

**Воронцова Олена Віталіївна**  
студентка факультету  
соціально-психологічної освіти та управління

*Науковий керівник –  
завідувач кафедри управління  
та адміністрування ДДУВС,  
д. держ. упр., проф.,  
Засл. працівник освіти України  
Шевченко С. О.*

## **ВИКОНАННЯ ПРОГРАМ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я НА РІВНІ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

Концепція розвитку системи громадського здоров'я, схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 1002-р21, передбачає залучення працівників первинної медичної (медико-санітарної) допомоги (далі – ПМД) до виконання окремих завдань у сфері громадського здоров'я та розширення їхніх повноважень щодо надання послуг у сфері громадського здоров'я (від профілактичних до паліативних).

Систему надання первинної допомоги буде залучено до виконання програм громадського здоров'я, які можна умовно поділити на два блоки: перший – питання, що стосуються інфекційних хвороб, другий – неінфекційних захворювань [3].

Моделі організації ПМД розрізняються в різних країнах, що зумовлено історичним розвитком національних систем ОЗ в різних соціальних, економічних і культурних обставинах. Однак єдиним для більшості систем ПМД базовим елементом була і залишається загальна практика – сімейна медицина (ЗП-СМ), яка найбільше відповідає змісту і функціям ПМД.

Визнано, що в рамках ПМД саме ЗП-СМ може забезпечити доступні і прийнятні послуги для пацієнтів; справедливий розподіл ресурсів охорони здоров'я; інтегроване і координоване надання комплексних лікувальних, реабілітаційних, паліативних та профілактичних послуг; раціональне використання технологій і ресурсів наступних ланок охорони здоров'я; рентабельність ПМД. Окремі елементи ЗП-СМ у системному поєднанні можуть значно підвищити ефективність ПМД завдяки ефекту синергії. Тому при розробці моделі ПМД на локальному рівні та її адаптації до місцевих умов необхідно передбачити всі необхідні елементи, навіть якщо на цьому етапі відсутні можливості для їх реалізації. Створення умов і пошук ресурсів під конкретні завдання наявної моделі ПМД (з усіма необхідними елементами) є основою її подальшого розвитку. Щоб визначити складові елементи моделі ПМД на місцевому рівні, необхідно знати основні характеристики ЗП-СМ, що притаманні високоєфективним системам ОЗ.

Комплексність (comprehensive) послуг сімейного лікаря забезпечує

інтегровану допомогу, яка включає зміцнення здоров'я, профілактику захворювань, лікування, реабілітацію та підтримку. Комплексність ЗП-СМ також забезпечує оцінку не тільки фізичних, але й психологічних та соціальних аспектів стану пацієнта.

Безперервність і тривалість (longitudinal and continuity) медичної допомоги в ЗП-СМ вказують, що допомога орієнтована на пацієнта (пацієнт-орієнтованість) в контексті його життєвих обставин, а взаємодія лікаря і пацієнта не обмежується окремим епізодом захворювання. Сфера діяльності сімейного лікаря охоплює час від народження (а іноді й від допологового періоду) до смерті пацієнта. Тим самим забезпечується безперервність медичної допомоги протягом усього життя пацієнта.

Орієнтація на сім'ю підкреслює важливість впливу близького оточення пацієнта на його здоров'я. Сімейна медицина вирішує проблеми людей в контексті їхніх сімейних обставин, соціальної та культурної мережі, а також умов, у яких вони живуть і працюють. У своїй діяльності сімейний лікар враховує багато сімейних чинників, серед яких може бути форма сім'ї – повна сім'я, неповна сім'я, сім'я із трьох поколінь, однаки, що втратили свою половину. Одним із найважливіших факторів є також ставлення сім'ї до здоров'я, що впливає в тому числі на прогноз дотримання пацієнтом лікарських призначень (compliance – готовність пацієнта до співробітництва). Сім'я, що нормально функціонує, є найкращим джерелом підтримки і найкращою групою самопомоги у випадку хвороби когось із її членів.

Орієнтація на громаду передбачає участь сімейного лікаря у вирішенні питань громадського здоров'я спільно та із залученням інших агентів, секторів, груп самопомоги та громадських організацій [3].

При наданні традиційної амбулаторної допомоги надавач послуг (заклад в особі його медичних працівників) приймає на себе відповідальність за особу, що прийшла на консультацію. Однак залишаються пацієнти, які страждають від захворювання, але відкладають відвідування закладу ПМД. З різних причин такі пацієнти не мають доступу до медичної допомоги або, перебуваючи у групах ризику, не усвідомлюють цього та не звертаються до медичних закладів. Не беруться до уваги місцеві фактори, що сприяють погіршенню здоров'я, – соціальні, екологічні або пов'язані з умовами праці. Все це – втрачені можливості успішної охорони здоров'я.

Альтернативний підхід передбачає, що на кожному команді ПМД покладено чітко сформульовану відповідальність за певну громаду або групу населення. Найпростішим способом визначення такої відповідальності є виділення населення за територіальним принципом – класичний підхід у сільських районах. Однак попри простоту цього принципу, він має суттєві недоліки: не враховується наявність альтернативних надавачів послуг; адміністративна територія може не збігатися із соціологічною реальністю, особливо в міських районах, жителі яких відрізняються високою мобільністю і працюють зовсім не там, де живуть, що робить медичний центр поблизу дому незручним для відвідування; пацієнти

цінують можливість вибору і можуть виражати недоволеність прикріпленням до певного медичного закладу. Визначати групи населення для медичного обслуговування доцільніше на основі поєднання критеріїв територіальної близькості, принципу активної реєстрації (вибір лікаря і складання списків пацієнтів) та гарантій, що жоден з членів громади не залишиться поза увагою медичного закладу.

Встановлена і чітко сформульована всебічна відповідальність команди ПМД за стан здоров'я конкретної групи населення за наявності відповідних механізмів фінансової та адміністративної звітності приводить до зміни діяльності закладів ПМД. Центри (амбулаторії) ПМД розширюють спектр пропонуваної допомоги, розробляючи заходи й програми, спрямовані на підвищення результативності, якими в інших випадках вони могли б знехтувати. Виникає необхідність інвестицій у профілактичні й оздоровчі заходи, а також охоплення сфер, яким звичайно не приділяється увага, наприклад охорона здоров'я в школах і на виробництві. Це змушує центри (амбулаторії) ПМД підтримувати зв'язок з організаціями та приватними особами в місцевій громаді, які служать посередниками між лікарями й пацієнтами, або мобілізувати групи активістів, соціальних працівників, групи самодопомоги тощо.

ВООЗ визначає 4 основні напрями розвитку первинної допомоги [4]:

1. Сприяння досягненню рівності, солідарності та соціальної справедливості щодо здоров'я населення за рахунок забезпечення універсального доступу та соціального захисту здоров'я.
2. Забезпечення людино-орієнтованого підходу, що враховує потреби та очікування людей, з метою підвищення результативності та ефективності медичних послуг для населення.
3. Підвищення рівня здоров'я громад шляхом інтеграції ПМД і заходів громадського здоров'я.

4. Зміна принципів управління закладами ПМД шляхом відмови від командно-адміністративних методів управління та впровадження гармонізованого, репрезентативного, соціально інтегрованого, заснованого на переговорах методу управління.

У розробці сучасної моделі ПМД необхідно враховувати наведені тенденції як адаптацію найкращого світового досвіду до конкретних умов існування національної системи охорони здоров'я.

Порядок надання ПМД, що передбачає викладення наказу МОЗ України № 801 «Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи» [2] у новій редакції, визначає, що суб'єктом надання ПМД є заклад охорони здоров'я або фізична особа – підприємець, яка одержала відповідну ліцензію в установленому законом порядку [3].

Статтею 16 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» встановлено, що залежно від форми власності, заклади охорони здоров'я утворюються та функціонують як державні, комунальні,

приватні чи засновані на змішаній формі власності [1].

Сьогодні більшість закладів охорони здоров'я, які існують у формі бюджетних установ, не мають достатнього рівня самостійності при прийнятті рішень з питань поточного управління та діяльності закладу. Вони обмежені в можливості самостійного визначення цілей та пріоритетів для використання бюджетних ресурсів. Напрями використання бюджетних коштів жорстко регламентовано кошторисом. Навіть у разі екстреної необхідності заклади охорони здоров'я не можуть перерозподіляти кошти з однієї статті бюджету на іншу (наприклад, придбати додаткові ліки за рахунок економії на комунальних послугах). Це не стимулює керівників закладів охорони здоров'я до економії та оптимізації процесу надання медичної допомоги населенню.

При побудові мережі комунальних суб'єктів надання ПМД за організаційно-правовою формою доцільно створювати комунальні некомерційні підприємства. Це дозволить їм самостійно вирішувати всі питання організації власної діяльності, починаючи від визначення організаційної структури, штатів, потужності ліжкового фонду тощо.

1. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19 листопада 1992 р №2801-ХІІ // Відомості Верховної Ради. – 1993. – № 4. – Ст. 19.
2. Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи: наказу МОЗ України № 801. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z1167-16>.
3. Як організувати систему надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні. Операційне керівництво / Баценко Д., Брагінський П., Бучма М. та ін. Міністерство охорони здоров'я України, Проект USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії», ТОВ «Агентство «Україна» К., 2018. – 368 с.
4. The World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever

**Довгань Андрій Вікторович**

студент факультету  
соціально-психологічної освіти та управління

*Науковий керівник –*

*доцент кафедри*

*управління та адміністрування ДДУВС*

*к. держ. упр., доц. Сидоренко Н. С.*

## **РОЗВИТОК ІНСТИТУЦІЙНОГО УПРАВЛІННЯ ВОДНИМИ РЕСУРСАМИ ТА ВОДОКОРИСТУВАННЯМ В УКРАЇНІ**

Державні механізми управління водними ресурсами та водогосподарським комплексом в Україні здійснюються за басейновий принципом, тобто об'єкт управління водним фондом визначається