського здоров'я та їх зміст/ Слабкий Г.О. Миронюк В.І. Качала Л.О.// Україна. Здоров'я нації. 2017. - №3 (44) – С. 24-31.

74. МОЗ України оприлюднило для громадського обговорення проект Закону „Про систему громадського здоров'я” [Електронний ресурс]. Режим доступу <https://phc.org.ua/news/show/moz-ukrajini-oprilyudnilo-dlya-gromadskogo-obgovorennja-projekt-zakonu-pro-sistemu-gromadskogo-zdorovja>.

75. Проект Закону України „Про систему громадського здоров'я” / [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://moz.gov.ua/uploads/1/5636-pro_20180620_1.pdf.

76. Розпорядження КМУ від 30.11.2016 р. № 1013-р „Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я” [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://www.google.com.ua/search?q+p.+№+1013-р+„Про+схвалення+Концепції+реформи+фінансування+системи+охорони+здоров'я„&rlz=1C1AVUA_enUA736UA742&oq.

77. Постанова КМУ від 27 грудня 2017 р. № 1101 „Про утворення Національної служби здоров'я України”. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF>

78. Розпорядження КМУ від 23 серпня 2017 р. № 582-р „Про схвалення Концепції реформування механізмів публічних закупівель лікарських засобів та медичних виробів” [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/582-2017-%D1%80>

79. Наказ МОЗ України „Про затвердження порядку надання первинної медичної допомоги” від 19.03.2018 № 504 [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://moz.gov.ua/plan-reform>

80. Наказ МОЗ України від 26.01.2018 № 148 „Про затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які надають первинну медичну допомогу” <http://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-26012018--148-pro-zatverdzhennja-primirnogo-tabelja-materialno-tehnichnogo-osnaschennja-zakladiv-ohoroni-zdorovja->

81. Наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 503 „Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про

вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу”
<http://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-19032018--503-pro-zatverdzhennja-porjadku-viboru-likarja-jakij-nadae-pervinnu-medichnu-dopomogu-ta-formi-deklaracii-pro-vibir-likarja-jakij-nadae-pervinnu-medichnu-dopomogu?preview=1>

82. Наказ Міністерства охорони здоров'я України та Міністерства регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України від 06.02.2018 №178/24 „Про затвердження Порядку формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги”
<http://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-ministerstva-ohoroni-zdorov'ja-ukraini-ta-ministerstva-regionalnogo-rozvitku-budivnictva-ta-zhitlovo-komunalnogo-gospodarstva-ukraini-vid-06022018-17824-pro-zatverdzhennja-porjadku-formuvannja-spromozhnih->

83. Наказ МОЗ України від 18.12.2017 №1621 „Про внесення змін до Примірного положення про госпітальний округ”. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-18122017-1621-pro-vnesennja-zmin-do-primirnogo-polozhennja-pro-gospitalnij-okrug>

84. Наказ МОЗ та МФ України від 03.09.2018 № 1595/740 „Про внесення змін до паспорта бюджетної програми на 2018 рік”. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://moz.gov.ua/nakazi-moz?page=4>

85. Наказ МОЗ України від 31.08.2018 № 1581 „Про ліцензування медичної практики”. [Електронний ресурс]. Режим доступу <http://moz.gov.ua/nakazi-moz?page=3>

86. Малагардіс А. Стратегія реформи фінансування та управління у системі охорони здоров'я в Україні / А. Малагардіс, В. Рудий. - К. : Проект Європ. Союзу „Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні”, 2006. - 48 с.

87. Посібник 1. „Стратегія реформування фінансування та управління у системі охорони здоров'я в Україні”. Проект ЄС „Фінансування і управління у сфері охорони здоров'я в Україні”. Київ. 2006- 49с.

88. Посібник 2. „Вимоги до розробки стратегічного плану запровадження загальнообов’язкового державного соціального медичного страхування в Україні”. Проект ЄС „Фінансування і управління у сфері охорони здоров’я в Україні”. Київ. 2006- 67с.

89. Посібник 3. „Законодавчі проблеми автономізації постачальників та запровадження контрактних закупівель медичних послуг в Україні”. Проект ЄС „Фінансування і управління у сфері охорони здоров’я в Україні”. Київ. 2006- 62с.

90. Посібник 4. „Пропозиції щодо вдосконалення механізму розподілу бюджетних ресурсів у системі охорони здоров’я України”. Проект ЄС „Фінансування і управління у сфері охорони здоров’я в Україні”. Київ. 2006- 46с.

91. Посібник 5. „Розмежування замовника і постачальника та укладання контрактів на закупівлю медичних послуг”. Проект ЄС „Фінансування і управління у сфері охорони здоров’я в Україні”. Київ. 2006- 40с.

92. Посібник 6. „Первинна медична допомога та запровадження оплати з розрахунку на душу населення,„. Проект ЄС „Фінансування і управління у сфері охорони здоров’я в Україні”. Київ. 2006- 59с.

93. Посібник 7. „Автономізація, закупівля медичних послуг та глобальний бюджет у лікарнях”. Проект ЄС „Фінансування і управління у сфері охорони здоров’я в Україні. Київ. 2006- 59 с.

94. Посібник 8 „Методологія розрахунку вартості для постачальників медичних послуг в Україні” Проект ЄС „Фінансування і управління у сфері охорони здоров’я в Україні”. Київ. 2006- 76с.

95. Посібник 9. „Мінімальні ІТ- вимоги до розбудови інформаційно-комунікаційної підтримки фінансування і управління в сфері медичного обслуговування на національному та регіональному рівнях”. Проект ЄС „Фінансування і управління у сфері охорони здоров’я в Україні”. Київ. 2006- 76с.

96. Посібник 10. „Роль зв’язків з громадськістю в забезпеченні інформаційного супроводу реформи системи охорони здоров’я в Україні”. Проект ЄС „Фінансування і управління у сфері охорони здоров’я в Україні”. Київ. 2006- 40 с.

97. Посібник 11. „Організація навчання адміністраторів системи охорони здоров'я та менеджерів медичних закладів в Україні”. Проект ЄС „Фінансування і управління у сфері охорони здоров'я в Україні”. Київ. 2006- 49 с.

98. Посібник 12. „Пріоритети управління змінами в галузі охорони здоров'я України”. Проект ЄС „Фінансування і управління у сфері охорони здоров'я в Україні” . Київ. 2006- 50 с.

99. Заключна Конференція проекту ЄС „Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні” // http://www.healthfin.kiev.ua/pages/news/press-final_u.htm

100. Наказ МОЗ України від 24.03.2006 р. №160 „Про додаткові заходи щодо забезпечення реалізації Проекту Європейського Союзу „Фінансування та управління в сфері охорони здоров'я в Україні” [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0160282-06>.

101. Рудий В.М. Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні. – К.: Сфера, 2005. – 272 с.

102. Rudi V., Lekhan V., Huk A. Legislation for Ukraine's Public Health: The Current Situation and Paths to Further Development // *Medicine and Law*. – 2004. – Vol. 23. – Issue 2. – P. 225-237. – Авторські с. 227-236.

103. Слабкий Г.О. Підходи до комунікації з підготовки реформування системи охорони здоров'я в не пілотних регіонах/ Слабкий Г.О., Збітнєва С.В. // *Україна. Здоров'я нації*. – 2012. – №1 (21) – С. 65–69.

104. Моїсеєнко Р.О. Єдина уніфікована методика розрахунку вартості медичних послуг, амбулаторно-поліклінічного та стаціонарного лікування/ Моїсеєнко Р.О., Толстанов О.К., Залеська В.В. та інш.// *Український медичний часопис*. – 2012. – №3(89). – С. 150–156.

105. Слабкий Г. А. К вопросу о реформировании системы здравоохранения: международный опыт/ Слабкий Г. А., Пархоменко Г.Я. // *Український медичний часопис*. – 2012. – №3(89). – С. 26–29.

106. Кризина Н.П. Механізми формування та реалізації вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги на сучасному етапі реформування системи

охорони здоров'я України/ Кризина Н.П., Слабкий В.Г., Кризина П.С. Письменна О.В.// Україна. Здоров'я нації. – 2012. – №1 (21) – С. 116–120.

107. Кондратюк Н.Ю. Нормативно-правове регулювання та основні етапи акредитації закладів охорони здоров'я в Україні Україна. Здоров'я нації. – 2012. – №1 (21) – С. Україна. Здоров'я нації. – 2012. – №1 (21) – С. 65–69.

108. Декларація учасників навчального курсу для представників районів та міст України, що прийняли рішення про участь в поширенні досвіду Проекту ЄС „Фінансування та управління в сфері охорони здоров'я в Україні”// http://old.moz.gov.ua/ua/portal/prj_tasis.html

109. Методичні рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства. Схвалено робочою групою з питань реформи фінансування сфери охорони здоров'я України. Протокол № 9 від 14 квітня 2017 р.Київ. 2017- 34с.

110. Шевченко М.В. Фінансування та економічні механізми управління галуззю в умовах її реформування / М.В. Шевченко // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2013 рік : [монографія] / за ред.О. С. Мусія. – К., 2014. – С. 242–258.

111. OECD/Eurostat/WHO (2017), A system of Health Accounts, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>.

112. Aligning public financial management and health financing: a process guide for identifying issues and fostering dialogue (Health Financing Guidance Series No. 4), World Health Organization, 2017, 87 p. (ISBN 978-92-4-151307-4).

113. Удосконалення економічного механізму управління галуззю та аналіз його впровадження і ефективності / [М.В. Шевченко, О.О. Дорошенко, О.І. Левицький, Л.М. Підгорна, А.В. Купліванчук, І.М. Машковська] // Щорічна доповідь Про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2011 рік : [монографія] / за ред. Р. О. Богатирьової. –К., 2012.– С. 44–62.

114. Напрями удосконалення системи фінансово-економічних відносин охорони здоров'я (аналітичний огляд наукової літератури) / [М. В. Шевченко, О.

О. Заглада, Л. А. Карамзіна, В.Я. Бойко] // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2010. – № 4. – С. 58–64.

115. Шевченко М.В. Пілотний проект реформування системи охорони здоров'я (застосування елементів програмно-цільового методу, перехід до стратегічних закупівель) / М. В. Шевченко, Г. О. Слабкий // Вісник соціальної медицини та організації охорони здоров'я України. – 2014. – №4. – С. 17–21.

116. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні: Спільний звіт / Під заг. ред. В.М.Лехан, В.М.Рудого. – К.: Вид-во Раєвського, 2005. – 168 с. – Авторські с. 18-30, 79-88, 90-96, 99-104, 109-113, 151-158, 162-164, 166.

117. Заглада Е. А. Оценка эффективности выполнения целевых государственных программ в системе здравоохранения Украины / Е. А. Заглада, Е. А. Мэндрик, М. В. Шевченко // Современные инструменты обеспечения качества медицинских услуг : Центрально-Азиатская конференция, 11–12 ноября 2010 г. : тезисы докл. – Астана, 2010. – С. 47.

118. Kucherenko N.T. Improving the organizational and economic mechanism of medical industry management in Ukraine Україна. Здоров'я нації. – 2014. – №1 (29). – С. 90–94.

119. Черненко В., Рудий В. Актуальні проблеми вдосконалення законодавства України у сфері охорони здоров'я // 2001 рік – Рік охорони здоров'я населення України: Друга щоріч. допор. конф., 7-8 груд. 2000 р. – К.: Укр. Дім, 2000. – С. 141-149. – Авторські с. 145-149.

120. Шевченко М.В. Подальші напрямки реформування системи фінансування сфери охорони здоров'я в Україні // Матеріали міжнародної науково-практичної конференції „Актуальні питання формування здорового способу життя та використання оздоровчих технологій” (25-27 червня 2014 року, м. Херсон). – 2014., Херсон, ССП „Ельф” – С. 110–112.

121. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2011 рік / за ред. Р.В. Богатирьової. К., 2012. – 440 с.

122. Черненко В. Г. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я. Уроки для України / В. Черненко, В. Рудий. – К. : Академпрес, 2002. – 112 с.

123. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні / За заг. ред. В.М.Лехан. - К.: „Сфера”, 2001. - 176 с.

124. Шевчук С.В., Рудий В.М. До питання про приведення законодавства України про охорону здоров'я у відповідність з правовими стандартами Ради Європи // Проблеми гармонізації законодавства України з міжнародним правом: Матеріали наук.-практ. конф. – К.: Ін-т законодавства Верховної Ради України, 1998. – С. 434-436. – Авторські с. 434-435.

125. Рудий В. М. Державне регулювання автономізації закладів охорони здоров'я в Україні: автореф. дис. канд..держ. упр. 25.00.02/Рудий В.М. – К.: В-во НАДУ, 2006. – 20 с.

126. Рудий В.М. Законодавчі проблеми автономізації постачальників та запровадження контрактних закупівель медичних послуг в Країні/В.М.Рудий. – К.: 2006- 64 с.

127. Рудий В. Законодавче регулювання фінансових та економічних відносин у сфері охорони здоров'я України і основні шляхи його вдосконалення та розвитку // Глав. врач. – 2002. – № 1. – С. 23-27.

128. Рудий В. Запровадження договірних відносин у секторі охорони здоров'я в Україні: оцінка можливостей чинного законодавства та пропозиції щодо його вдосконалення // Глав. врач. – 2005. – № 3. – С. 32-40.

129. Lekhan V., Rudyi V., Nolte E. Health care systems in transition: Ukraine / Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. – Copenhagen, 2004. – 128 p. – Авторські с. 15-86.

130. Rudyi V., Lekhan V., Huk A. Legislation for Ukraine's Public Health: The Current Situation and Paths to Further Development // Medicine and Law. – 2004. – Vol. 23. – Issue 2. – P. 225-237. – Авторські с. 227-236.

131. Господарський кодекс України. [Електронний ресурс]. Режим доступу <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/436-15>

132. Закон України “Про оподаткування прибутку підприємств”. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/334/94-%D0%B2%D1%80>

133. Kickbusch I, Gleicher D. Governance for health in the 21st century. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf,

134. Gender mainstreaming for health managers: a practical approach. Geneva, World Health Organization, 2011 (<http://www.who.int/gender/mainstreaming/tools/en/index1.html>).

135. Основы Европейской политики поддержки государства и общества в интересах здоровья и благополучия. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe. 2012: <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>

136. WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen, 2013 [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.euro.who.int/ru/homo>. – Title from screen.

137. Kickbusch I, Buckett K eds. Implementing health in all policies. Adelaide 2010. Adelaide, Department of Health, Government of South Australia, 2010 (<http://www.who.int/sdhconference/resources/implementinghiapadel-sahealth-100622.pdf>).

138. United Nations General Assembly Resolution A/RES/67/81. Global health and foreign policy. Sixty-seventh session. Agenda item 123, 2012.

138. WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco. Geneva, World Health Organization, 2011.

139. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2010 г. Финансирование систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010 (http://www.who.int/whr/2010/whr10_ru.pdf).

140. Health promoting hospitals: meeting the needs of the people //Journal of Health Gain. – 2001. – №5 (2). – P. 3–7.

141. The Contribution of Family Medicine to Improving Health Systems: A Guidebook from the World Organization of Family Doctors, Second Edition was launched in Prague in 2013 by Dr Margaret Chan, Director General of the World Health Organization.

142. The world health report 2008 – primary health care, now more than ever. Geneva, World Health Organization, 2008.

143. Egnew T.R., Wilson H.J. (2010) Faculty and medical students perceptions of teaching and learning about the doctor-patient relationship. Patient Educ. Couns., 79 (2): 199-206.

144. McKinstry B., Hammersley V., Burton C., Pinnock H. (2010) The quality, safety and content of telephone and face-to-face consultations: a comparative study. Qual. Saf. Health Care, 19 (4):298-303.

145. Murtagh J.E. (2011) Paradigms of family medicine: bridging traditions with new concepts; meeting the challenge of being the good doctor from 2011. Asia Pac. Fam. Med., 10 (1): 9-12.

146. Наказ МОЗ України від 26.01.2018 №148 “Про затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров’я та фізичних осіб – підприємців, які надають первинну медичну допомогу” [Електронний ресурс]. Режим доступу http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/MOZ28406.html

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

1. Скрип В. В. Методичні підходи до автономізації закладів охорони здоров'я / Г. О. Слабкий, В. В. Скрип // Intermedical Journal. Словаччина – 2015. – № IV (6). – С. 20–25. *(Дисертантом проведено збір та обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів, написання статті).*
2. Скрип В. В. Характеристика мережі закладів охорони здоров'я Закарпатської області / В. В. Скрип // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 4 (36). – С. 58–61.
3. Скрип В. В. Характеристика населення Закарпатської області та основні показники його здоров'я / В. В. Скрип // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 4 (40). – С. 93–99.
4. Скрип В. В. Оперативні політики як перешкоди на шляху автономізації закладів охорони здоров'я та можливі шляхи усунення таких політик / В. В. Скрип // Україна. Здоров'я нації. - 2017. - № 4/1 (41). - С. 189-195.
5. Скрип В. В. Результати експертного дослідження щодо автономізації закладів охорони здоров'я / В. В. Скрип // Україна. Здоров'я нації. - 2017. - № 3 (44). - С. 232-234.
6. Скрип В. В. Готовність та спроможність системи охорони здоров'я регіонального рівня до автономізації закладів охорони здоров'я (за результатами соціологічного дослідження) / В. В. Скрип // Україна. Здоров'я нації. - 2017. - № 4/1 (46). - С. 101-107.
7. Скрип В. В. Аналіз системи охорони здоров'я Закарпатської області / В. В. Скрип // Економіка і право охорони здоров'я. - 2017. - № 2 (6). - С. 76-81.

8. Скрип В. В. Алгоритм підготовки закладів охорони здоров'я до зміни правового статусу на неприбуткові некомерційні підприємства / В. В. Скрип, Г. О. Слабкий, І. С. Миронюк // Intermedical Journal. Словаччина. 2018. - № I (11). – С. 26-31.

9. Skryn Vasyl V. Characteristic of morbidity indices and prevalence of diseases among the population of transcarpathian region/ Vasyl V. Skryn, Ivan S. Mironyk, Gennadiy O. Slabkiy // Wiadomosci Lekarskie. 2018. Tom LXXI, № 5. – P. 1050-1055. *(Дисертантом проведено збір та обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів, написання статті).*

10. Скрип В. В. Характеристика системи охорони здоров'я Регіонів України. Закарпатська область/Регіональні системи охорони здоров'я України. 2014 рік. [Монографія]. Частина I. // В. В. Скрип, Г.О.Слабкий. Київ, 2015 - С.198-227. *(Дисертантом проведено збір та статистичну обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів, написання розділу монографії).*

Опубліковані праці апробаційного характеру

11. Скрип В. В. Щодо готовності організаторів охорони здоров'я Закарпаття до автономізації лікувальних закладів / В. В. Скрип // Збірник матеріалів науково-практичної конференції з міжнародною участю „Організація і управління охороною здоров'я 2015” 20-21 жовтня 2015 року. – м. Київ. – 2015. – С. 44.

12. Можливий алгоритм дій з реорганізації бюджетних закладів охорони здоров'я в комунальні некомерційні підприємства на прикладі центральної районної лікарні / Г.О. Слабкий, В. В. Скрип, І.М. Рогач, Л.О. Качала, Р.Ю. Погоріляк /Тези доповідей МНПК „Можливості превентивного та лікувального впливу на соціально значимі захворювання в закладах первинної медико-санітарної допомоги”, 12-13.04.2016 р., м. Ужгород // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 1-2 (37-38). – С. 261.

13. Скрип В. В. До готовності економічних служб закладів охорони здоров'я працювати в автономному режимі / Г.О. Слабкий, В. В. Скрип /Тези

доповідей МНПК присвяченої Всесвітньому Дню здоров'я 2016 „Переможемо діабет”. 07.04.2016, м. Київ // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2016. – № 1 (26). – С. 117-118.

14. Щодо підготовки закладів охорони здоров'я до роботи в умовах автономізації / Г.О. Слабкий, В. В. Скрип І.М. Рогащ, Л.О. Качала, Р.Ю. Погоріляк // Матеріали XVI Конгресу Світової Федерації Українських Лікарських Товариств (8-23 серпня 2016 р., м. Берлін – м. Київ) : матеріали., – Одеса: Видавництво Бартенєва, 2016 – С 249 : ISBN 978-966-1601-05-4.

15. Скрип В. В. Компетенції організаторів охорони здоров'я в умовах автономізації закладів охорони здоров'я та шляхи їх формування / Г.О.Слабкий, Ю. В. Веклинець, В. В. Скрип // Кадрова політика у сфері охорони здоров'я в умовах загроз національній безпеці України: матеріали щорічної Всеукраїнської науково-практичної конференції за міжнародною участю (м. Київ, 23.03.2017р / за заг. ред. В.С. Куйбіди, В.М. Князевича, Н.О. Васюк – К.: ТОВ „ДКС-Центр” , С. 148-151.

16. Współczesne podejścia do reformowania systemu stacjonarnej opieki medycznej w Ukrainie/ G.Slabky, T. Gutor, O. Kachyr, V.Skryp, T.Shyp// Dni Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego „Współczesne Wyzwania Zdrowia Publicznego – Polska 2016”. – Naukowy Komunikat Konferencyjny. – Jurata, 2–4 czerwiec 2016 r. –ISBN 978-83-7090-145-5. – Jurata: Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego, 2016, s. 70.

17. Скрип В. В. Особливості підготовки закладів охорони здоров'я до автономізації в умовах їх конкуренції з різними формами власності / В. В. Скрип, І.С. Миронюк, Г.О. Слабкий // Матеріали VII міжнародного медичного конгресу „Впровадження сучасних досягнень медичної науки у практику охорони здоров'я України” (м.Київ, 25-27 квітня 2018 року). – С. 12.

18. Скрип В. В. Питання підготовки закладів охорони здоров'я до зміни правового статусу на комунальні некомерційні підприємства/ Г.О. Слабкий, І.С. Миронюк, В. В. Скрип // Матеріали науково-практичної конференції з

міжнародною участю до Всесвітнього Дня здоров'я 2018 р „Загальне охоплення послугами охорони здоров'я – для всіх і всюди”. - 5-6 квітня 2018 р., м. Київ. - С. 83-86.

19. Скрип В. В. До питання автономізації закладів охорони здоров'я в умовах впровадження Закону України „Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” / В. В. Скрип, І.С. Миронюк, Г.О. Слабкий //Тези доповідей 72-ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького складу УжНУ. Ужгород. 2018. – С. 81-82.

20. Preparing of Healthcare Institutions to Change of Their Legal Status For Nonprofit Enterprises/ Gennady Slabkiy, Oleh Lyubinetz, Vasyl Skryp, Ivan Mironyuk // International paediatric conference. Abstract book. The faces of contemporary pediatrics from clinical problems to public health.24-26 may 2018, Rzeszow, Poland. P.87. ISBN 978-83-7996-541-0.

Опубліковані праці, які додатково відображають результати дисертації

21. Контроль якості медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я: метод. рекомендації / уклад. : І. В. Чопей, І. М. Рогащ, Г. О. Слабкий, В. В. Скрип, та ін. ; Ужгородський національний університет – Ужгород, 2014. – 45 с.

22. Методичні підходи до проведення автономізації закладів охорони здоров'я в Україні / Г.О. Слабкий, В. В. Скрип, І.М. Рогащ, Л.О. Качала, Р.Ю. Погоріляк, С.В. Істомін, П.М. Лисенко// Реєстр галузевих нововведень. Реєстр. № 338/2/15. Вип. 2, том 1. -2016.

23. Скрип В. В. Методологія оцінки стану здоров'я населення та діяльності системи охорони здоров'я в регіональному аспекті/ Г.О. Слабкий, С.В. Дудник, В. В. Скрип // Перелік наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я (випуск 3). Реєстр. № 251/3/16.

24. Скрип В. В. Оперативні політики як перешкода до зміни юридичного статусу закладів охорони здоров'я та проведення їх

автономізації / Г.О. Слабкий, І.С. Миронюк, В. В. Скрип // Перелік наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я (*випуск 3*). Реєстр. № 253/3/16.

Розрахунок вибіркової сукупності респондентів

Генеральна сукупність:

Організатори охорони здоров'я – 262 особи.

Працівники фінансово-економічних служб – 204 особи.

Керівники органів місцевого самоуправління – 212 особи

Розрахунки обсягів вибіркової сукупності:

| Генеральна сукупність | оцінюваний показник | |
|-----------------------|--|--|
| | Середня | Частка, частість |
| Нескінченна | $\frac{t^2 \sigma^2}{\Delta^2}$ | $\frac{t^2 \omega(1-\omega)}{\Delta^2}$ |
| Кінцева обсягу N | $\frac{t^2 \sigma^2 N}{N \Delta^2 + t^2 \sigma^2}$ | $\frac{t^2 N \omega(1-\omega)}{N \Delta^2 + t^2 \omega(1-\omega)}$ |

Величина Δ задається і являє собою граничну похибку вибірки (точність), що гарантується з деякою високою заздалегідь заданою довірчою ймовірністю P . Як правило, $P = 0,95$. Коефіцієнт довіри $t \in (1-P) / 2$ -процентну точку нормованого нормального розподілу. Величина σ^2 - дисперсія випадкової величини. Вона задається дослідником. В нашому випадку вона встановлена на рівні 0,5, оскільки це дає найбільшу дисперсію $0,5 \cdot 0,5 = 0,25$.

Вибіркова сукупність:

Організатори охорони здоров'я – 127 осіб.

Працівники фінансово-економічних служб – 98 осіб.

Керівники органів місцевого самоуправління – 102 осіб.

Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України

АНКЕТА

вивчення відношення організаторів охорони здоров'я до автономізації закладів охорони здоров'я (зміни правового статусу на неприбуткове, некомерційне підприємство) та готовності працювати в нових господарських умовах

Шановні організатори охорони здоров'я!

Проводиться вивчення відношення організаторів охорони здоров'я до автономізації закладів охорони здоров'я та готовності працювати в нових господарських умовах. Просимо Вас відповісти на питання анкети. Анкета є анонімною, тому жодних посилань на Вас, як автора відповідей зроблено не буде. Результати анкетування будуть використані в узагальненому виді з метою розробки оптимальних шляхів проведення автономізації закладів охорони здоров'я. Участь у дослідженні є добровільною.

Просимо вас відповідально віднестися до надання відповідей на питання анкети. Від якості Ваших відповідей буде залежати ефективність підготовки до проведення автономізації закладів охорони здоров'я.

Дякуємо за порозуміння.

I. Просимо відповісти на загальні питання анкети.

1.1. Ваша посада: головний лікар, заступник головного лікаря, завідувач відділенням (підкресліть).

1.2. Місце Вашої роботи: Центр ПМСД, РЛ, ЦРЛ, МЛ, обласна лікарня, диспансер, інше (підкресліть).

1.3. Рівень медичної допомоги, яку надає Ваш заклад охорони здоров'я: первинний, вторинний, третинний, екстрена медична допомога.

1.4. Ваша стать: чоловік, жінка (підкресліть).

1.5. Ваш вік: до 30 років, 30-50 років, 50-60 років, старше 60 років (підкресліть).

1.6. Стаж роботи організатором охорони здоров'я: до 1 року, 1-5 років, 5-10 років, 10-15 років, 15-20 років, більше 20 років (підкресліть).

1.7. Наявність другої вищої освіти. При наявності вкажіть

1.8. Наявність кваліфікаційної категорії з організації охорони здоров'я: вища, перша, друга, не маю (підкресліть).

II. Просимо відповісти на питання, які стосуються Вашої професійної діяльності:

2.1. Чи маєте Ви можливість самостійно примати рішення з наступних питань:

2.1.1.Зміни структури лікарні: так, ні, не визначився (підкресліть).

2.1.2.Зміни потужності лікарні чи окремих структурних підрозділів: так, ні, не визначився (підкресліть).

2.1.3.Зміни штатного розпису лікарні чи окремих структурних підрозділів: так, ні, не визначився (підкресліть).

2.1.4.Впроваджувати систему оплати праці медичним працівникам лікарні в залежності від обсягу та якості наданої медичної допомоги: так, ні, не визначився (підкресліть).

2.1.5.Формувати бюджет лікарні в тому числі за кодами бюджетної класифікації: так, ні, не визначився (підкресліть).

2.1.5.При виникненні виробничої необхідності змінювати бюджет лікарні в межах кодів бюджетної класифікації : так, ні, не визначився (підкресліть).

2.2. Чи бажаєте Ви мати повноваження самостійно примати рішення з наступних питань:

2.2.1.Зміни структури лікарні: так, ні, не визначився (підкресліть).

2.2.2.Зміни потужності лікарні чи окремих структурних підрозділів: так, ні, не визначився (підкресліть).

2.2.3.Зміни штатного розпису лікарні чи окремих структурних підрозділів: так, ні, не визначився (підкресліть).

2.2.4.Впроваджувати систему оплати праці медичним працівникам лікарні в залежності від обсягу та якості наданої медичної допомоги: так, ні, не визначився (підкресліть).

2.2.5.Формувати бюджет лікарні в тому числі за кодами бюджетної класифікації: так, ні, не визначився (підкресліть).

2.2.6.При виникненні виробничої необхідності змінювати бюджет лікарні в межах кодів бюджетної класифікації : так, ні, не визначився (підкресліть).

ІІІ. Просимо Вас вказати наскільки Ви теоретично підготовлені з питань організації роботи в умовах автономізації закладів охорони здоров'я.

3.1. Чи ознайомлені Ви з законодавчими актами з питань управлінської та господарської роботи в нових умовах при автономізації закладів охорони здоров'я: так, ні (підкресліть).

3.2. Чи ознайомлені Ви з методами планування та використання фінансових ресурсів в умовах автономізації закладів охорони здоров'я: так, ні (підкресліть).

3.3. Чи ознайомлені Ви з методами визначення потреби в кадрових ресурсах в умовах автономізації закладів охорони здоров'я: так, ні (підкресліть).

3.4. Чи ознайомлені Ви з методами проведення хронометражних досліджень при вивченні роботи медичного персоналу: так, ні (підкресліть).

3.5. Чи ознайомлені Ви з методами розрахунку оплати праці медичним працівникам лікарні в залежності від обсягу та якості наданої медичної допомоги: так, ні (підкресліть).

3.6. Чи ознайомлені Ви з принципами визначення та забезпечення конкурентоздатності закладів охорони здоров'я в ринкових умовах: так, ні (підкресліть).

3.7. Чи знаєте Ви методи визначення потреби в населення в амбулаторній медичній допомозі: так, ні (підкресліть).

3.8. Чи знаєте Ви методи визначення потреби в населення в стаціонарній медичній допомозі: так, ні (підкресліть).

3.9. Чи знаєте Ви методи визначення потреби в населення в діагностичній медичній допомозі: так, ні (підкресліть).

3.10. Чи знаєте Ви сучасні технології безперервного підвищення якості медичної допомоги: так, ні (підкресліть).

3.11. Чи ознайомлені Ви з законодавчими основами державно/приватного партнерства: так, ні (підкресліть).

**ІУ. Просимо Вас вказати, чи готові Ви до проведення наступних заходів
(Поставте + проти вибраної Вами позиції)**

| Заходи | Готовий | Не готовий | Не визначився |
|---|---------|---------------|------------------|
| Провести підготовку закладу до проведення його автономізації | | | |
| Лобювати в органах влади прийняття рішення щодо автономізації Вашого закладу охорони здоров'я | | | |
| Взяти на себе відповідальність за виконання закладом охорони здоров'я договору з владою по наданню медичної допомоги у відповідності до визначеної якості | | | |
| Провести розрахунки щодо реальної потреби населення, що обслуговує заклад охорони здоров'я в амбулаторній медичній допомозі за спеціальностями | | | |
| Провести розрахунки щодо реальної потреби населення, що обслуговує заклад охорони здоров'я в стаціонарній медичній допомозі за спеціальностями | | | |
| Провести розрахунки щодо реальної потреби населення, що обслуговує заклад охорони здоров'я в діагностичній медичній допомозі | | | |
| При існуючій ресурсній базі закладу охорони здоров'я організувати надання населенню якісної медичної допомоги | | | |
| Провести розрахунки в реальній потребі в медичних кадрах | | | |
| Розробити систему оплати праці працівникам лікарі в залежності від обсягу та якості роботи | | | |
| Оптимізувати штатний розпис лікарі | | | |
| Привести кадровий склад лікарні до оптимізованого штатного розпису у відповідності до чинного законодавства України | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Привести структуру та потужність лікарні у відповідності до реальних потреб населення | | | |
| Запровадити в лікарні систему енергозбереження та скороти комунальні платежі | | | |
| Підвищити рівень видатків на медичне забезпечення пацієнтів | | | |
| Підвищити рівень видатків на харчування пацієнтів | | | |
| Розробити стратегічний план розвитку закладу охорони здоров'я на 10 років | | | |
| Вивчити конкурентноспроможність закладу охорони здоров'я | | | |
| Забезпечити конкурентноздатність закладу охорони здоров'я | | | |
| Використати сучасні економічні механізми управління закладом/підприємством в рамках чинного законодавства | | | |
| Використовувати механізм державно/приватного партнерства в рамках чинного законодавства | | | |
| Створити при закладі охорони здоров'я опікунську раду | | | |
| Активно співпрацювати з опікунською радою | | | |

У. Чи підтримуєте Ви проведення автономізації Вашого закладу охорони здоров'я: так, ні, не визначився (підкресліть).

Дякуємо Вас за відповіді.

Бажаємо доброго здоров'я.

Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України

АНКЕТА

вивчення відношення працівників фінансових та економічних служб до автономізації закладів охорони здоров'я (зміни правового статусу на неприбуткове, некомерційне підприємство) та готовності працювати в нових господарських умовах

Шановні організатори охорони здоров'я!

Проводиться вивчення відношення працівників фінансових та економічних служб до автономізації закладів охорони здоров'я та готовності працювати в нових господарських умовах. Просимо Вас відповісти на питання анкети. Анкета є анонімною, тому жодних посилань на Вас, як автора відповідей зроблено не буде. Результати анкетування будуть використані в узагальненому виді з метою розробки оптимальних шляхів проведення автономізації закладів охорони здоров'я. Участь у дослідженні є добровільною.

Просимо вас відповідально віднестися до надання відповідей на питання анкети. Від якості Ваших відповідей буде залежати ефективність підготовки до проведення автономізації закладів охорони здоров'я.

Дякуємо за порозуміння.

I. Просимо відповісти на загальні питання анкети.

- 1.1. Ваша посада: головний бухгалтер, економіст, бухгалтер (підкресліть).
- 1.2. Місце Вашої роботи: Центр ПМСД, РЛ, ЦРЛ, МЛ, обласна лікарня, диспансер, інше (підкресліть).
- 1.3. Рівень медичної допомоги, яку надає Ваш заклад охорони здоров'я: первинний, вторинний, третинний, екстрена медична допомога.
- 1.4. Ваша стать: чоловік, жінка (підкресліть).
- 1.5. Ваш вік: до 30 років, 30-50 років, 50-60 років, старше 60 років (підкресліть).
- 1.6. Стаж роботи працівником фінансових та економічних служб: до 1 року, 1-5 років, 5-10 років, 10-15 років, 15-20 років, більше 20 років (підкресліть).
- 1.7. Ваша освіта, вкажіть _____

II. Просимо відповісти на питання, які стосуються Вашої професійної діяльності:

2.1. Чи задоволені Ви умовами праці: задоволений, частково задоволений, не задоволений;

2.2. Чи задоволені Ви рівнем заробітної плати: задоволений, частково задоволений, не задоволений;

2.3. Чи може Ви в повній мірі використовувати свої професійні знання: можу, можу частково, не можу.

2.4. *Чи маєте Ви можливість на рівні закладу охорони здоров'я примати рішення з наступних питань:*

2.4.1. Впроваджувати сучасні підходи до оплати праці медичним працівникам лікарні та мотивувати їх до ефективної праці: так, ні, не визначився (підкресліть).

2.4.2. Формувати бюджет лікарні в тому числі за кодами бюджетної класифікації: так, ні, не визначився (підкресліть).

2.4.3. При виникненні виробничої необхідності змінювати бюджет лікарні в межах кодів бюджетної класифікації : так, ні, не визначився (підкресліть).

2.5. *Чи бажаєте Ви мати повноваження на рівні закладу охорони здоров'я примати рішення з наступних питань:*

2.5.1. Зміни потужності лікарні чи окремих структурних підрозділів: так, ні, не визначився (підкресліть).

2.5.2. Зміни штатного розпису лікарні чи окремих структурних підрозділів: так, ні, не визначився (підкресліть).

2.5.3. Впроваджувати сучасні підходи до оплати праці медичним працівникам лікарні та мотивувати їх до ефективної праці: так, ні, не визначився (підкресліть).

2.5.4. Формувати бюджет лікарні в тому числі за кодами бюджетної класифікації: так, ні, не визначився (підкресліть).

2.5.5. При виникненні виробничої необхідності змінювати бюджет лікарні в межах кодів бюджетної класифікації : так, ні, не визначився (підкресліть).

III. Просимо Вас вказати наскільки Ви теоретично підготовлені з питань організації роботи в умовах автономізації закладів охорони здоров'я.

3.1. Чи ознайомлені Ви з законодавчими актами з питань управлінської та господарської роботи в нових господарських умовах при автономізації закладів охорони здоров'я: так, ні (підкресліть).

3.2. Чи ознайомлені Ви з методами планування та використання фінансових ресурсів в умовах автономізації закладів охорони здоров'я (позабюджетній сфері): так, ні (підкресліть).

3.3. Чи ознайомлені Ви з методами визначення потреби в кадрових ресурсах в умовах автономізації закладів охорони здоров'я: так, ні (підкресліть).

3.4. Чи ознайомлені Ви з методами розрахунку оплати праці медичним працівникам лікарні в залежності від обсягу та якості наданої медичної допомоги: так, ні (підкресліть).

3.5. Чи ознайомлені Ви з принципами визначення та забезпечення конкурентоздатності закладів охорони здоров'я в ринкових умовах: так, ні (підкресліть).

3.6. Чи знаєте Ви особливості бухгалтерського обліку та звітності в позабюджетній сфері: так, ні (підкресліть).

3.7. Чи ознайомлені Ви з законодавчими основами державно/приватного партнерства: так, ні (підкресліть).

3.8. Чи ознайомлені Ви з податковим законодавством для позабюджетної сфери: так, ні (підкресліть).

3.9. Чи ознайомлені Ви з Господарським кодексом: так, ні (підкресліть).

ІУ. Просимо Вас вказати, чи готові Ви до проведення наступних заходів (Поставте + проти вибраної Вами позиції)

| Заходи | Готовий | Не готовий | Не визначився |
|--|---------|------------|---------------|
| Провести підготовку закладу до проведення його автономізації | | | |
| Взяти на себе відповідальність за використання фінансових ресурсів в нових умовах господарювання | | | |
| Провести розрахунки щодо можливостей фінансового забезпечення виконання умов договору з владою по наданню медичної допомоги населенню в умовах затвердженого фінансування. | | | |
| Провести розрахунки щодо ефективного використання наявних ресурсів по забезпечення виконання умов договору з владою по наданню медичної допомоги населенню. | | | |
| Ведення нових форм облікової та звітної документації в умовах підприємства. | | | |
| Провести розрахунки в реальній потребі в медичних кадрах | | | |
| Розробити систему оплати праці | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| працівникам лікарі в залежності від обсягу та якості роботи | | | |
| Запропонувати систему обліку праці медичних працівників в залежності від обсягу та якості роботи | | | |
| Оптимізувати штатний розпис лікарі | | | |
| Запропонувати заходи з енергозбереження та скорочення витрат на комунальні платежі | | | |
| Підвищити рівень видатків на медичне забезпечення пацієнтів | | | |
| Підвищити рівень видатків на харчування пацієнтів | | | |
| Розробити стратегічний план розвитку закладу охорони здоров'я на 10 років | | | |
| Вивчити конкурентноспроможність закладу охорони здоров'я | | | |
| Забезпечити конкурентноздатність закладу охорони здоров'я | | | |
| Використати сучасні економічні механізми управління закладом/підприємством в рамках чинного законодавства | | | |
| Використовувати механізм державно/приватного партнерства в рамках чинного законодавства | | | |
| Активно співпрацювати з опікунською радою | | | |

У. Чи підтримуєте Ви проведення автономізації Вашого закладу охорони здоров'я: так, ні, не визначився (підкресліть).

УІ. Чи забезпечено кожне робоче місце фінансово-економічної служби:

6.1. Персональним комп'ютером: так, ні;

6.2. Необхідною ліцензованою автоматизованою комп'ютерною програмою: так, ні.

Дякуємо Вас за відповіді.

Бажаємо доброго здоров'я.

Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України

АНКЕТА

вивчення відношення представників регіональної та місцевої влади до автономізації закладів охорони здоров'я (зміни правового статусу на неприбуткове, некомерційне підприємство) та готовності працювати в нових господарських умовах

Шановні представники регіональної та місцевої влади !

Проводиться вивчення відношення представників регіональної та місцевої влади до автономізації закладів охорони здоров'я та готовності працювати в нових господарських умовах. Просимо Вас відповісти на питання анкети. Анкета є анонімною, тому жодних посилань на Вас, як автора відповідей зроблено не буде. Результати анкетування будуть використані в узагальненому виді з метою розробки оптимальних шляхів проведення автономізації закладів охорони здоров'я. Участь у дослідженні є добровільною.

Просимо вас відповідально віднестися до надання відповідей на питання анкети. Від якості Ваших відповідей буде залежати ефективність підготовки до проведення автономізації закладів охорони здоров'я.

Дякуємо за порозуміння.

I. Просимо відповісти на загальні питання анкети.

1.1. Ваша посада: працівник державної адміністрації, працівник органу місцевої влади; депутат ради: обласної, міської, районної (підкресліть).

1.2. Ваша стать: чоловік, жінка (підкресліть).

1.3. Ваш вік: до 30 років, 30-50 років, 50-60 років, старше 60 років (підкресліть).

II. Просимо Вас вказати наскільки Ви проінформовані з питань організації роботи в умовах автономізації закладів охорони здоров'я.

| Питання | Відповідь: так/ні |
|--|-------------------|
| Знайомство з Господарським кодексом | |
| Знайомство з Законом України: „Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я” від 06.04.2017 р. № 2002 | |
| Знайомство з Законом України „Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII | |
| Знайомство з Законом України „Про місцеве самоврядування в Україні” від 21 травня 1997 року № 280/97-ВР | |
| Знайомство з розпорядженням КМУ від 30.11.2016 р. № 1013-р „Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я” | |
| Знайомство з податковим законодавством для позабюджетної сфери | |
| Знайомство з законодавчими основами державно/приватного партнерства | |
| Знайомство з принципами фінансово-господарської діяльності автономізованого закладу охорони здоров'я | |
| Готовність обзнаномитися з вказаним чинним законодавством | |
| Готовність підтримати автономізацію територіального закладу охорони здоров'я | |

III. Чи підтримуєте Ви проведення автономізації закладів охорони здоров'я в регіоні: так, ні, не визначився (підкресліть).

Дякуємо Вас за відповіді.

Бажаємо доброго здоров'я.

Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України

АНКЕТА

вивчення експертної думки щодо переваг, ризиків та перешкод до автономізації закладів охорони здоров'я (зміни правового статусу на неприбуткове, некомерційне підприємство)

Шановні експерти!

Проводиться вивчення експертної думки щодо переваг, ризиків та перешкод до автономізації закладів охорони здоров'я (зміни правового статусу на неприбуткове, некомерційне підприємство).

Просимо Вас відповісти на питання анкети. Анкета є анонімною, тому жодних посилань на Вас, як автора відповідей зроблено не буде. Результати анкетування будуть використані в узагальненому виді з метою розробки оптимальних шляхів проведення автономізації закладів охорони здоров'я. Участь у дослідженні є добровільною.

Просимо вас відповідально віднестися до надання відповідей на питання анкети. Від якості Ваших відповідей буде залежати ефективність підготовки до проведення автономізації закладів охорони здоров'я.

Просимо оцінку провести за 10-бальною системою. 0-балів, це сама мінімальна оцінка, а 10-балів, це найвища оцінка.

Переваги комунального некомерційного підприємства над комунальною установою

| Показник | Бали |
|---|------|
| Зміна командно-адміністративної моделі управління закладом охорони здоров'я на договірні відносини. | |
| Збільшення господарської та фінансової автономії. | |
| Фінансування ЗОЗ зі статусом підприємства на основі власного фінансового плану. | |
| Підвищення економічної ефективності використання активів. | |

| | |
|--|--|
| Формування стимулів для поліпшення якості медичного обслуговування населення | |
| Збільшення управлінської гнучкості комунальних закладів охорони здоров'я. | |
| Право утворювати об'єднання підприємств з іншими закладами охорони здоров'я. | |
| Самостійне визначення внутрішньої організаційної структури. | |

Ризики перетворення комунальної установи в комунальне некомерційне підприємство

| Показник | Бали |
|--|------|
| Відсутність досвіду господарювання в умовах підприємства | |
| Відсутність досвіду ведення кадрової політики в умовах підприємства | |
| Фінансові ризики в тому числі пов'язані з податками | |
| Ризики, що пов'язані з конкурсом на отримання замовлення, конкурентнонездатність | |
| Зменшення рівня ресурсної підтримки місцевими органами влади | |
| Скорочення медичного персоналу | |

Перепони для перетворення комунальної установи в комунальне некомерційне підприємство

| Показник | Бали |
|--|------|
| Недосконала нормативно-правова база | |
| Неприйняття рішення Радами. Відсутність політичної волі у депутатів. | |
| Супротив медичних працівників | |
| Супротив населення | |
| Невідповідність будівель та споруд нормам | |
| Невідповідність обладнання та устаткування Табелю оснащення | |
| Різний рівень ресурсного забезпечення. Колективи малопотужних закладів не дадуть згоду до автономізації. | |
| Відсутність ефективної комунікаційної політики | |

Дякуємо за проведену оцінку.



У К Р А Ї Н А
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ТА ДОУНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ ПІДГОТОВКИ
вул. Соборна, 148, м. Ужгород, 88000, тел. (0312) 643834, факс: (0312) 642229
e-mail: inst-podp@uzhnu.edu.ua

№ _____ На № _____ Від _____

ВИТЯГ З ПРОТОКОЛУ N 8

**засідання Вченої ради факультету післядипломної освіти
та доуніверситетської підготовки
від 31.05.2018**

Усього членів Вченої ради – 16 чол.
Присутні – 13 чол.

СЛУХАЛИ: Про затвердження Робочої навчальної програми Циклу тематичного удосконалення “Автономізація закладів охорони здоров’я”.

ГОЛОСУВАЛИ 13 членів Вченої ради: “За” – 13 чол. – одноголосно.

УХВАЛИЛИ: Затвердити Робочу навчальну програму Циклу тематичного удосконалення “Автономізація закладів охорони здоров’я”.

Голова засідання Вченої ради

М.М.Гечко

Секретар

С.О.Рудакова

Додаток А-7

Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України

АНКЕТА**експертної оцінки запропонованих інновацій та моделі*****Шановні експерти !***

Шановні експерти! Просимо Вас оцінити елементи запропонованої моделі за 10 бальною системою.

Анкета є анонімною, тому жодних посилань на Вас, як автора відповідей зроблено не буде.

Просимо вас відповідально віднестися до надання відповідей на питання анкети. Від якості Ваших відповідей буде залежати ефективність підготовки до проведення автономізації закладів охорони здоров'я.

Дякуємо за порозуміння.

Просимо оцінити складові запропонованої моделі

| Елемент моделі | Кількість балів |
|--------------------------------------|-----------------|
| Модель в цілому | |
| Аналітичний напрям підготовки | |
| Організаційний напрям підготовки | |
| Комунікації в підготовчій роботі | |
| Нормотворчий напрям підготовки | |
| Управлінські рішення власника | |
| Забезпечення конкурентоздатності ЗОЗ | |
| Суб'єкт управління | |
| Об'єкт впливу | |
| Блок наукового регулювання | |

Дякуємо Вас за відповіді.

Бажаємо доброго здоров'я.

Додаток Б-1**Вартість медичного обладнання відповідно до середніх цін в
торговій мережі (грн.)**

| Найменування | Вартість, грн. |
|---|----------------|
| Автомобіль легковий | 190400,0 |
| Персональний комп.,ютер в комплекті із програмним забезпеченням | 23000,0 |
| Електрокардіограф (3-х канальний) | 16583,0 |
| Лабораторний аналізатор | 121333,0 |
| Ваги для новонароджених | 1309,0 |
| Ваги для дорослих | 1521,0 |
| Холодильник для вакцин | 7249,0 |
| Пульсоксиметр | 8010,0 |

Додаток В-1**Список автономізованих закладів охорони здоров'я Закарпатської області**

1. Комунальне некомерційне підприємство „Міжгірський центр первинної медико-санітарної допомоги Міжгірської районної ради Закарпатської області”.
2. Комунальне некомерційне підприємство „Чопський центр первинної медико-санітарної допомоги „Чопської міської ради Закарпатської області”.
3. Комунальне некомерційне підприємство „Центр первинної медико-санітарної допомоги Великоберезнянської районної ради Закарпатської області”.
4. Комунальне некомерційне підприємство „Вільховецький центр первинної медико-санітарної допомоги „Вільховецької сільської ради Тячівського району Закарпатської області”.
5. Комунальне некомерційне підприємство „Центр первинної медико-санітарної допомоги м.Мукачева” .
6. Комунальне некомерційне підприємство „Центр первинної медико-санітарної допомоги Мукачівського району” Мукачівської районної ради.
7. Комунальне некомерційне підприємство „Центр первинної медико-санітарної допомоги Полянської сільської ради Свалявського району Закарпатської області”.
8. Комунальне некомерційне підприємство „Перечинський районний центр первинної медико-санітарної допомоги” Перечинської районної ради Закарпатської області”.
9. Комунальне некомерційне підприємство „Ужгородський районний центр первинної медико-санітарної допомоги Ужгородської районної ради”.
10. Комунальне некомерційне підприємство „Хустський центр первинної медико-санітарної допомоги” Хустської районної ради Закарпатської області”.
11. ФОП Кучеренко Антоніна Іванівна.
12. ФОП Чулей Олександр Юрійович.
13. „Медичний центр „Діамед”.
14. Товариство з обмеженою відповідальністю „Медичний центр „Плюсмед”.

Додаток В-2

**Робоча навчальна програма циклу тематичного удосконалення
„Автономізація закладів охорони здоров’я”**

| Тема | Вид заняття | Кількість академічних годин |
|---|------------------------|--|
| Заїзд. Реєстрація. | | |
| Стратегія реформування системи охорони здоров’я України | Лекція | 2 |
| Законодавче забезпечення автономізації закладів охорони здоров’я України на сучасному етапі реформування системи охорони здоров’я | Лекція | 2 |
| Загальна методологія та алгоритм підготовки закладів охорони здоров’я до зміни юридичного статусу з установ на неприбуткові підприємства | Семінар | 2 |
| <p>Методологія детального вивчення та аналізу і прогнозування:</p> <p>1. Показників чисельності та структури населення: динаміка чисельності, віко-статевої структури, народжуваності, смертності.</p> <p>2. Стану здоров’я населення: показники захворюваності, поширеності хвороб, первинного виходу на інвалідність, інвалідизації в розрізі вікових груп та статі.</p> <p>3. Показників звернення населення за медичною допомогою: амбулаторно-поліклінічною, екстреною, стаціонарною, експертною, профілактичною за спеціальностями; структура звернень за отриманням планової та ургентної медичної допомоги. Аналізується обґрунтований, не обґрунтований та незадоволений запит населення за окремими видами медичної допомоги.</p> | Практичне заняття | 6 |

| | | |
|--|-------------------|---|
| <p>4. Аналіз показників діяльності кожного структурного підрозділу та закладу охорони здоров'я в цілому, раціональності використання ресурсів та визначення можливих шляхів оптимізації діяльності та підвищення раціоналізації використання наявних ресурсів.</p> <p>5. Показників якості медичної допомоги за її видами у відповідності до галузевих стандартів.</p> | | |
| Методологія розрахунку проекту обсягу медичної допомоги за програмою медичних гарантій та можливих фінансових надходжень з державного бюджету. | Практичне заняття | 2 |
| Економічне обґрунтування потреби в зміні організаційно-правової форми закладів охорони здоров'я із установ в неприбуткові підприємства. | Семінар | 2 |
| Конкуренція в системі охорони здоров'я, види конкурентних середовищ, перехід на модель вільної конкуренції. | Практичне заняття | 2 |
| Забезпечення конкурентоздатності та конкурентноспроможності ЗОЗ в умовах їх автономізації та впровадження нової системи фінансування. | Практичне заняття | 2 |
| Менеджмент закладу охорони здоров'я-неприбуткового підприємства в умовах вільного ринку та моделі конкурентних переваг. | Практичне заняття | 2 |
| Правовий статус медичних працівників | Практичне заняття | 2 |
| Аналіз штатного розпису та кадрового забезпечення, включаючи кваліфікацію медичних кадрів в аспекті виконання умов договору з надання медичної допомоги в межах визначених програмою медичних гарантій при раціональному використанні кадрового потенціалу. | Практичне заняття | 2 |
| Методологія вивчення раціональності | | |

| | | |
|---|-------------------|---|
| використання працівниками робочого часу, нормативу навантаження та визначення часу виконання окремих медичних послуг | | |
| Управління персоналом. Ефективність посадової одиниці. Підготовка проектів документів: штатного розпису закладу охорони здоров'я та посадових інструкцій - комунального некомерційного підприємства. | Практичне заняття | 4 |
| Методологія проведення аналізу економічної ефективності діяльності ЗОЗ та раціональності використання всіх видів ресурсів. Розробка заходів з ефективності використання ресурсів та доцільності клінічної практики. | Практичне заняття | 3 |
| Підготовка проектів документів: переліку можливих платних послуг та методологія розрахунку їх собівартості з урахуванням законодавчої норми, що обсяг платних медичних послуг, які не входять до програми медичних гарантій, може складати не більше 20% від обсягу усіх наданих. | Практичне заняття | 3 |
| Підготовка проектів документів: Бізнес-план на зміну програмно-цільового методу фінансування закладів охорони здоров'я. Формування проекту фінансового плану закладу охорони здоров'я - комунального некомерційного підприємства; Планування прибуткової частини закладу охорони здоров'я - неприбуткового підприємства. Залучення додаткових джерел фінансування. | Практичне заняття | 4 |
| Задачі опікунської ради. Порядок її створення та організація діяльності. (Закон України „Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з | Практичне заняття | 2 |

| | | |
|--|-------------------|---|
| питань діяльності закладів охорони здоров'я,, (стаття 24) від 6 квітня 2017 року № 2002-VIII). Особливості формування колективного договору. | | |
| Особливості розробки, затвердження та забезпечення виконання колективного договору в умовах автономізованого закладу охорони здоров'я. | Практичне заняття | 2 |
| Підготовка проектів документів: системи оплати праці медичних працівників закладу охорони здоров'я з запровадженням механізму оплати за кількість і якість наданих послуг та мотиваційних механізмів до ефективної праці і впровадження сучасних організаційних та клінічних технологій. | Практичне заняття | 4 |
| Структура, порядок підготовки та затвердження Статуту закладу охорони здоров'я - неприбуткового підприємства. | Практичне заняття | 2 |
| Особливості акредитації та ліцензування закладу охорони здоров'я- неприбуткового підприємства. | Практичне заняття | 4 |
| Електронна система охорони здоров'я. Застосування в практиці діяльності закладу охорони здоров'я- неприбуткового підприємства. | Практичне заняття | 4 |
| Юридичне значення медичної документації | Практичне заняття | 2 |
| Кримінальна відповідальність медичних працівників | Практичне заняття | 2 |
| Порядок реєстрації неприбуткового підприємства | Практичне заняття | 2 |
| Договір про надання медичних послуг . | Практичне заняття | 2 |
| Юридична відповідальність за невиконання договірних зобов'язань | Практичне заняття | 2 |
| Вирішення спорів у судовому порядку | Практичне заняття | 2 |

| | | |
|--|-------------------|-----------|
| Організація системи комунікацій в закладі охорони здоров'я- неприбутковому підприємстві. | Практичне заняття | 2 |
| Підведення підсумків циклу тематичного удосконалення. | | 2 |
| | | 72 години |

«ЗАТВЕРДЖЕНО»
Головний лікар
КНП «Міжгірський ЦПМСД»
Гримут М.П.
2018 р

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** Механізм підготовки закладів охорони здоров'я до автономізації.

2. **Розробник:** Інститут стратегічних досліджень МОЗ України, Ужгородський національний університет

2. Джерело інформації:

Слабкий Г.О. Методичні підходи до автономізації закладів охорони здоров'я / Г.О.Слабкий, В.В.Скрип // Intermedical Journal. – 2015. – № IV (6). – С. 20–25.

Скрип В.В. Алгоритм підготовки закладів охорони здоров'я до зміни правового статусу на неприбуткові некомерційні підприємства / В.В. Скрип, Г.О. Слабкий, І.С. Миронюк // Intermedical Journal. – 2018. - № I (11). – С. 26-31.

Слабкий Г.О., Скрип В.В., Рогач І.М., Качала Л.О., Погоріляк Р.Ю., Істомін С.В., Лисенко П.М. Методичні підходи до проведення автономізації закладів охорони здоров'я в Україні. Реєстр. № 338/2/15

Методичні підходи до проведення автономізації закладів охорони здоров'я в Україні / Слабкий Г.О., Скрип В.В., Рогач І.М., Качала Л.О., Погоріляк Р.Ю., Істомін С.В., Лисенко П.М. // Реєстр галузевих нововведень. Реєстр. № 338-2/15. Вип. 2, том 1. -2016

3. **Місце впровадження:** Комунальне некомерційне підприємство "МІЖГІРСЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ МІЖГІРСЬКОЇ РАЙОННОЇ РАДИ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ"

4. **Строки впровадження:** з 2017 року.

5. **Ефективність впровадження:** розробка плану заходів з підготовки закладу охорони здоров'я до здійснення його автономізації.

6. **Зауваження, пропозиції:** відсутні

7. **Заключення:** рекомендується для використання в процесі підготовки закладів охорони здоров'я до автономізації.

Відповідальний за впровадження:

Головний лікар
« 10 » 05 2018 року



Гримут М.П



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** Механізм підготовки закладів охорони здоров'я до автономізації.

2. **Розробник:** Інститут стратегічних досліджень МОЗ України, Ужгородський національний університет

2. Джерело інформації:

Слабкий Г.О. Методичні підходи до автономізації закладів охорони здоров'я / Г.О.Слабкий, В.В.Скрип // Intermedical Journal. – 2015. – № IV (6). – С. 20–25.

Скрип В.В. Алгоритм підготовки закладів охорони здоров'я до зміни правового статусу на неприбуткові некомерційні підприємства / В.В. Скрип, Г.О. Слабкий, І.С. Миронюк // Intermedical Journal. – 2018. - № I (11). – С. 26-31.

Слабкий Г.О., Скрип В.В., Рогач І.М., Качала Л.О., Погоріляк Р.Ю., Істомін С.В., Лисенко П.М. Методичні підходи до проведення автономізації закладів охорони здоров'я в Україні. Реєстр. № 338/2/15

Методичні підходи до проведення автономізації закладів охорони здоров'я в Україні / Слабкий Г.О., Скрип В.В., Рогач І.М., Качала Л.О., Погоріляк Р.Ю., Істомін С.В., Лисенко П.М. // Реєстр галузевих нововведень. Реєстр. № 338/2/15. Вип. 2, том 1. -2016

3. **Місце впровадження:** Ужгородський міський центр первинної медико – санітарної допомоги, вул. Грибоєдова, 20 В

4. **Строки впровадження:** з 2017 року.

5. **Ефективність впровадження:** розробка плану заходів з підготовки закладу охорони здоров'я до здійснення його автономізації.

6. **Зауваження, пропозиції:** відсутні

7. **Заключення:** рекомендується для використання в процесі підготовки закладів охорони здоров'я до автономізації.

Відповідальний за впровадження:
Заступник головного лікаря з МОН

Щербей А.Ю.

« 11 » 04 2018 року



«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Генеральний директор

Рак Л.М.

2018 р

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** Механізм підготовки закладів охорони здоров'я до автономізації.

2. **Розробник:** Інститут стратегічних досліджень МОЗ України, Ужгородський національний університет

2. Джерело інформації:

Слабкий Г.О. Методичні підходи до автономізації закладів охорони здоров'я / Г.О.Слабкий, В.В.Скрип // Intermedical Journal. – 2015. – № IV (6). – С. 20–25.

Скрип В.В. Алгоритм підготовки закладів охорони здоров'я до зміни правового статусу на неприбуткові некомерційні підприємства / В.В. Скрип, Г.О. Слабкий, І.С. МIRONIYUK // Intermedical Journal. – 2018. - № I (11). – С. 26-31.

Слабкий Г.О., Скрип В.В., Рогач І.М., Качала Л.О., Погоріляк Р.Ю., Істомін С.В., Лисенко П.М. Методичні підходи до проведення автономізації закладів охорони здоров'я в Україні. Реєстр. № 338/2/15

Методичні підходи до проведення автономізації закладів охорони здоров'я в Україні / Слабкий Г.О., Скрип В.В., Рогач І.М., Качала Л.О., Погоріляк Р.Ю., Істомін С.В., Лисенко П.М. // Реєстр галузевих нововведень. Реєстр. № 338/2/15. Вип. 2, том 1. -2016

3. **Місце впровадження:** Комунальна установа Львівської обласної ради «Львівський регіональний фтизіопульмонологічний клінічний лікувально-діагностичний центр» 79000 м.Львів, вул. Зелена,477

4. **Строки впровадження:** з 2017 року.

5. **Ефективність впровадження:** розробка плану заходів з підготовки закладу охорони здоров'я до здійснення його автономізації.

6. **Зауваження, пропозиції:** відсутні

7. **Заключення:** рекомендується для використання в процесі підготовки закладів охорони здоров'я до автономізації.

Відповідальний за впровадження:

**Заступник генерального директора
з медичної частини**

Зіновій Наконечний

«13» 04 2018 року



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** Механізм підготовки закладів охорони здоров'я до автономізації.

2. **Розробник:** Інститут стратегічних досліджень МОЗ України, Ужгородський національний університет

2. Джерело інформації:

Слабкий Г.О. Методичні підходи до автономізації закладів охорони здоров'я / Г.О.Слабкий, В.В.Скрип // Intermedical Journal. – 2015. – № IV (6). – С. 20–25.

Скрип В.В. Алгоритм підготовки закладів охорони здоров'я до зміни правового статусу на неприбуткові некомерційні підприємства / В.В. Скрип, Г.О. Слабкий, І.С. Миронюк // Intermedical Journal. – 2018. – № I (11). – С. 26-31.

Слабкий Г.О., Скрип В.В., Рогач І.М., Качала Л.О., Погоріляк Р.Ю., Істомін С.В., Лисенко П.М. Методичні підходи до проведення автономізації закладів охорони здоров'я в Україні. Реєстр. № 338/2/15

Методичні підходи до проведення автономізації закладів охорони здоров'я в Україні / Слабкий Г.О., Скрип В.В., Рогач І.М., Качала Л.О., Погоріляк Р.Ю., Істомін С.В., Лисенко П.М. // Реєстр галузевих нововведень. Реєстр. № 338/2/15. Вип. 2, том 1. -2016

3. **Місце впровадження:** Закарпатська обласна клінічна стоматологічна поліклініка, м.Ужгород, наб. Незалежності, 8.

4. **Строки впровадження:** із 2017 року.

5. **Ефективність впровадження:** розробка плану заходів з підготовки закладу охорони здоров'я до здійснення його автономізації.

6. **Зауваження, пропозиції:** відсутні

7. **Заключення:** рекомендується для використання у процесі підготовки закладів охорони здоров'я до автономізації.

Відповідальний за впровадження:

Головний лікар
« 16 » 04 2018 року

Р.А.Лесів



«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Головний лікар

КНП «Центр ІМСД м. Мукачеве»

Мешко Є.В.

» 26.5.18 2018 р

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** Механізм підготовки закладів охорони здоров'я до автономізації.

2. **Розробник:** Інститут стратегічних досліджень МОЗ України, Ужгородський національний університет

2. Джерело інформації:

Слабкий Г.О. Методичні підходи до автономізації закладів охорони здоров'я / Г.О.Слабкий, В.В.Скрип // Intermedical Journal. – 2015. – № IV (6). – С. 20–25.

Скрип В.В. Алгоритм підготовки закладів охорони здоров'я до зміни правового статусу на неприбуткові некомерційні підприємства / В.В. Скрип, Г.О. Слабкий, І.С. Миронюк // Intermedical Journal. – 2018. – № I (11). – С. 26–31.

Слабкий Г.О., Скрип В.В., Рогач І.М., Качала Л.О., Погоріляк Р.Ю., Істомін С.В., Лисенко П.М. Методичні підходи до проведення автономізації закладів охорони здоров'я в Україні. Ресстр. № 338/2/15

Методичні підходи до проведення автономізації закладів охорони здоров'я в Україні / Слабкий Г.О., Скрип В.В., Рогач І.М., Качала Л.О., Погоріляк Р.Ю., Істомін С.В., Лисенко П.М. // Ресстр галузевих нововведень. Ресстр. № 338/2/15. Вип. 2, том 1. -2016

3. **Місце впровадження:** Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги м.Мукачеве»

4. **Строки впровадження:** з 2017 року.

5. **Ефективність впровадження:** розробка плану заходів з підготовки закладу охорони здоров'я до здійснення його автономізації.

6. **Зауваження, пропозиції:** відсутні

7. **Заключення:** рекомендується для використання в процесі підготовки закладів охорони здоров'я до автономізації.

Відповідальний за впровадження:

Заступник головного лікаря

Горват М.С.

« 4 » 05 2018 року



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** Механізм підготовки закладів охорони здоров'я до автономізації.

2. **Розробник:** Інститут стратегічних досліджень МОЗ України, Ужгородський національний університет

2. Джерело інформації:

Слабкий Г.О. Методичні підходи до автономізації закладів охорони здоров'я / Г.О.Слабкий, В.В.Скрип // Intermedical Journal. – 2015. – № IV (6). – С. 20-25.

Скрип В.В. Алгоритм підготовки закладів охорони здоров'я до зміни правового статусу на неприбуткові некомерційні підприємства / В.В. Скрип, Г.О. Слабкий, І.С. Миролюк // Intermedical Journal. – 2018. - № I (11). – С. 26-31.

Слабкий Г.О., Скрип В.В., Рогач І.М., Качала Л.О., Погоріляк Р.Ю., Істомін С.В., Лисенко П.М. Методичні підходи до проведення автономізації закладів охорони здоров'я в Україні. Реєстр. № 338/2/15

Методичні підходи до проведення автономізації закладів охорони здоров'я в Україні / Слабкий Г.О., Скрип В.В., Рогач І.М., Качала Л.О., Погоріляк Р.Ю., Істомін С.В., Лисенко П.М. // Реєстр галузевих нововведень. Реєстр. № 338/2/15. Вип. 2, том 1. -2016

3. **Місце впровадження:** Комунальне некомерційне підприємство "МІЖГІРСЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ МІЖГІРСЬКОЇ РАЙОННОЇ РАДИ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ"

4. **Строки впровадження:** з 2017 року.

5. **Ефективність впровадження:** розробка плану заходів з підготовки закладу охорони здоров'я до здійснення його автономізації.

6. **Зауваження, пропозиції:** відсутні

7. **Заключення:** рекомендується для використання в процесі підготовки закладів охорони здоров'я до автономізації.

Відповідальний за впровадження:

Головний лікар
«10» 05 2018 року



Гримут М.П.



ЗАТВЕРДЖУЮ
В.о. генерального директора
ОКРМО „Фтизіатрія”
Й.Ф.Сарваш
2018 р

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження: Механізм підготовки закладів охорони здоров'я до автономізації.

2. Розробник: Інститут стратегічних досліджень МОЗ України, Ужгородський національний університет

2. Джерело інформації:

Слабкий Г.О. Методичні підходи до автономізації закладів охорони здоров'я / Г.О.Слабкий, В.В.Скрип // Intermedical Journal. – 2015. – № IV (6). – С. 20–25.

Скрип В.В. Алгоритм підготовки закладів охорони здоров'я до зміни правового статусу на неприбуткові некомерційні підприємства / В.В. Скрип, Г.О. Слабкий, І.С. Миронюк // Intermedical Journal. – 2018. - № I (11). – С. 26-31.

Слабкий Г.О., Скрип В.В., Рогач І.М., Качала Л.О., Погоріляк Р.Ю., Істомін С.В., Лисенко П.М. Методичні підходи до проведення автономізації закладів охорони здоров'я в Україні. Реєстр. № 338/2/15

Методичні підходи до проведення автономізації закладів охорони здоров'я в Україні / Слабкий Г.О., Скрип В.В., Рогач І.М., Качала Л.О., Погоріляк Р.Ю., Істомін С.В., Лисенко П.М. // Реєстр галузевих нововведень. Реєстр. № 338/2/15. Вип. 2, том 1. -2016

3. Місце впровадження: Обласне клінічне територіальне медичне об'єднання „Фтизіатрія”, м.Ужгород, вул.Нахімова, 4

4. Строки впровадження: із 2017 року.

5. Ефективність впровадження: розробка плану заходів з підготовки закладу охорони здоров'я до здійснення його автономізації.

6. Зауваження, пропозиції: відсутні

7. Заключення: рекомендується для використання у процесі підготовки закладів охорони здоров'я до автономізації.

Відповідальний за впровадження:

Заступник генерального директора
« 10 » серпня 2018 року

Л.Ю.Марковій



«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Головний лікар
КП ВОНД «Соціотерапія»
П.М.Слободянюк
5 вересня 2018 р

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** Механізм підготовки закладів охорони здоров'я до автономізації.
2. **Розробник:** Інститут стратегічних досліджень МОЗ України, Ужгородський національний університет
2. **Джерело інформації:**
Слабкий Г.О. Методичні підходи до автономізації закладів охорони здоров'я / Г.О.Слабкий, В.В.Скрип // Intermedical Journal. – 2015. – № IV (6). – С. 20–25.
Скрип В.В.
Алгоритм підготовки закладів охорони здоров'я до зміни правового статусу на неприбуткові некомерційні підприємства / В.В. Скрип, Г.О. Слабкий, І.С. Миронюк // Intermedical Journal. – 2018. - № 1 (11). – С. 26–31.
Слабкий Г.О., Скрип В.В., Рогач І.М., Качала Л.О., Погоріляк Р.Ю., Істомін С.В., Лисенко П.М. Методичні підходи до проведення автономізації закладів охорони здоров'я в Україні. Реєстр. № 338/2/15
Методичні підходи до проведення автономізації закладів охорони здоров'я в Україні / Слабкий Г.О., Скрип В.В., Рогач І.М., Качала Л.О., Погоріляк Р.Ю., Істомін С.В., Лисенко П.М. // Реєстр галузевих нововведень. Реєстр. № 338/2/15. Вип. 2, том 1. -2016
3. **Місце впровадження:** КП «Вінницький обласний наркологічний диспансер «Соціотерапія», м. Вінниця, вул. Пирогова, 109-В.
4. **Строки впровадження:** з 2017 року.
5. **Ефективність впровадження:** розробка плану заходів з підготовки закладу охорони здоров'я до здійснення його автономізації.
6. **Зауваження, пропозиції:** відсутні
7. **Заключення:** рекомендується для використання у процесі підготовки закладів охорони здоров'я до автономізації.

Відповідальний за впровадження:

Заступник головного лікаря

Н.В.Щербак

« 5 » 06 2018 року



ЗАКАРПАТСЬКА ОБЛАСНА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ

ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

НАКАЗ

"15" 06 2016

м.Ужгород

№296-0

Про створення постійнодіючої комісії департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації з питань створення госпітальних округів

З метою належного виконання доручення голови обласної державної адміністрації від 13 червня 2016 року, на виконання рішення наради КМУ під головуванням Прем'єр-міністра України від 6 червня 2016 року з питань створення госпітальних округів, а також з метою забезпечення подальшого виконання постанови Кабінету Міністрів України від 25 листопада 2015 року № 1024 „Про затвердження нормативу забезпечення стаціонарними ліжками у розрахунку на 10 тисяч населення” та приведення лікувально-профілактичних закладів, що надають вторинну (спеціалізовану) допомогу, до вимог статті 35² Закону України від 07.07.11 № 3611-VI „Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги”,

НАКАЗУЮ:

1. Створити постійнодіючу робочу групу департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації по впровадженню державної політики з питань створення госпітальних округів та затвердити її склад (Додаток 1).
2. Начальникам відділів охорони здоров'я райдержадміністрацій, Ужгородської та Мукачівської міських рад, головним лікарям лікувально-профілактичних закладів області:
 - 2.1. До **21 червня 2016 року** надати секретарю робочої групи пропозиції щодо перспектив створення госпітальних округів, з урахуванням територіальної реформи, що ініційована до проведення в Україні.
 - 2.2. Забезпечити (у разі потреби), спільно з постійнодіючою робочою групою департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації, проведення спільних нарад з обговорення даного питання та подальшого незалежного аудиту ліжкового фонду лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я, що надають спеціалізовану та високоспеціалізовану медичну допомогу.

- 2.3. Сприяти (у разі потреби) проведенню позачергового аудиту у закладах охорони здоров'я області комісією Міністерства охорони здоров'я України.
- 2.4. Забезпечити дотримання законодавства під час проведення реформ у медичній галузі.
3. Голові постійнодіючої робочої групи департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації забезпечити, в установлені терміни, інформування облдержадміністрації, Міністерства охорони здоров'я України, Верховної Ради України та Кабінету Міністрів України про виконану роботу з питань створення госпітальних округів.
4. Контроль за виконанням наказу залишаю за собою.

Директор департаменту



В.П.Маркович

Додаток І
до наказу департаменту охорони здоров'я
від 15.06.2016 №**296-0**

**Склад постійнодіючої робочої групи департаменту охорони здоров'я
облдержадміністрації з питань створення госпітальних округів:**

Голова: Міцьо Т.В. – заступник директора департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації,

Співголови:

Гуштан І.І. – заступник директора департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації, начальник управління економічного планування, фінансово- бухгалтерського обліку та ресурсного забезпечення,

Біров Є.І. - заступник директора департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації,

заступники голови:

Чемет О.А. - начальник управління лікувально-профілактичної роботи департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації,

Кузьмик В.М. – заступник начальника управління лікувально-профілактичної роботи департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації,

секретар: Магарита Л.В. - головний лікар обласного медичного інформаційно-аналітичного центру,

члени комісії:

1. Яцина Ю.Ю. - к.мед.н., головний лікар Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. А.Новака (далі – ЗОКЛ ім. А.Новака),
2. Жупан Є.Є. – головний лікар ОДЛ м. Мукачево,
3. Соскида Р.-О.І. – головний лікар Закарпатського обласного клінічного кардіологічного диспансеру,
4. Скрип В.В. – генеральний директор ОКТМО Фтизіатрія,
5. Русин А.В. - головний лікар обласного клінічного онкологічного диспансеру,
6. Поляк М.А. – головний лікар обласної клінічної інфекційної лікарні,
7. Алмашій Т.Й. – головний лікар обласної психіатричної лікарні м. Берегово,
8. Химич В.Ю. – директор обласного клінічного центру нейрохірургії та неврології,
9. Стрижак Василь Васильович – заступник головного лікаря Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. А.Новака з лікувальної роботи, обласний позаштатний спеціаліст департаменту з питань стаціонарної допомоги,
10. Семеняк М.І. – заступник головного лікаря ОДЛ по медичній частині,

11. Радь М.В. – заступник головного лікаря ОДЛ з організаційно-методичної роботи, головний позаштатний педіатр департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації,
12. Котлярова І.В. – заступник головного лікаря з питань експертизи втрати працездатності Закарпатського обласного кардіологічного диспансеру, голова громадської ради при департаменті охорони здоров'я облдержадміністрації.
13. Начальники відділів охорони здоров'я райдержадміністрацій, Ужгородської та Мукачівської міських рад.



УКРАЇНА
ЗАКАРПАТСЬКА ОБЛАСНА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ
УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
НАКАЗ

16.07.2015

Ужгород

№359-0

**Про проведення аудиту роботи
 стаціонарних ліжок у
 лікувально-профілактичних
 закладах області**

На виконання рішення колегії управління охорони здоров'я від 03.07.2015 року «Про результати аудиту роботи протитуберкульозних стаціонарів області за 2014 рік» та з метою раціонального використання, оптимальної профілізації стаціонарних ліжок лікувально-профілактичних закладів області на період 2015-2017 роки

НАКАЗУЮ

1. Обласним спеціалістам, керівникам обласних лікувально-профілактичних закладів провести (з врахуванням дотримання протоколів надання медичної допомоги) аудит роботи стаціонарних ліжок по профілю (при наявності) у всіх лікувально-профілактичних закладах області. Аналітичну довідку, висновки та пропозиції по результатам аудиту подати в управління охорони здоров'я головним позаштатним спеціалістам (терапевту, хірургу, акушер –гінекологу, педіатру) по профілю відповідно до підпорядкованості, визначеної «Планом основних міроприємств управління охорони здоров'я на 2015-й рік» до 20 вересня 2015 року.
2. Головному терапевту Чемет О.А., головному хірургу Русин В.І., головному акушер-гінекологу Пацкань І.І., головному педіатру Радь М.В. провести узагальнення наданих матеріалів та подати на розгляд колегії управління до 20 жовтня 2015 року.
3. Контроль за виконанням даного рішення покласти на заступника начальника управління Біров Є.І.

Начальник,

В.В.Скрип