

Розробка рекомендацій  
з розвитку мережі  
медичних закладів  
в Острозькій міській ОТГ:  
кейс-метод

Вокс Україна

Дякуємо за допомогу у підготовці тексту молодшій аналітичині «Вокс Україна» Єлизаветі Доронцевій.

Дякуємо за співпрацю місцевій владі, медичній спільноті та мешканцям Острозької міської об'єднаної територіальної громади.

Публікація підготовлена в межах Ініціативи з розвитку аналітичних центрів в Україні, яку виконує Міжнародний фонд «Відродження» у партнерстві з Ініціативою відкритого суспільства для Європи (OSIFE) за фінансової підтримки Посольства Швеції в Україні.

Міжнародний фонд «Відродження» — одна з найбільших українських благодійних фундацій, що з 1990-го року допомагає розвивати в Україні відкрите суспільство на основі демократичних цінностей. За час своєї діяльності Фонд підтримав близько 20 тисяч проєктів на суму понад 200 мільйонів доларів США. Фонд заснований філантропом Джорджем Соросом і є частиною міжнародної мережі Фундацій відкритого суспільства (Open Society Foundations).

Автори:

Ксенія Алєканкіна, Катерина Балабанова, Віра Іванчук, Тетяна Тищук

2021 р.

# Абревіатури

НСЗУ — Національна служба здоров'я України

ПДФО — податок на доходи фізичних осіб

ЦПМСД — центр первинної медико-санітарної допомоги

ОТГ — об'єднана територіальна громада

АЕС — атомна електростанція

ФАП — фельдшерсько-акушерський пункт

ЛА ЗПСМ — лікарська амбулаторія загальної практики сімейної медицини

COVID-19 — коронавірусна хвороба 2019  
(англ. coronavirus disease 2019, абревіатура COVID-19  
затверджена як офіційна скорочена назва)

ШМД — швидка медична допомога (служба екстреної допомоги)

КТ — комп'ютерна томографія

SWOT-аналіз — аналіз сильних (strengths),  
слабких (weaknesses) сторін, можливостей (opportunities)  
та загроз (threats) для певного проєкту чи явища

ПМГ — Програма медичних гарантій

ПМД — первинна медична допомога

ФОП — фізична особа - підприємець

ДФРР — Державний фонд регіонального розвитку

ЛОР — оториноларинголог

# Вступ

Реформа децентралізації, що [почалася у 2014 році](#), принесла на місця значно більше повноважень та ресурсів. Однак і більше відповідальності. У [звіті](#) «Децентралізація та реформа місцевого самоврядування: результати п'ятої хвилі соціологічного дослідження серед населення України» (2020) зазначено, що 46% опитаних вважають, що саме медична сфера має бути серед пріоритетів місцевої влади. Разом із тим, 37% опитаних бачать погіршення ситуації у сфері охорони здоров'я після реформи децентралізації на противагу 13%, які бачать покращення.

Наразі саме громади відповідають за надання мешканцям послуг на первинному рівні медичної допомоги, вторинна медична допомога надається на рівні медичних округів і опорних лікарень, проте за наявності достатнього попиту для контракування з НСЗУ чи коштів у громаді, місцева влада може фінансувати медичні заклади вторинного рівня. Заклади третинного рівня медичної допомоги керуються на обласному рівні та фінансуються з обласного бюджету.

В рамках проєкту «Розробка рекомендацій з розвитку мережі медичних закладів в Острозькій міській ОТГ: кейс-метод» ми пропонуємо територіальним громадам інструменти та підходи для аналізу особливостей надання медичних послуг у громаді і кроки для збільшення доступності медичних послуг на прикладі Острозької міської територіальної громади.

# Пропонований підхід до оцінки стану медичної системи громади та розробки рекомендацій для її розвитку

Збільшені повноваження місцевої влади ставлять перед нею складні завдання, які потребують випрацьованих підходів (алгоритмів дій) для їх розв'язання. У цьому аналітичному матеріалі ми пропонуємо набір кроків, який дозволить проаналізувати стан медичної системи громади та розробити зважений, побудований на даних, план її вдосконалення:

1. Вивчення особливостей громади;
2. Аналіз потреб у медичних послугах у громаді;
3. Аналіз пропозиції медичних послуг у громаді;
4. Інтерв'ю з ключовими заінтересованими сторонами у громаді для виокремлення «точок болю» і «точок росту»;
5. Стратегічна сесія з представниками заінтересованих сторін у громаді для спільного визначення найчутливіших проблем медичної системи та шляхів їх розв'язання;
6. Аналіз сильних та слабких сторін, викликів та можливостей для розвитку системи медичних послуг у громаді (SWOT-аналіз);
7. Розробка рекомендацій для покращення якості надання медичної допомоги мешканцям громади.

В цьому дослідженні ми використовуємо запропонований підхід до Острозької міської територіальної громади.

# Методологія

Під час аналітичної роботи ми використали чотири джерела інформації:

- дані про особливості Острозької міської територіальної громади та її медичної системи з відкритих джерел;
- дані, отримані у відповідь на запити про надання публічної інформації до Національної служби здоров'я України щодо пакетів послуг Програми медичних гарантій, на які законтрактовані медичні заклади Острозької ОТГ, та до Рівненської обласної державної адміністрації (Департамент цивільного захисту та охорони здоров'я населення) щодо причин захворюваності та смертності мешканців Острозької ОТГ та Рівненської області;
- серія глибинних напівструктурованих інтерв'ю. Для формування вибірки респондентів застосували метод зручної вибірки (convenience sampling). Ми обрали 13 респондентів, які репрезентували представників місцевої влади, медичної спільноти різних рівнів — від середнього медичного персоналу (медсестри, фельдшер(к)и) до керівників медичних закладів, — пацієнтів з міської та сільської місцевостей;
- пропозиції щодо проблем та шляхів розвитку медичної системи громади, отримані під час стратегічної сесії в Острозі (12 учасників — представників заінтересованих сторін: міська влада, лікарська спільнота, пацієнтська спільнота).

Інтерв'ю проводилися через Zoom, Viber або телефоном. З метою подальшого транскрибування розмов ми робили аудіо- чи відеозапис інтерв'ю. Перед інтерв'ю ми отримали згоду респондентів на запис розмови.

Тексти інтерв'ю ми проаналізували за допомогою методу тематичного аналізу (кодування). Процес кодування інтерв'ю складався з таких кроків:

1. Складання переліку всіх відповідей респондентів;
2. Виокремлення головних думок у відповідях;
3. Створення тегів, що відображають ключові думки;
4. Розділення тегів на 4 групи: негативні тенденції у медичній системі ОТГ, позитивні тенденції, нейтральні тенденції (або особливості медичної системи громади), бажані зміни.

Питання до інтерв'ю наведені у Додатку 1.

Кодові позначення респондентів наведені у Додатку 2.

Результати кодування наведені Додатку 3.

Вибрані цитати наведені у Додатку 4.

# Особливості громади

Острозька міська об'єднана територіальна громада в існуючих межах була створена [розпорядженням](#) Кабінету Міністрів України у 2020 році. Вона об'єднала [місто обласного значення](#) Острог, де проживає близько 15 тисяч осіб, та 55 сіл. Загальна кількість мешканців громади станом на 2019 рік складала понад [43,5 тисячі осіб](#). Площа громади — 704,7 кв. км. Вона знаходиться на межі Рівненської, Хмельницької та Тернопільської областей (рис. 1).

Після об'єднання громада зіштовхнулася з викликами, які пов'язані з організацією мережі закладів охорони здоров'я.

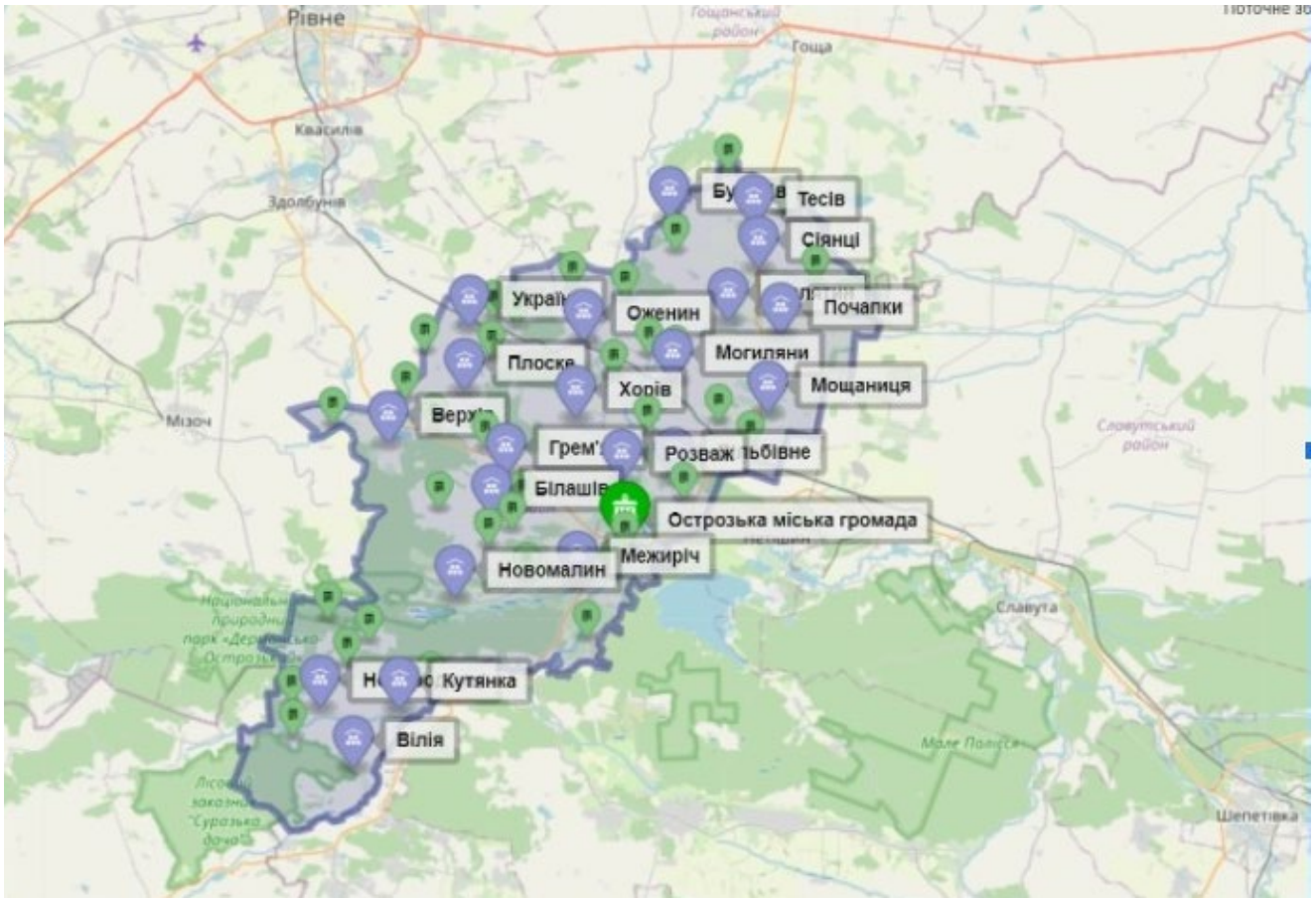
Дохід місцевого бюджету на 2021 рік [був запланований](#) на рівні 270,3 млн грн. Майже половина надходжень забезпечується за рахунок податків, а саме 110,1 млн грн, із яких 69,6 млн грн — за рахунок ПДФО. Решта доходів місцевого бюджету — це дотації та субвенції з державного бюджету.

Найбільша стаття видатків — освіта: на неї виділено майже 200 млн грн (74% від загального плану надходжень). Водночас на охорону здоров'я з місцевого бюджету виділено лише 2,7 млн грн (1%), і це одна з найменших статей видатків. Крім того, медичні заклади громади отримують фінансування від НСЗУ. Станом на 31 березня 2021 року медичними закладами Острозької ОТГ (включаючи приватну клініку та психіатричну лікарню обласного під-

порядкування) з НСЗУ було підписано 11 пакетів послуг та 3 пакети перехідного фінансування, а загальне планове фінансування на 2021 рік складало 123,8 млн грн.

Станом на листопад 2021 медзаклади громади мали вже 17 підписаних пакетів та 3 пакети перехідного фінансування, однак планова загальна сума фінансування від НСЗУ зменшилася до 90,7 млн (Додаток 5). Медичні заклади з громади додатково отримали пакети на два види обстежень, паліативну допомогу, ведення вагітності, вакцинацію від ковіду; замість вторинної допомоги медичні заклади надаватимуть амбулаторну, а також не надаватимуть стаціонарну психіатричну допомогу.

Рисунок 1. Територіальні межі Острозької міської об'єднаної територіальної громади



Джерело: <https://gromada.info/gromada/ostrozka/>

Населення Острозької ОТГ є різноманітним: це містяни, зайняті переважно у бюджетній сфері, сфері послуг та на підприємствах легкої промисловості, студентство та академічне середовище, яке формується навколо Острозької академії, мешканці сіл, які зайняті переважно в аграрній сфері. Хоча тенденції старіння населення не оминули і цю громаду, її особливістю полягає в тому, що щороку сюди приїжджає навчатися молодь з усієї країни.

У 2020 році на денній формі навчання в Острозькій академії [навчалися](#) понад 2,2 тисячі студентів. Водночас багато жителів громади їздять на роботу до обласного центру — Рівного, яке знаходиться у 50 кілометрах від Острога,

та до Нетішина (Хмельницька область), — 10 кілометрів до Острога, де знаходиться атомна електростанція. Це означає, що частина мешканців громади може отримувати медичні послуги поза територією громади.

Острозька міська територіальна громада розташована у 30-кілометровій зоні Хмельницької АЕС. Місто Острог знаходиться біля Нетішинського водосховища, яке використовується для охолодження реакторів АЕС. У випадку аварій та викидів небезпечних речовин це може вплинути на стан здоров'я населення та попит на медичні послуги, зокрема на потребу у скрінингу та лікуванні онкологічних захворювань.



Місцевий пологовий будинок обслуговує недостатню кількість пацієнтів, щоб забезпечити достатнє фінансування таких послуг за рахунок пакету НСЗУ. За період з квітня 2020 по квітень 2021 НСЗУ оплатила там 150 пологів (Додаток 5) (фактична кількість пологів може бути більшою, але НСЗУ не фіксує випадки, звіти про які подані з помилками), натомість, за словами респондентів, для його утримання потрібно приймати близько 600 пологів на рік.

Через погану якість доріг та відсутність регулярного транспортного сполучення жителі сіл рідко бачать свого сімейного лікаря, тож місцева влада вирішила зберегти широку мережу первинної медичної допомоги у селах — у громаді налічується понад 30 ФАПів (Додаток 6). Наразі їхнє утримання лягає на плечі сімейних лікарів, які працюють у комунальних закладах охорони здоров'я Острозької ОТГ

(сімейні лікарі, які працюють у приватних клініках, не фінансують утримання ФАПів). Це означає зменшення доходів і зниження привабливості цієї роботи для сімейних лікарів.

Протягом 2020 - початку 2021 років громада отримала досвід роботи існуючої мережі медичних закладів у кризових умовах, пов'язаних із пандемією COVID-19, проте з квітня 2021 року громада не має пакету мобільної допомоги при COVID-19. З появою вакцин проти коронавірусу і комунальний, і приватний медичні заклади первинного рівня мають пакет НСЗУ на проведення щеплення від коронавірусної хвороби.

Наразі Острозька міська територіальна громада потребує перегляду принципів організації медичної мережі з метою забезпечення якості та доступності медичних послуг, а також ефективного використання коштів.

# Гендерно-вікова структура населення Острозької міської ОТГ та Рівненської області

Згідно з [«Гендерним звітом Рівненської області»<sup>1</sup>](#), станом на 1 січня 2018 року в Острозькому районі (який повністю увійшов до новоствореної територіальної громади) налічувалося 13498 чоловіків та 15003 жінки, у місті Острозі додатково було зареєстровано 6646 чоловіків та 8488 жінок.

Таким чином, співвідношення чоловіків до жінок становило 1:1,16.

У Рівненській області у вікових групах від 0 до 36 років чоловіків більше, ніж жінок, після 36 років перевага змінюється на користь жінок. У віці 66 років жінок уже вдвічі більше, ніж чоловіків, і далі цей розрив лише зростає.

У 2015 році середній вік жінок був 46,1, у 2017 — вже 46,7, схожий тренд спостерігається і у чоловіків (40 років — у 2015 та 40,7 — у 2017). Середня очікувана тривалість життя станом на 2017 рік становила 68,5 років у чоловіків та 78,9 років у жінок (в цілому для України — 67,6 та 77,1 відповідно).

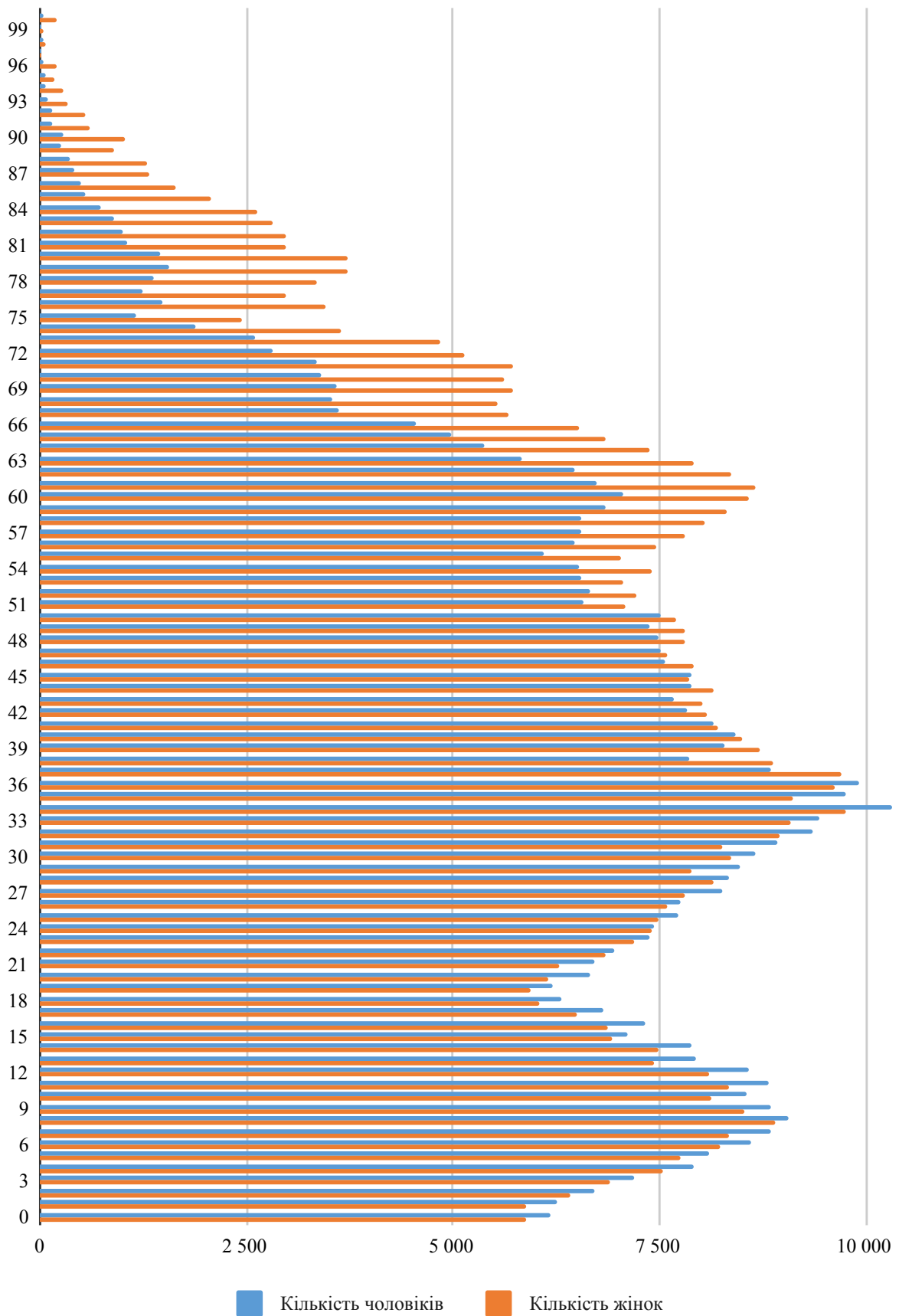
Розуміння гендерно-вікової структури населення області та громади необхідне для розрахунку потреби у лікарях, які спеціалізуються на жіночих та чоловічих хворобах та на хворобах осіб похилого віку (геронтологія).

Станом на [2019 рік](#) у громаді налічувалося понад 8,3 тисячі дітей дошкільного та шкільного віку — це 19% від населення громади (загалом в Україні 18% дітей віком 0-17 років).

Оскільки в Україні не розвинений збір статистики на рівні ОТГ, для подальшого аналізу ми будемо використовувати характеристики населення Рівненської області.

<sup>1</sup> розроблений Офісом Віце-прем'єр-міністра за підтримки проєкту ООН Жінки «Гендерна рівність у центрі реформ, миру та безпеки».

Рисунок 2. Гендерно-вікова структура населення Рівненської області станом на 1 січня 2021



Джерело: Головне управління статистики у Львівській області

# Аналіз потреб у медичних послугах у громаді

У відповідь на наш запит Департамент охорони здоров'я Рівненської обласної держадміністрації повідомив, що у порівнянні з Рівненською областю в цілому Острозька ОТГ має гірші показники захворюваності та смертності (Додаток 9). Як і в Україні загалом, у Рівненській області та Острозькій міській об'єднаній територіальній громаді у період 2018-2020 рр. головною причиною смерті мешканців були хвороби системи кровообігу. На другому місці серед причин смерті — новоутворення. На третьому — травми та отруєння.

За цей період Острозька ОТГ має гірші показники захворюваності за такими причинами: хвороби ока та додаткового апарату, хвороби шкіри та підшкірної клітковини, хвороби сечостатевої системи та системи кровообігу, туберкульоз. У певні роки ОТГ також мала гірші показники захворюваності на хвороби ендокринної та нервової системи, органів дихання та травлення, крові та органів кровотворення.

Частіше, ніж в середньому по області, в Острозькій ОТГ фіксують такі причи-

ни смертності: інфекційні та паразитарні хвороби, хвороби системи кровообігу, кістково-м'язової системи та сполучної тканини, травми і отруєння, вроджені аномалії (вади розвитку).

У 2021 році третє місце у Рівненській області, як і в Україні в цілому, посіли смерті, викликані COVID-19. Ми не маємо даних за 2021 рік для Острозької територіальної громади, але можна припустити, що в ОТГ також значною причиною смертності стало захворювання на COVID-19.

Таблиця 1. Причини смерті у Рівненській області, січень - липень 2021

| Причини смерті  | Осіб | У % до загальної кількості смертей за період |
|---|------|--|
| Усього померлих   | 9468 | 100  |
| Хвороби системи кровообігу                              | 6509 | 68,7   |
| Новоутворення   | 1022 | 10,8   |
| COVID-19  | 695  | 7,3  |
| Зовнішні причини смерті (ДТП, утоплення, отруєння тощо) | 394  | 4,2  |
| Хвороби органів травлення                               | 303  | 3,2  |
| Хвороби органів дихання                                 | 192  | 2  |
| Інші причини  | 353  | 3,7  |

[Джерело: Головне управління статистики у Рівненській області](#)

За даними Рівненського управління статистики в області поступово зменшується кількість пологів. Якщо у 2017 році у Рівненській області народилася 14371 дитина, то у 2020 — 12164. Це може бути пов'язане зі старінням населення обговореним вище та з трендом на скорочення народжуваності, який триває з 2013 року (рис. 3). Ця тенденція вже відобразилася на пологовому будинку у Острозі, у [2008](#) році там народилося 376 живих дітей, у 2009 році — 395, а у [2019](#) — пологовий будинок прийняв лише 210 пологів. Вірогідно, що такий тренд буде спостерігатися і далі, що означатиме природне зниження попиту на послуги пологового будинку.

[Станом на жовтень 2021 року](#) на обліку в закладах охорони здоров'я у Рівненській області перебувало 2000 ВІЛ-інфікованих осіб та 601 особа хвора на СНІД. За 2020 рік у області [було зафіксовано](#) 130 нових випадків ВІЛ-інфекції та 46 випадків СНІД. Це значно краще, ніж було у 2017 році, коли зафіксували 211 і 84 нових випадки відповідно. Однак важливо переконатися, що зменшення випадків пов'язано зі зменшенням швидкості поширення вірусу, а не зі зменшенням кількості тестувань. Також важливо пам'ятати, що хворі на ВІЛ та СНІД потребують медичного супроводу протягом усього життя.

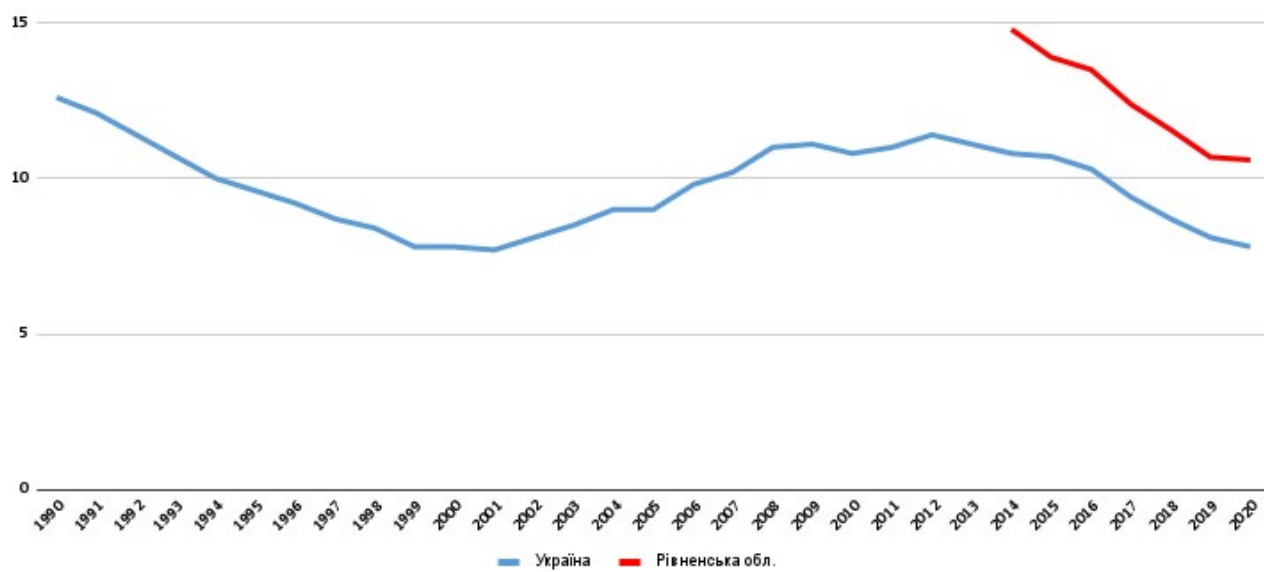
Проблемою, що знаходиться на межі правоохоронної, медичної та психологічної сфери, є домашнє насилля. У 2019-2020 рр. у Рівненській області щомісячна кількість звернень з цього приводу [була](#) від 620 до 1087. Пандемія [поглибила](#) цю проблему. Психіатрична лікарня, що знаходиться у місті Острог, може стати ефективним інструментом для надання психологічної підтримки й допомоги мешканцям громади, які потребують таких послуг.

Отже, окрім профілактики захворювань, що займають перші місця за причинами захворюваності та смертності

в усій Україні, а саме серцево-судинних хвороб, новоутворень та COVID-19, в Острозькій ОТГ додаткової уваги потребує попередження та лікування хвороб очей, шкіри, сечостатевої та кістково-м'язової системи.

Важливим заходом зниження захворюваності та смертності може стати програма профілактики, спрямована на правильне поводження з отруйними речовинами та небезпечними предметами, що дозволить зменшити кількість смертей, пов'язаних із зовнішніми причинами.

Рисунок. 3. Кількість живонароджених на 1000 населення



[Джерело: дані Держстату](#)

# Аналіз пропозиції медичних послуг у громаді

На території громади працюють медичні заклади всіх рівнів медичної допомоги:

- первинного: комунальний ЦПМД, який включає 7 амбулаторій — 2 в Острозі та 5 в інших населених пунктах, а також 33 фельдшерсько-акушерські пункти, та приватна клініка;
- вторинного: багатопрофільна лікарня з пологовим відділенням;
- третинного: психіатрична лікарня обласного підпорядкування.

В Острозькій ОТГ також діє станція швидкої допомоги, районна стоматологічна клініка (яка є частиною багатопрофільної лікарні) і кілька приватних стоматологічних кабінетів.

## Первинний рівень надання медичної допомоги (сімейна медицина)

Реформа первинної ланки — важливий фокус медичної реформи в Україні. За [інформацією](#) НСЗУ у світі первинна ланка медичної допомоги отримує близько 80% звернень від пацієнтів. Найважливіша функція першого рівня медичної допомоги — можливість забезпечити профілактику хвороб, яка обходиться значно дешевше за їх лікування.

Острозька міська територіальна громада — одна з небагатьох в Україні, яка після реформи децентралізації зберегла існуючу розгалужену медичну мережу первинного рівня. Це показало свою ефективність у час пандемії, коли амбулаторії та лікарня вторинного рівня були завантажені хворими на COVID-19, а також в умовах транспортних обмежень. У «спокійні часи» ФАПи забезпечують доступ до медичних послуг маломобільним групам населення та дещо розвантажують сімейних лікарів, однак вони потребують значного фінансування, що лягає тягарем на сімейних лікарів, які отримують гроші за рахунок декларацій, укладених з пацієнтами.

Станом на 31 березня 2021 року «Острозький центр первинної медичної допомоги», який об'єднує 7 амбулаторій та 33 фельдшерсько-акушерські пункти, мав договір на надання лише одного пакету послуг за Програмою медичних гарантій — «Первинна медична допомога». За цим пакетом медичний заклад мав отримати 22,3 млн грн за рік. У 2020 році медзаклад мав ще один підписаний пакет «Медична допомога, яка надається мобільними бригадами, що створені для реагування на гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2», однак він не був продовжений на 2021 рік (Додаток 5).

За нашими розрахунками, якщо первинна ланка медичної допомоги в Острозькій ОТГ станом на 31.03.2021 мала отримати від НСЗУ 22,3 млн грн і там працює близько 60 лікарів та фельдшерів та приблизно стільки ж медсестер (Додаток 6), то після вирахування податків на місяць в середньому лишається 10 тисяч гривень на особу на оплату праці. З урахуванням допоміжних спеціалістів — молодшого медичного персоналу, фінансового відділу — розмір оплати праці буде ще меншим (схожий розмір оплати праці і на вторинній ланці — Додаток 10). В цьому розрахунку ми не враховуємо вартість утримання приміщень, комунальних платежів та купівлі обладнання. Отже, можна зробити висновок, що наявної кількості декларацій недостатньо для фінансування утримання широкої мережі ФАПів.

У Центрі працює 19 сімейних лікарів та 5 педіатрів (Додаток 6)<sup>2</sup>. За нормативами НСЗУ оптимальна кількість декларацій для сімейного лікаря — 1800, а для педіатра — 900. Таким чином, ця кількість лікарів розрахунково може забезпечити обслуговування первинного рівня для 38,7 тисяч мешканців Острозької ОТГ (89% її мешканців — Додаток 8). Фактично вони мають 31461 підписану декларацію (частково це пояснюється тим, що кілька лікарів наразі перебувають у декретній відпустці чи відпустці по догляду за дитиною). Ще близько 2,7 тисячі мешканців ОТГ підписали декларації з приватною клінікою. Зважаючи на загальну кількість осіб, зареєстрованих

в ОТГ, можна зробити висновок, що понад 9 тисяч осіб підписали декларації з лікарями в інших громадах або досі не обрали собі лікаря. Якби кількість підписаних декларацій виросла до нормативного значення, це забезпечило б надходження додатково понад 3 млн грн на рік з урахуванням поточних тарифів НСЗУ.

«Острозький центр первинної медичної допомоги» укомплектований 6 автомобілями, які використовуються для здійснення візитів до пацієнтів, транспортування пацієнтів у випадку неможливості зробити це силами служби екстреної допомоги та для перевезення вакцин.

Первинний рівень медичної допомоги в Острозькій ОТГ також представлений приватною клінікою — товариством з обмеженою відповідальністю «Вагаском». У ній станом на листопад 2021 року працювало 3 лікарів: терапевт-кардіолог та 2 педіатри, які разом мали майже 2,7 тисяч декларацій. Фінансування приватної клініки за пакетом НСЗУ «Первинна медична допомога» за договором від 31 березня 2021 мало скласти 1,7 млн грн.

З початком вакцинації від коронавірусу і «Острозький центр первинної медичної допомоги», і ТОВ «Вагаском» підписали з НСЗУ договори за пакетом «Вакцинація від гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2», очікуване фінансування за пакетом [5,6 млн грн](#) та [170 тис. грн](#) відповідно.

<sup>2</sup> Загалом у лікарні налічується 169.5 ставок, працює 155 фізичних осіб (інформація з інтерв'ю).



## Вторинний (спеціалізований) рівень надання медичної допомоги

На території Острозької міської об'єднаної територіальної громади працює комунальне некомерційне підприємство «Острозька багатопрофільна лікарня». Станом на 31 березня 2021 року медичний заклад мав сім підписаних з НСЗУ пакетів послуг з Програми медичних гарантій (Додаток 5). Це:

- «Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах»;
- «Стационарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій»;
- «Медична допомога при пологах»;
- «Амбулаторна вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медична допомога дорослим та дітям, включаючи медичну реабілітацію та стоматологічну допомогу»;
- «Діагностика, лікування та супровід осіб із ВІЛ»;
- «Стационарна паліативна медична допомога дорослим та дітям»;
- «Стационарна допомога пацієнтам з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2» (надавалася протягом квітня — травня 2021 р.);
- та додаткове «Перехідне фінансове забезпечення комплексного надання медичних послуг закладами охорони здоров'я, умови яких застосовуються з 01.09.2020».

За цими пакетами пакетами багатопрофільна лікарня мала отримати від НСЗУ 59 млн грн. Пізніше перелік пакетів був розширений, до нього додалися пакети «Гістероскопія», «Цитоскопія», «Езофагогастродуоденоскопія», «Колоноскопія», «Ведення вагітності в амбулаторних умовах», «Мобільна паліативна медична допомога дорослим і дітям» — разом [13 пакетів](#). Загалом за 9 місяців 2021 року лікарня [отримала](#) 43,4 млн грн, з них 38 млн грн (88%) надійшли за Програмою медичних гарантій.

У 2020 році додатково до вищезазначених пакетів послуг медичний заклад мав підписаний контракт на надання послуг за пакетом «Медична допомога, яка надається мобільними бригадами, що створені для реагування на гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2», однак у 2021 році цей контракт йому не продовжили. Під час пандемії коронавірусу для потреб реанімації в лікарні була побудована киснева станція.

У лікарні станом на серпень 2021 працювали 55 лікарів 31 лікарської спеціальності (Додаток 7)<sup>3</sup> та понад [120 осіб](#) середнього медичного персоналу. Проте не всі з них були залучені на повну ставку.

---

3 Загалом в лікарні [налічується](#) 285 працівників

Влітку 2021 року вакантними лишалися посади акушера-гінеколога, терапевта, дитячого офтальмолога.

Пологовий будинок, який є частиною багатoproфільної лікарні, був відкритий у 2008 році. Він вважається проблемним, адже має велику будівлю, яка не завантажена відповідною кількістю пологів. За даними НСЗУ (Додаток 5) за період з квітня 2020 по березень 2021 там було прийнято 150 пологів. Цього недостатньо, щоб утримувати заклад та платити зарплати його співробітникам, отже відділення є дотаційним для лікарні. За словами лікарів, пологовий будинок приймає приблизно половину пологів з усіх, які відбуваються у мешканок громади. Ще половину приймають інші пологіві. Одна з причин у тому, що медзаклад в Острозі не спеціалізується на складних пологах, тож якщо є будь-які ризики, породіллю направляють народжувати до Рівного. Варто зазначити, що НСЗУ не фіксує випадки, подані у звіті з помилками, отже фактично кількість прийнятих пологів могла бути більшою<sup>4</sup>.

Багатoproфільна лікарня приєднана до системи [e-Liky](#), яка дозволяє контролювати наявність лікарських засобів онлайн, та користується медично-інформаційною системою «MEDICS» для організації електронного запису пацієнтів на прийом.

## Третинний (високоспеціалізований) рівень надання медичної допомоги

В Острозі знаходиться один із двох закладів психіатричної спеціалізації у області — Комунальне підприємство «Острозька обласна психіатрична лікарня».

Станом на 31 березня 2021 року лікарня мала два підписані пакети послуг з НСЗУ:

- «Психіатрична допомога дорослим та дітям»;
- «Лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії»,
- а також два пакети перехідного фінансування: «Перехідне фінансове забезпечення комплексного надання медичних послуг закладами охорони здоров'я» та «Перехідне фінансове забезпечення комплексного надання медичних послуг закладами охорони здоров'я, умови яких застосовуються з 01.09.2020». Загальна сума договору за цими пакетами становила 35 млн грн.

3 квітня 2021 року у лікарні залишився один пакет послуг — «Стаціонарна психіатрична допомога», за яким за планом лікарня отримує вдвічі менше — 18,8 млн грн.

---

<sup>4</sup> [Наприклад](#), пологовий будинок у Рівному у квітні 2020 року прозвітував НСЗУ про 19 пологів, тоді як прийняв 191.

Загалом у лікарні працюють понад [300 співробітників](#), близько 15 з них — лікарі. Статус забезпечення медичного закладу ліками можна знайти на сайті [e-Liky](#).

На відміну від комунальних закладів первинного та вторинного рівня, кошти на утримання яких ідуть з місцевого бюджету Острозької ОТГ, утримання психіатричної лікарні покладене на обласний бюджет, однак обласна влада [не проти](#) перекласти частину видатків на ОТГ, де знаходиться лікарня.

Наявність спеціалістів у сфері психіатрії та психологічної допомоги може стати гарним підґрунтям для місцевої влади розвивати програми з психологічної підтримки мешканців громади, які цього потребують (наприклад, у напрямках післяпологової депресії, домашнього насилля тощо).

## Екстрена медична допомога

В ОТГ діє Острозька підстанція екстреної (швидкої) медичної допомоги, яка є підрозділом КП «Обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» Рівненської обласної ради. У штаті підстанції налічується 34 людини (4 лікарі, 15 фельдшерів, 13 водіїв, 2 молодші санітарки).

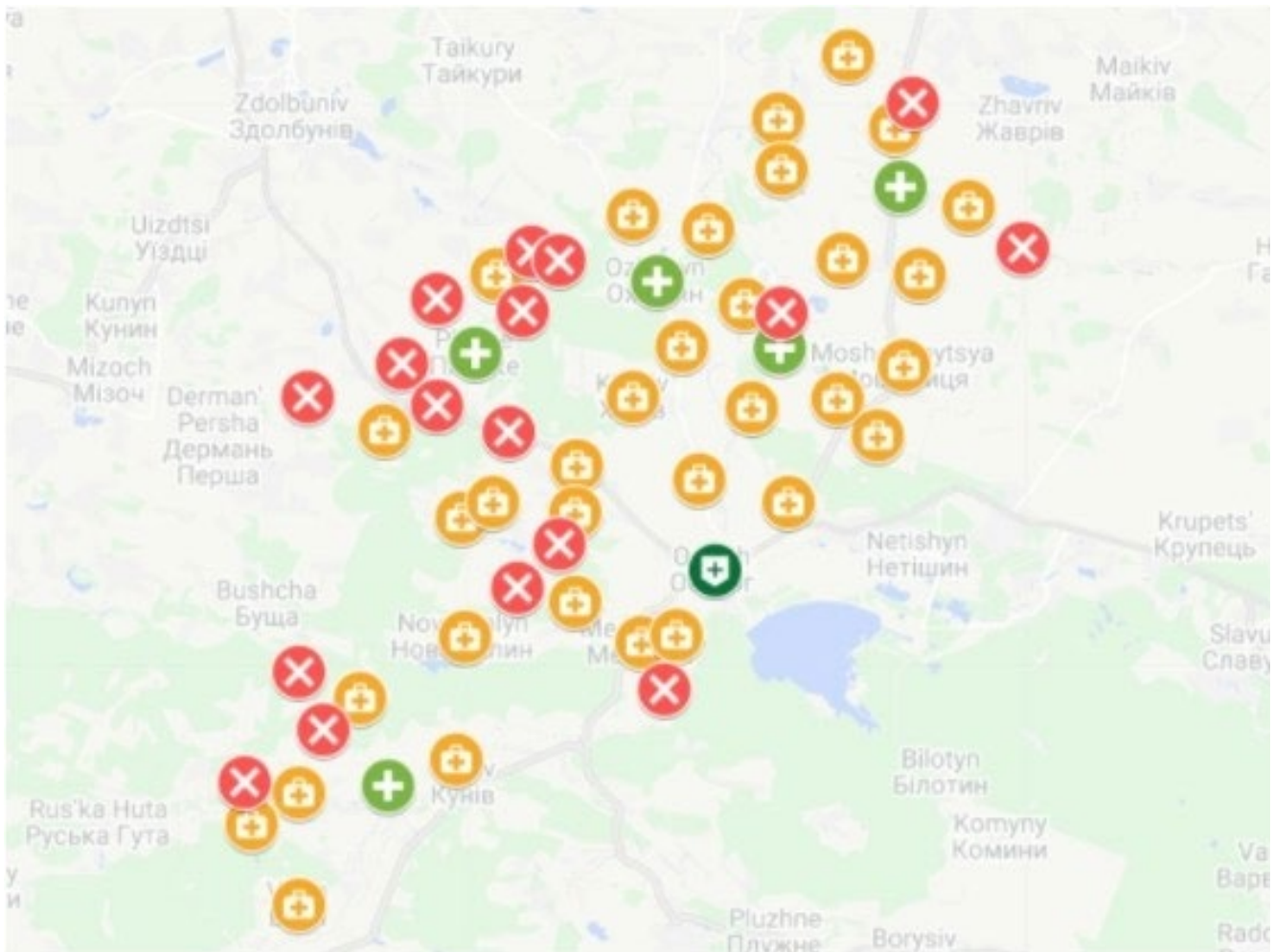
Цілодобово працює 3 виїзних бригади: одна — лікарська і дві — фельдшерські. Серед автомобілів є один найвищого класу «С» з реанімаційним обладнанням. Підстанція фінансується з грошей НСЗУ (фінансування йде через обласний центр). У 2021 році відкрився центр телемедицини — консультативний центр з лікарем-кардіологом, куди фельдшери та лікарі швидкої можуть передати електрокардіограму для віддаленої оцінки стану пацієнта.

Через те, що більшість жителів громади проживають у селах, далеко від лікарів і без зручного транспортного сполучення, вони часто використовують швидкі як спосіб отримання медичної допомоги у [неекстрених станах](#) (це підвищення артеріального тиску, підозра на пневмонію тощо). Оскільки у громаді немає окремої служби невідкладної допомоги, то швидка, згідно з [Постановою КМУ №1271](#), виконує і неекстрені виклики. Також інколи, зважаючи на нові правила, за якими швидка не завжди приїжджає на неекстрені чи непрофільні виклики (в таких випадках пацієнт може отримати консультацію, зателефонувавши у швидку), пацієнти почали надавати диспетчеру неправдиву інформацію про свій стан (чи стан людини, для якої приїжджає швидка), щоб все ж гарантувати її приїзд.

Острозька підстанція екстреної (швидкої) медичної допомоги наразі орендує частину будівлі головного корпусу санітарно-епідеміологічної станції Острозького міжрайонного відділу Державної установи «Рівненський обласний лабораторний центр Міністерства охорони здоров'я України», адже приміщення, віддане у користування підстанції, непридатне для використання та потребує ремонту. Оскільки приміщення не використовується, Острозька ОТГ [ініціювала](#) його передачу у власність громади для подальшого використання громадою з більшим зиском (наприклад, його можна віддати на приватизацію чи здати у оренду).

Щоб оцінити географічну доступність медичних послуг, проаналізуємо дані НЗСУ про розташування медичних закладів на території Острозької міської територіальної громади. Як видно із рис. 4, заклади первинної медико-санітарної допомоги розташовані на території громади досить рівномірно. Однак профільні лікарі та педіатри наявні тільки в Острозі та один педіатр є в Онежинській амбулаторії за 15 км від Острога.

Рисунок 4. Мапа розташування медичних закладів на території Острозької міської ОТГ



[Інтерактивна мапа](#)

Примітка: темно-зеленим кольором позначений Острог, де знаходиться дві амбулаторії, приватна клініка первинного рівня, багатопрофільна лікарня, психіатрична лікарня та підрозділ екстреної допомоги, світло-зеленим кольором позначені населені пункти з амбулаторіями (та, відповідно, сімейним лікарем), жовтим кольором позначені населені пункти, де працюють ФАПі (фельдшери), червоним кольором позначені населені пункти, де немає медичних закладів.

Оскільки громада межує з Рівненською ОТГ, то пацієнти часто користуються медичними можливостями обласного центру. З одного боку, це зменшує можливості ОТГ отримати достатнє фінансування від НЗСУ за пакетами, де має значення кількість пацієнтів чи наданих послуг, з іншого боку, це дозволяє не розбудовувати у себе дублюючі медичні потужності, а користуватися медичними потужностями обласного центру.

# Інтерв'ю з ключовими заінтересованими сторонами у громаді

В рамках аналізу медичної системи Острозької міської територіальної громади ми провели інтерв'ю з ключовими стейкхолдерами на місцевому рівні: пацієнтами медичних закладів, представниками медичної спільноти та місцевої влади.

В результаті нам вдалося виокремити чотири блоки тез, які дозволяють зрозуміти, які характеристики притаманні медичній системі Острозької ОТГ, що представники заінтересованих сторін вважають її позитивними та негативними сторонами, а також які шляхи підвищення якості та ефективності надання послуг вони бачать.

## Характеристики, притаманні медичній системі Острозької ОТГ

Острозька ОТГ в існуючих межах була створена у 2020 році та ввібрала у себе всю територію колишнього Острозького району. Громада знаходиться у 30-кілометровій зоні Хмельницької атомної електростанції та на березі Нетішинського водосховища, яке використовується для охолодження реакторів АЕС, проте інформації про вплив близькості АЕС на здоров'я мешканців ОТГ немає. Як і в усій Україні, серед основних причин смерті серцево-судинні захворювання, онкологічні захворювання, зовнішні причини. На території громади немає освітніх закладів медичного спрямування.

Більша частина місцевого бюджету витрачається на освіту (70-80%), а отже на медицину лишається небагато. Переважно гроші від місцевої влади йдуть на оплату комунальних послуг для медичних закладів. А основну частину медичного бюджету складають трансферти з НСЗУ (близько 80%).

У громаді розвивається приватна медицина — є кілька стоматологічних кабінетів та клініка первинного рівня. Прийом сімейного лікаря коштує там близько 200 грн. Також клініка обслуговує пацієнтів за пакетом первинної допомоги (тобто з ними можна підписати декларацію).

Між комунальними закладами та приватною клінікою існує конкуренція за пацієнтів, що позитивно впливає на якість послуг та дозволяє пацієнтам обрати те обслуговування, яке їм зручніше. Педіатри, що працюють у приватній клініці, також працюють у пологовому будинку, а отже можуть заохочувати породіль підписувати декларації у них.

Респонденти зазначили, що у мешканців громади є попит на паліативні послуги (лікарня вторинного рівня має 2 підписані пакети з НСЗУ), послуги з догляду, послуги з реабілітації після інсультів, тож ці сфери виглядають перспективними для розвитку.

Оскільки громада знаходиться недалеко від Рівного, то важкі пацієнти екстреної служби допомоги транспортуються туди (це приблизно 15% випадків). Це зокрема стосується пацієнтів з інфарктами та інсультами (якщо швидка встигає потрапити у терапевтичне вікно), а також породіль зі складними пологами.

## Позитивні сторони в медичній сфері Острозької ОТГ

Частина респондентів вважають плюсом наявність широкої медичної мережі, яка включає заклади первинної і вторинної ланок, фельдшерсько-акушерські пункти (ФАП) та приватний медичний заклад. Крім того, в ОТГ функціонує новий [\(відкритий у 2008 році\)](#) пологовий будинок та консультативний центр із лікарем-кардіологом (телемедицина). Позитивним у роботі вторинки є наявність вузьких спеціалістів, які необхідні громаді, та виконання послуг за законтракованими пакетами фінансування від НСЗУ.

Найбільше опитані пацієнти задоволені роботою ФАП і фельдшерів. Великий плюс медицини у селах — послуги там дійсно безкоштовні для пацієнтів (у місті від них очікують неформальні платежі). Респонденти-медпрацівники, у свою чергу, зазначили, що мережа ФАП дозволяє значно знизити навантаження на сімейних лікарів та при потребі дізнатися анамнез пацієнта — цією опцією користуються не тільки сімейні лікарі комунального та приватного медзакладу, але й фельдшери та лікарі швидкої. При цьому, сільські фельдшери, поряд із наданням домедичної допомоги, часто виконують функції з догляду. Загалом, респонденти, які не є медич-

ними працівниками, вважають, що фельдшери справляються зі своїми обов'язками, а більшість опитаних медичних працівників розуміють важливість існування ФАП. Також багато респондентів вірять у потенціал медсестер та медбратів замінити у селах ФАПи та амбулаторії у випадку їх ліквідації та продовжити надавати послуги місцевим мешканцям. Працівники медзакладів первинної ланки зазначили, що не помічали негативних відгуків про свою роботу. А у лікарні вторинної ланки відстежують ставлення пацієнтів за допомогою Книги скарг та пропозицій і відзначають, що кількість зауважень зменшується.

Медичні працівники державних закладів «первинки» назвали такі позитивні практики своєї громади: вчасну виплату заробітної плати, наявність представництва медзакладів на рівні місцевого врядування (зазвичай це головні лікарі та їхні заступники), у приватній лікарні керівництво дослухається до потреб лікарів з організації їхньої роботи. Багатопрофільна лікарня відкрила для своїх працівників гуртожиток на 9 кімнат і таким чином змогла залучити до роботи двох анестезіологів та збирається залучити ще ЛОРа та хірурга.

На жаль, цей гуртожиток недоступний для працівників первинної ланки. Проте відкриття гуртожитку для медпрацівників первинного рівня може стати ефективним кроком для залучення нових спеціалістів.

Респонденти також відзначили позитив у роботі швидкої допомоги. Бригада забезпечена новими автомобілями швидкої допомоги, один із яких — найвищого класу (реаніmobіль). В громаді працює диференціація викликів, що допомагає відсіяти непрофільні і зменшує навантаження на бригаду. Респондент зазначив, що працівники бригади швидкої допомоги мають можливість безперервно навчатися, а також у них є необхідне обладнання для тренувань.

Працівники єдиної приватної клініки в громаді відзначили, що в цілому умови роботи та прийому пацієнтів тут дещо кращі, ніж у державних закладах. Позитивними факторами названо вищу зарплату лікаря (водночас медсестри отримують стільки ж, скільки у комунальних медзакладах), на яку впливає кількість декларацій та прийом незадекларованих пацієнтів, відсутність черг та більшу зручність для пацієнтів. Медичні працівники зацікавлені у подальшому професійному навчанні, що також є позитивом.

## Негативні сторони медичної сфери Острозької ОТГ

Важливим недоліком медичної системи у громаді є відсутність стратегії розвитку медичних послуг. Проте наразі місцева влада працює над розробкою такої стратегії. Проводити системні зміни медичної системи в громаді заважає відсутність бачення пріоритетних напрямків у цій сфері та невпевненість у позитивному результаті таких змін. Крім того, органи місцевої влади не володіють детальною статистикою по медичній сфері, що утруднює ухвалення якісних та зважених рішень. Також респонденти зазначили, що важко напрацювати план, коли НСЗУ постійно змінює «правила гри» (умови фінансування пакетів послуг за Програмою медичних гарантій).

Респонденти, які обіймають керівні посади у медзакладах, зазначили, що коштів НСЗУ не вистачає на покриття всіх витрат. Тож комунальні платежі та утримання медичних закладів оплачує місцева влада. На первинному рівні надання медичної допомоги доводиться обирати між підвищенням заробітних плат та іншими витратами, зокрема фінансуванням ФАПів.

Респонденти зазначили, що представництво фахівців середньої ланки та медсестринства на місцевому рівні майже відсутнє. Деякі не змогли

відповісти, чи залучають їх до ухвалення рішень на місцевому рівні та на рівні лікарні. Відповідаючи на питання про медсестринську професію, респонденти зазначали другорядність медсестри відносно лікаря, її залежність від нього, низьку заробітну плату медсестер.

Загалом респонденти зазначили, що медсестри виконують більше рутинну паперову і адміністративну роботу, ніж долікарський огляд пацієнтів чи проведення процедур.

Ці результати підтверджують висновки нашого [дослідження](#) «Непомітне медсестринство: як змінити ситуацію?».

Серед проблем медичної системи представники медичної спільноти та місцевої влади відзначили зниження попиту на окремі послуги. Так, менше пацієнтів звертаються до пологового будинку чи по хірургічну допомогу — вони надають перевагу рівненським лікарням.

Попри наявність лікарів різних спеціалізацій у громаді (понад 30), відчувається відсутність дитячих спеціалістів: ЛОРа, травматолога, офтальмолога (у декретній відпустці). Існує проблема із залученням молодих спеціалістів: зазвичай вони обирають великі міста, де можуть розраховувати на більшу зарплату. Попри невисоку оплату праці опитані медичні працівники не розглядають можливість самостійного надання послуг через складність оформлення ФОП та мале населення громади. Серед негативних тенденцій також відсутність у медиків планів розвитку кар'єри: в одних випадках через передпенсійний вік респондента, в інших — через відсутність бачення подальшого кар'єрного розвитку.

Хоча респонденти з медичної сфери наголосили на тому, що державні медичні заклади надають послуги населенню безкоштовно, опитані пацієнти поскаржилися, що за них доводиться доплачувати, щоб «покращити їхню якість».

Серед інших проблем опитані назвали поганий стан доріг, відсутність інтернету та комп'ютерів у ФАПах та деяких амбулаторіях.

## Бажане (способи покращення медичних послуг)

Респонденти, що працюють на керівних посадах в органах місцевої влади та у медичних закладах, зазначають необхідність розробки стратегії розвитку медпослуг у громаді та пошуку прибуткових напрямків для медзакладів. Також було б корисним забезпечення місцевої влади регулярною статистикою захворюваності та смертності мешканців громади.

Цю статистику збирають медичні заклади у паперовому, а подекуди в електронному вигляді. Отже, потрібно забезпечити збір та узагальнення цієї статистики на рівні громади.

Представник місцевої влади наголошує на важливості економії при збереженні якості медичних послуг, а також прагненні знайти «золоту середину» між соціальною складовою медичної системи громади (широка мережа первинної допомоги) та спеціалізацією медичних послуг (розвиток вторинної ланки медичної системи). Представник місцевої влади також зазначив, що було б корисно мати у місцевому апараті співробітника, який би до того працював медиком, щоб

розумітися на всіх особливостях цієї роботи. Однак, є ризик, що поза медичною системою така людина швидко втратить потрібну експертизу.

В той же час, залучення до рішень осіб, що працюють у медичній сфері Острозької ОТГ, створює у них конфлікт інтересів — між намаганням залучити максимальне фінансування у свій медичний заклад та між потребою громади зважено, ефективно та економно витратити наявні ресурси.



Рішенням могло би бути залучення на контрактній основі сторонніх фахівців, які могли б неупереджено оцінити, наприклад, наскільки доцільно закуповувати певне обладнання.

Серед бажаних напрямків розвитку медзакладів — надання медичних послуг іншим громадам, а також співпраця з іншими громадами для координації підписання з НСЗУ договорів на різні пакети послуг (щоб різні громади спеціалізувалися на різних послугах та достатньою мірою були забезпечені пацієнтами). Бажаним для місцевої влади та лікарів є збереження власного пологового будинку.

Представники лікарень зацікавлені у збільшенні переліку послуг, що надаються: вони говорили про необхідність закупівлі КТ та мамографа та підписання нових пакетів з НСЗУ, зокрема пакету з ранньої діагностики раку молочної залози, з консервативного лікування інсульту, з гемодіалізу та інших. Медзаклад первинного рівня хотів би мати власну лабораторію, бо наразі замовляє ці послуги у лікарні вторинного рівня. Опитані медпрацівники підтримують розвиток медсестринства в громаді, послуг з догляду та паліативної допомоги. На їхню думку, медсестринство повинно мати

Оскільки утримання широкої мережі — це витратно, звучала думка, що комунальні платежі міг би фінансувати державний бюджет (наразі за чинним законодавством це неможливо — ред.).

Всі опитані медичні працівники хотіли б підвищення зарплат, але вважають, що встановлювати зарплати має адміністрація медичного закладу. Проте дехто зазначив, що необхідне збільшення впливу медпрацівників на розмір зарплати.

Респонденти, які працюють у медзакладах на середніх посадах, висловили бажання продовжувати працювати в державних закладах або поєднувати цю роботу з приватною практикою, а також продовжувати навчатися. Ще одним бажаним інструментом саморозвитку є відвідування міжнародних медичних конференцій.

окреме фінансування від НСЗУ (пакет медсестринських послуг, що може бути релевантним і для фінансування ФАПів).

Представники місцевої влади зазначили, що від системи ФАПів необхідно відмовитися на користь амбулаторій. Натомість надати амбулаторіям достатньо транспорту, щоб ті могли обслуговувати навколишні села. Водночас лікарі та пацієнти зазначають, що мережа ФАПів повинна існувати, а фельдшери — надалі обслуговувати населені пункти, де амбулаторій немає. Серед іншого, респонденти вказали на необхідність ремонту доріг та підключення ФАП до інтернету.

На нашу думку, якщо фельдшер проживає у певному селі, утримання приміщення ФАП не є необхідним для надання медичної допомоги. Натомість краще забезпечити фельдшера комп'ютером, підключенням до інтернету та транспортом, щоб відвідувати пацієнтів на дому.

# Результати стратегічної сесії

Для того, щоб представники ключових заінтересованих сторін в громаді змогли почути одне одного, напрацювати спільне розуміння основних проблем медичної системи Острозької міської ОТГ та знайти шляхи їх вирішення, ми провели стратегічну сесію, на яку запросили представників місцевого врядування, медичних закладів та пацієнтської спільноти. Загалом у заході взяли участь 12 осіб.

Під час заходу учасники виокремили сильні і слабкі сторони місцевої медицини. Так, однією з найбільших переваг було названо широку мережу медичних закладів в ОТГ, яка дозволяє охопити майже всі населені пункти. Крім того, учасники зазначили, що в громаді немає нестачі приміщень під медичні заклади.

Основними загрозами є невизначеність громади щодо можливої ліквідації деяких медичних закладів або обмеження їхніх послуг через нерентабельність. Представники місцевої влади також зауважили, що досить важко впроваджувати зміни в лікарнях в умовах невизначеності щодо їхньої подальшої роботи. Загалом учасники стратегічної сесії бажають, щоб медицина у громаді залишалася безкоштовною для пацієнтів, але водночас була ефективною і новітньою. Важливим питанням залишається доступність медицини — місцеві жителі зазначили, що низька якість доріг блокує транспортне сполучення, і жителі сіл інколи не можуть отримати доступ до спеціалізованої медичної допомоги — вони отримують допомогу тільки на рівні ФАПів.

Окремо учасники порушили питання стаціонарної психіатричної лікарні, яка працює у громаді й також має проблеми з фінансуванням — грошей не вистачає [навіть на заробітну плату](#). Бажаним (і простим) способом вирішення проблеми могло б стати збільшення фінансування від держави, однак учасники стратегічної сесії не змогли визначити, скільки саме грошей додатково потребує їхня громада на медицину — лунала думка, що Україна має виділяти на медицину

У наявних медзакладах проведено сучасний ремонт, а персонал — досвідчений та кваліфікований.

Водночас, учасники стратегічної сесії вказали на недовіру пацієнтів до медичної системи. Серед інших недоліків було названо нестачу сімейних лікарів та медсестер. Іншою важливою проблемою є недостатність фінансування від НСЗУ. Зокрема, коштів не вистачає на оновлення матеріально-технічного забезпечення лікарень та закупівлю новітнього обладнання для обстежень та діагностики.

Відтак, учасники наголосили на необхідності пошуку шляхів оновлення обладнання у лікарнях, а також подальшу профілізацію закладів вторинної ланки (тобто їхню спеціалізацію на наданні тих видів послуг, які користуються найвищим попитом).

суму еквівалентну 6% ВВП, проте, як правильно розподілити ці кошти, учасники не вирішили. На нашу думку, варто розглянути можливість перепрофілювання цієї лікарні на надання соціальних послуг, зокрема допомоги жертвам домашнього насильства.

Поблизу меж Острозької ОТГ знаходиться місто Нетішин з великою лікарнею, що дає додаткові можливості для місцевих жителів, але водночас і сприяє відпливу пацієнтів з медзакладів громади. Також частина пацієнтів звертаються до медичних закладів Рівного, яке знаходиться за 50 км від Острога. Як рішення цієї проблеми було запропоновано збільшити роз'яснювальну роботу серед пацієнтів, працювати над рекламою своїх послуг.

За результатами роботи учасники стратесії сформулювали такі напрямки та можливі кроки для розвитку медичної системи Острозької ОТГ:

- Залучення до роботи у міськраді спеціаліста з досвідом у медичній системі;
- Розвиток спеціалізованої допомоги відповідно до потреб населення громади;
- Розвиток пологового відділення;
- Впровадження профілактики на базі ФАП;
- Розвиток телемедицини;
- Розвиток приватної медицини;
- Вивчення можливостей участі у грантових програмах.

# SWOT-аналіз

SWOT-аналіз — це вид ситуаційного аналізу, який використовується для стратегічного планування. Його можна використовувати для аналізу окремих організацій, явищ, територій, комплексних систем чи галузей діяльності. Застосуємо цей підхід до аналізу медичної системи Острозької міської ОТГ.

Сильні та слабкі сторони, можливості та загрози, з якими може зіштовхнутися медична система, ми виокремимо з джерел інформації (аналіз публікацій, аналіз даних, інтерв'ю, результати стратегічної сесії) та доповнимо власними напрацюваннями та висновками. На основі SWOT-аналізу в наступному розділі ми пропонуємо рекомендації для досягнення більшої ефективності у розбудові медичної системи Острозької ОТГ.

| Позитивний вплив   | Негативний вплив   |
|--|--|
| <p><b>Сильні сторони (що позитивно виділяє медсистему громади серед інших)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>широка доступність медичних послуг в усіх куточках громади за рахунок ФАПів та амбулаторій, наявність спеціалізованої допомоги різних видів (багатопрофільна лікарня, пологовий будинок, психіатрична лікарня);</li><li>киснева станція у багатопрофільній лікарні;</li><li>нова амбулаторія (побудована за грантові кошти);</li><li>відремонтовані приміщення амбулаторій та багатопрофільної лікарні в Острозі;</li><li>близькість до Рівного, де можна отримати якісну спеціалізовану медичну допомогу у складних випадках;</li><li>телемедицина;</li><li>мешканці громади дарують лікарні овочі та фрукти, щоб хворі мали якісне харчування</li></ul> | <p><b>Слабкі сторони (недоліки, які знижують фінансування медсистеми та задоволеність пацієнтів)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>невелике населення громади, яке не забезпечує достатній попит на спеціалізовані послуги;</li><li>відплив пацієнтів та лікарів до обласного центру через кращу якість послуг там;</li><li>недостатнє фінансування від НСЗУ та з бюджету громади;</li><li>відсутність серед послуг у медзакладах громади <u>частини</u> пріоритетних послуг на амбулаторному рівні;</li><li>велика вартість утримання широкої мережі ФАПів і, як наслідок, низькі зарплати лікарів первинки;</li><li>відсутність плану розвитку медсистеми;</li><li>відсутність координації щодо пакетів НСЗУ з медзакладами сусідніх громад;</li><li>відсутність служби невідкладної допомоги (через це збільшення навантаження на службу екстреної допомоги);</li><li>наявність неформальних платежів від пацієнтів;</li><li>затримки у прибутті швидкої (зокрема через погані дороги);</li><li>відсутність інтернету та комп'ютерів у деяких амбулаторіях та ФАПах</li></ul> |

| Можливості (для покращення фінансування медсистеми та якості наданих послуг)  | Загрози (події, що можуть негативно відобразитися на медичній системі)  |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• медичні потужності сусідніх громад (Нетішинська ОТГ, Рівненська ОТГ тощо);</li> <li>• зростання онлайн-взаємодії під час пандемії і, як наслідок, досвіду такої взаємодії та комп'ютерних навичок мешканців громади (гарна передумова для подальшого розвитку телемедицини);</li> <li>• Програма «Велике Будівництво» (можливість включення медичних закладів та доріг у програму та до <a href="#">Державної цільової економічної програми розвитку автомобільних доріг</a>);</li> <li>• Фінансування за рахунок Державного фонду регіонального розвитку та міжнародних грантів;</li> <li>• Програма медичних гарантій НСЗУ;</li> <li>• практики благодійності, що існують у громаді (підтримка медзакладів у натуральній формі від мешканців ОТГ, <a href="#">Міжнародний благодійний фонд Відродження «Острозької академії»</a>, <a href="#">Благодійний фонд «Острозька академія»</a>).</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• зростання конкуренції з іншими медзакладами за пацієнтів та медперсонал;</li> <li>• ускладнення вимог до медичних закладів від НСЗУ і відповідно припинення фінансування;</li> <li>• демографічний спад (зменшення кількості населення, що поглиблюватиме існуючі проблеми з нестачею пацієнтів).</li> </ul> |

На основі SWOT-аналізу варто визначити напрямки подальших дій.

Зокрема поєднання полів «Сильні сторони» та «Можливості» допомагає сформулювати перелік активностей, які покращують ефективність медичної системи. Наприклад, широка доступність медичних послуг за рахунок широкої мережі ФАПів у поєднанні з розвитком онлайн-комунікацій внаслідок пандемії сприяє розвитку телемедицини і збільшенню доступності більш спеціалізованих послуг для жителів сільської місцевості.

Поєднання полів «Слабкі сторони» та «Можливості» дозволяє побачити «точки болю» та шляхи їх виправлення. Наприклад, серед слабких сторін медичної системи громади є недостатність фінансування медичної системи. Поле «Можливості» пропонує подолання цієї проблеми за рахунок підписання договорів на нові пакети послуг з НСЗУ, використання коштів ДФРР чи грантових коштів, розвитку платних послуг, залучення пацієнтів з інших громад або часткової відмови від спеціалізованих медичних закладів. Адже наявність розвинутої медичної системи у Рівному створює можливість користування спеціалізованими медичними послугами там, не дублюючи їх у громаді, а натомість розвивати транспортне сполучення з обласним центром.

Аналіз полів «Сильні сторони» та «Загрози» дозволяє зрозуміти, як подолати виклики. Наприклад, якщо демографічний спад чи відсутність фінансування призведуть до необхідності закрити певну кількість медзакладів, близькість до обласного центру, де є спеціалізовані медичні заклади, дозволить мешканцям громади все одно отримувати якісні медичні послуги.

Однак у цьому випадку місцевій владі потрібно буде подбати про організацію транспортного сполучення між населеними пунктами громади та обласним центром (варто також мати на увазі, що незахищені групи населення скоріш за все потребуватимуть, щоб ці послуги були для них безоплатні).

Аналіз полів «Слабкі сторони» та «Загрози» показує, які проблеми можуть нанести медичній системі найбільші збитки. Наявну проблему впливу пацієнтів та медичного персоналу може посилити зростання вимог НСЗУ для отримання пакетів з Програми медичних гарантій.

Зменшення фінансування медзакладів призведе до замкненого кола: буде все важче утримувати фахівців для надання якісних послуг, відповідно важче буде відповідати вимогам та отримувати фінансування для медичних послуг навіть з інших пакетів, відповідно пацієнти не зможуть отримати необхідні послуги в громаді і будуть шукати такі можливості в інших медичних закладах.

Отже, необхідно вже зараз почати спеціалізуватися на певних медичних послугах — тих, які найбільше користуються попитом у населення громади, та тих, які не надають сусідні громади.

SWOT-аналіз можна використовувати для побудови сценаріїв розвитку подій та створення плану покращення якості медичних послуг та попередження і подолання можливих криз.

# Рекомендації з розвитку системи надання медичних послуг в Острозькій ОТГ

Проаналізувавши стан медичної мережі Острозької міської територіальної громади ми підготували низку рекомендацій.

## Первинна ланка медичної допомоги

- **Розширення переліку послуг**

На додачу до підписаних з НСЗУ пакетів послуг на первинному рівні доцільно розглянути можливість [підписання пакетів](#) «Супровід та лікування дорослих та дітей, хворих на туберкульоз, на первинному рівні медичної допомоги» та «Діагностика, лікування та супровід осіб із ВІЛ (та підозрою на ВІЛ)» (доступний і для [первинної ланки](#)). Враховуючи тенденцію старіння населення, може бути доцільним залучити до громади лікаря (чи навчити існуючих), який спеціалізується на геронтології.

- **Створення служби невідкладної допомоги**

Ефективним способом вберегти сімейних лікарів від цілодобових телефонних дзвінків від пацієнтів (Додаток 4) та розвантаження служби екстреної допомоги від непрофільних викликів може стати створення служби невідкладної допомоги, яка забезпечуватиме цілодобове консультування пацієнтів (телефоном, у месенджері та на сайті) та виклики лікаря додому.

- **Заохочення мешканців Острозької та інших громад, а також студентів Острозької академії до підписання декларацій**

Оскільки Національна служба здоров'я не має окремих пакетів ПМГ для фінансування послуг середнього медичного персоналу (фельдшер(ки), акушер(к)и, медсестри / медбрати), а [ФАПи перебувають у віданні сімейних лікарів](#), то все фінансове навантаження лягає саме на них. Сімейні лікарі фінансують ФАПи за рахунок грошей, отриманих за декларації з пацієнтами. Це знижує дохід сімейних лікарів та зменшує привабливість роботи у громадах, що мають ФАПи.

Для збільшення доходів сімейних лікарів варто заохочувати студентів Острозької академії підписувати декларації з сімейними лікарями у громаді та збільшувати якість послуг місцевих сімейних лікарів задля збільшення їх привабливості для пацієнтів з інших громад.

Наприклад, це можна зробити за рахунок цілодобової онлайн-підтримки пацієнтів (це може бути функцією служби невідкладної допомоги Острозької ОТГ для пацієнтів, що підписали декларації з лікарями громади, як сказано вище).

Також доцільно створити сайт для первинної ланки медичної системи Острозької ОТГ, який значно спростить пацієнтам доступ до інформації про лікарів та взаємодію з ними.

Важливо, що в Україні ФАПи виконують функції розповсюджені у розвинених країнах світу позиції медсестри громади ([community nurses](#)) та районної медсестри ([district nurses](#)). Зокрема, у Великій Британії, яка має подібну до української медичну систему з державним страхувальником, медсестри громади забезпечують максимальну кількість послуг пацієнтам на дому. Адже візити до лікарні збільшують ризики інфікування стійкими внутрішньолікарняними штамми вірусних та бактеріальних інфекцій.

В Острозькій ОТГ первинна ланка медичних послуг досить розвинута. Загальна кількість лікарів та педіатрів, що надають послуги пацієнтам за деклараціями на первинній ланці, перевищує 20 осіб, а разом з фельдшерами, що працюють у ФАПах, сягає близько 60 осіб. У 33 ФАПах та 5 амбулаторіях, що розміщені поза Острогом, працює, 43 фельдшери (Додаток 6). На них припадає приблизно 28,5 тисяч сільських мешканців ОТГ, отже фактично вони мають навіть трохи більше навантаження, ніж в середньому мають районні медсестри у Великобританії ([понад 650 осіб на одного медичного спеціаліста проти 400 осіб на одну районну медсестру у Великій Британії](#)).

Серед функцій ФАПів, закріплених у [«Положенні про фельдшерсько-акушерський/фельдшерський пункт»](#), — надання населенню долікарської медичної допомоги, невідкладної медичної допомоги, першої медичної допомоги, проведення санітарно-просвітницької роботи серед населення задля профілактики та раннього виявлення основних інфекційних та неінфекційних захворювань, виконання призначень лікаря пацієнтам в умовах ФАП/ФП та вдома, у тому числі при наданні паліативної допомоги пацієнтам на останніх стадіях перебігу невиліковних захворювань, виконання знеболювання з використанням наркотичних речовин, патронаж дітей та підлітків, виписування рецептів хронічним хворим на продовження лікування, призначеного лікарем, спрямування пацієнтів на консультацію до лікаря амбулаторії та у разі необхідності виклик лікаря для огляду пацієнта на базі ФАП/ФП або за місцем проживання, констатація факту смерті та видача фельдшерської довідки про смерть.

Такі послуги особливо актуальні для громад, де більшу частину населення складають сільські мешканці, а сімейний лікар не в змозі періодично відвідувати всіх своїх маломобільних декларантів через їхню велику географічну розпорошеність та складнощі у транспортному сполученні<sup>5</sup>.

---

5 [Наказ МОЗ від 19.03.2018 № 504](#) «ПМД надається під час особистого прийому пацієнта за місцем надання ПМД. Лікар з надання ПМД може прийняти рішення про надання окремих послуг ПМД за місцем проживання (перебування) пацієнта або з використанням засобів телекомунікації відповідно до режиму роботи надавача ПМД. Рішення про надання ПМД за місцем проживання (перебування) пацієнта не може прийматися лише на підставі віддаленості його місця проживання (перебування) від місця надання ПМД та (або) відсутності у пацієнта коштів на проїзд до місця надання ПМД».



Варто визнати, що при відсутності медичних послуг на місцях маломобільна частина населення втратить доступ до всіх видів послуг, крім екстреної медичної допомоги, що логічно збільшить тиск непрофільних викликів на «екстренку».

- **Оптимізація мережі фельдшерсько-акушерських пунктів**

Широка медична мережа Острозької міської об'єднаної територіальної громади є одночасно і її перевагою, особливо в очах місцевих мешканців, і тягарем, адже вимагає великих фінансових витрат.

На нашу думку, задля економії коштів послуги ФАПів варто переорієнтувати з роботи за зверненнями до ФАПів (8-25 звернень на день) на профілактичну роботу та подомові обходи пацієнтів з груп ризику (із хронічними захворюваннями, літнього віку, новонароджені), а також виїзд фельдшерів за викликами (аналог невідкладної допомоги).

Доцільно зменшити кількість приміщень, що займають ФАПи, залишивши для фельдшерів приміщення у найбільших селах та забезпечивши їх автомобільним транспортом для відвідування (патронажу) пацієнтів у навколишніх селах.

Розвиток приватної медицини на первинній ланці та послуг з догляду може розвантажити сімейних лікарів та фельдшерів, що працюють у комунальному медичному закладі, що в свою чергу дозволить скоротити витрати місцевого бюджету на утримання комунальних закладів та оплату праці.

Медпрацівники зі скорочених закладів можуть перейти на роботу до приватної сфери та фінансувати себе за рахунок наданих послуг.

- **Розвиток приватної медицини**

Послуги з догляду стають все більш актуальними через старіння населення та відсутність широкої мережі будинків літніх людей. Українське законодавство [дозволяє](#) відкривати приватну практику (ФОП) не тільки лікарям, але й середньому медичному персоналу (фельдшерам, медсестрам).

Це може стати ефективним способом зробити медпослуги зручнішими для пацієнтів, які мають фінансову можливість платити за них (графік надання, умови), та збільшити доходи медпрацівників. Надавати послуги як фізична особа-підприємець можна поєднуючі це з основним місцем роботи.

Наприклад, працівник ФАП може пів дня працювати у штаті ФАП, а другу половину дня надавати послуги з догляду на дому пацієнтам, які потребують такої допомоги. Якщо місцева влада та медичний заклад буде допомагати з юридичними та фінансовими аспектами такого поєднання, це може зробити роботу у ФАПах більш привабливою для медичних спеціалістів.

## Вторинна ланка медичної допомоги

- **Пакети НСЗУ**

Розвиток первинної ланки охорони здоров'я та профілактика хвороб можуть суттєво зменшити кількість звернень пацієнтів на вторинну та третинну ланку медичної допомоги.

Національна служба здоров'я України має на меті фінансувати найпотужніші медичні заклади, що мають достатню кількість пацієнтів та кваліфікованих спеціалістів. Це означає, що конкуренція для медичних закладів вторинної ланки повсякчас зростатиме. Вже з 2022 року НСЗУ [впроваджує вимоги](#) щодо кількості випадків для отримання пакетів «Медична допомога при пологах» (не менше 150 прийнятих пологів у попередньому році), «Медична допомога при гострому мозковому інсульті в стаціонарних умовах» (не менше 100 випадків у попередньому році), «Медична допомога при гострому інфаркті міокарда» (не менше 50 випадків у попередньому році). І надалі ці вимоги зростатимуть.

Зважаючи на кількість прийнятих пологів у Острозькому пологовому будинку за ПМГ у 2020 році (150 пологів) та наявності певної кількості породіль, що обирають пологи

«Острозька багатопрофільна лікарня» вже має [4 пакети](#) з 6 пакетів пріоритетних послуг на амбулаторному рівні, що включають в себе діагностичні та лікувальні процедури, які забезпечують раннє виявлення новоутворень. Це «Гістероскопія», «Цитоскопія», «Колоноскопія» та «Езофагогастродуоденоскопія». Ми пропонуємо вивчити можливості закупівлі обладнання та підписання з НСЗУ договорів на надання послуг також за пакетами «Бронхоскопія» та «Мамографія».

Серед [переліку](#) пріоритетних стаціонарних послуг (пов'язаних зі станами, які спричиняють найбільшу смертність або суттєво погіршують якість життя) — лікування гострого мозкового інсульту, гострого інфаркту міокарда, допомога в пологах і неонатальна допомога — Острозька ОТГ надає лише одну: «Медична допомога при пологах».

в інших пологових будинках, виглядає можливим забезпечити необхідну кількість пологів у Острозі. Для того, щоб зменшити відтік породіль у інші пологові будинки, ми радимо провести опитування вагітних та спитати, за якими ознаками вони обирають пологовий для народження дитини, забезпечити високу якість наявних послуг в Острозькому пологовому будинку, розвивати додаткові послуги (платні та безоплатні за рахунок зовнішнього фінансування): вибір лікаря, консультації доул, психолога для подолання післяпологової депресії, програми з грудного вигодовування, програми навчання молодих батьків. Також на базі пологового будинку можна розвивати програми з профілактики ранньої вагітності.

Важливо інформувати населення про необхідність регулярного обстеження жіночого здоров'я, адже показник Цілей сталого розвитку «Кількість смертей жінок від злоякісного новоутворення шийки матки у віці 30-59 років, на 100 000 жінок відповідного віку» у 2019 році у [Рівненській області становив 12,5](#), тоді як Україна ставить за мету знизити його хоча б до 10,1 особи на 100 тис. населення.

Доцільність надання інших послуг необхідно розглядати з урахуванням відповідності медичного закладу вимогам НЗСУ (зокрема щодо мінімальної кількості випадків на рік), наявності необхідного обладнання та кваліфікованого персоналу.

Також за рахунок наявності у лікарні хірургічного відділення перспективним виглядає підписання пакету послуг [«Хірургія одного дня»](#).

- **Збільшення кількості пацієнтів**

Задля того, щоб пацієнти зверталися для профілактичних обстежень зокрема за пакетами пріоритетних послуг на амбулаторному рівні, потрібна якісна взаємодія медзакладу вторинного рівня з сімейними лікарями. Такої взаємодії можна досягти за рахунок створення Координаційної ради при міській раді Острозької ОТГ.

На додачу до відсутності інформації у пацієнтів про необхідність регулярних профілактичних обстежень (яку можна подолати за рахунок якісної взаємодії між лікарями вторинного рівня та лікарями та фельдшерами первинного рівня), є й інша проблема, яка заважає мешканцям ОТГ вчасно проходити профілактичні обстеження — погане громадське транспортне сполучення між населеними пунктами та погані дороги. Вирішенням цієї проблеми може бути запуск проекту [«мобільна лікарня»](#), в рамках якого обладнаний автомобіль буде приїздити у населені пункти та брати аналізи у їхніх мешканців. Другим способом забезпечити мешканцям громади важливі профілактичні огляди, а ба-

гатопрофільній лікарні — наявність пацієнтів — є винаймання / купівля лікарнею / місцевою владою / добровільцями автобуса, який би раз на місяць у визначений день возив мешканців певного населеного пункту до багатопрофільної лікарні і назад. За місяць такий автобус міг би забезпечити профілактичні огляди для мешканців 20-23 населених пунктів (відповідно до кількості робочих днів у місяці).

- **Розвиток співпраці з медзакладами в інших ОТГ**

Як зазначали респонденти, при контактуванні з НЗСУ було б помічним консультування з медичними закладами сусідніх громад задля оптимального розподілу пакетів між ними та уникнення дублювання пакетів (та ризику, що жоден медзаклад не виконає нормативи з мінімальної кількості пацієнтів чи процедур). Однак існує ризик, що громади не захочуть відмовлятися від пакетів з Програми медичних гарантій на користь інших закладів, отже такий крок може не спрацювати.

## Третинна ланка медичної допомоги

- **Розвиток додаткових оплачуваних послуг**

Через низьке фінансування «Острозька обласна психіатрична лікарня» [вимушена скорочувати](#) кількість ліжкомісць та персоналу.

Вивільнені приміщення можна використовувати для потреб паліативної допомоги (окремо чи у кооперації з багатопрофільною лікарнею), а також для розвитку платних послуг — послуг з догляду, психологічної допомоги, центру протидії сімейному насиллю.

## Додаткове фінансування

Грошей від Національної служби здоров'я України та з місцевого бюджету вистачає лише на підтримання існуючого рівня діяльності медичних закладів. Для розвитку й інвестицій в оновлення обладнання потрібне додаткове фінансування. Його можна отримати залучаючи бізнес до благодійності (такий спосіб [використовує](#) «Дніпропетровська обласна дитяча клінічна лікарня») та подаючи заявки на гранти — наразі Світовий банк [має проекти](#) з фінансування ремонту амбулаторій, є окремі [грантові програми](#) для медиків, окремі проекти буде

фінансувати Фонд регіонального розвитку, також фінансування на медичні потреби можна отримувати за рахунок [Громадського бюджету, Українського фонду соціальних інвестицій](#) та грантових програм від посольств різних країн.

Для пошуку додаткового фінансування доцільно мати окремого спеціаліста — грантового менеджера — в апараті міської влади, який би при підготовці грантових заявок взаємодіяв з представниками медзакладів.

## Транспортне сполучення

Пацієнти та представники лікарської спільноти неодноразово зазначали, що істотною перешкодою для доступу пацієнтів до медичної системи є неякісні дороги та погане транспортне сполучення між селами та Острогом. Ми пропонуємо два можливі шляхи подолання цієї проблеми:

1. розвиток телемедицини, коли силами фельдшерів та медсестер медична інформація про пацієнта буде передаватися до консультативного центру, а отримані рекомендації лікаря на місцях будуть імплементувати працівники ФАПів;
2. розвиток транспортного сполучення між селами та медичними центрами в Острозі та Рівному: це може бути як регулярне транспортне

сполучення, так і безкоштовний соціальний транспорт для перевезення пацієнтів. Важливо розуміти, що наявність денного стаціонару в амбулаторії не може бути рішенням питання доступу до медичних послуг при відсутності можливості для пацієнта дістатися додому після відвідування цього стаціонару.

Перекладаючи логістичні складнощі на пацієнта, варто мати на увазі, що такий підхід повністю відрізає від необхідних медичних послуг маломобільні та малозабезпечені групи населення. Отже, отримання медичної послуги в місцях з відсутнім регулярним транспортним сполученням відповідно до графіку роботи медичного закладу (тобто вранці і ввечері для денного стаціонару) потребує ще й соціальної послуги транспортування пацієнтів.

# Додаток 1.

## Питання до інтерв'ю

| Питання   | Чи ставили питання відповідній групі стейкхолдерів |                                 |                  |
|---|--|---------------------------------|------------------|
|   | Місцева влада                                      | Медична спільнота               | Мешканці громади |
| 1. Розкажіть про громаду і кількість її населення   | +  | -                               | -                |
| 2. Розкажіть про медичну систему у Вас в громаді. Як вона побудована, які медичні заклади входять у її склад? | +  | +                               | -                |
| 3. Розкажіть про організацію первинного рівня медичної допомоги у Вас в громаді                               | -  | +<br>(залежно від місця роботи) | -                |
| 4. Як організована робота ФАПів?  | -  | +<br>(залежно від місця роботи) | -                |
| 5. Розкажіть про організацію вторинного рівня медичної допомоги у Вас в громаді                               | -  | +<br>(залежно від місця роботи) | -                |
| 6. Як і ким фінансується медицина у громаді?  | +  | +                               | -                |
| 7. Чи є стратегія розвитку медичних послуг в ОТГ і план дій?  | +  | +                               | -                |
| 8. Чи долучають Вас до розробки стратегії розвитку медичних послуг в ОТГ?                                     | -  | +                               | -                |
| 9. Чи є у Вас статистика по захворюваності та причинам смертності жителів ОТГ?                                | +  | +                               | -                |
| 10. Чи ведете Ви статистику по причинах звернень? З якого приводу звертаються найчастіше?                     | -  | +                               | -                |
| 11. Чи проводили Ви опитування, які показували б, які сфери пріоритетні для мешканців ОТГ?                    | +  | -                               | -                |
| 12. Чи знаєте Ви, наскільки мешканці ОТГ задоволені якістю і доступністю медичних послуг?                     | +  | +                               | -                |

|   |   |                             |   |
|---|---|-----------------------------|---|
| 13. Скільки сімейних лікарів законтрактовано у громаді?   | + | +(залежно від місця роботи) | - |
| 14. Скільки лікарів працюють на вторинному рівні медичної допомоги?   | - | +(залежно від місця роботи) | - |
| 15. Які вимоги до створення ФАПів?  | + | +                           | - |
| 16. Як організоване медичне обслуговування мешканців сіл, де немає ФАПів?   | + | +                           | - |
| 17. Скільки швидких працює у громаді? Який середній час доїзду швидкої до пацієнта?   | + | +                           | - |
| 18. Як медичних працівників приваблюють працювати у медзакладах в ОТГ? Чи є в ОТГ програми заохочення медичних працівників? | + | +                           |   |
| 19. Які медичні послуги наразі доступні / недоступні у громаді?   | + | +                           | - |
| 20. Чи усі профільні спеціалісти є в громаді?   | - | +                           | - |
| 21. Чи є у ОТГ освітні заклади, які готують медичних спеціалістів?  | + | -                           | - |
| 22. Чи є у місцевої влади програми залучення випускників до роботи в ОТГ?   | + | -                           | - |
| 23. Які найбільші проблеми і потреби медичних закладів зараз?   | + | +                           | - |
| 24. Чи долучаєте Ви представників медзакладів до розробки шляхів вирішення цих проблем? Як саме?                            | + | +                           | - |
| 25. Чи долучені Ви до роботи органів місцевої влади?  | - | +                           | - |
| 26. Чи сприяєте ви розвитку приватних медичних закладів? Чому?  | + | -                           | - |
| 27. Що ви думаєте про діяльність приватних медичних закладів? Чому?   | - | +                           | - |
| 28. Чи хотіли б Ви працювати в приватному секторі?  | - | +                           | - |
| 29. Чи розповсюджені у ОТГ послуги з догляду?   | + | +                           | - |
| 30. Чи потребували Ви послуг з догляду?   | - | -                           | + |
| 31. Які напрямки розвитку медичної сфери ви вважаєте найбільш пріоритетними?  | + | +                           | - |

|  |   |                              |    |
|--|---|------------------------------|----|
| 32. Як Ви ставитесь до медичної реформи?   | + | +                            | -  |
| 33. Чи вистачає в медзакладах медичного персоналу?<br>Чи є вакантні посади?                                    | - | +                            | -  |
| 34. Чи необхідно медсестрам більше повноважень,<br>зокрема окремий медсестринський прийом<br>пацієнтів?        | - | +                            | -  |
| 35. Чи можуть медсестри замінити амбулаторії в селах?  | - | +                            | -  |
| 36. Чи доцільно на Вашу думку створити перелік<br>медсестринських та фельдшерських послуг та<br>тарифи на них? | - | +                            | -  |
| 37. Чи має кількість наданих фельдшерських та<br>медсестринських послуг впливати на заробітну<br>плату їхню?   | - | +                            | -  |
| 38. Чи має зарплата медсестри / фельдшера залежати<br>від функцій та її освіти?                                | - | +                            | -  |
| 39. Ви ведете прийом з медсестрою чи самостійно?   | - | +                            | -  |
|  |   | (для лікарів,<br>фельдшерів) |    |
| 40. Які обов'язки медсестри, що працює з Вами?   | - | +                            | -  |
|  |   | (для лікарів,<br>фельдшерів) |    |
| 41. Хто має регулювати зарплату персоналу в лікарні?   | - | +                            | -  |
| 42. Як Ви плануєте надалі будувати кар'єру?  | - | +                            | -- |
| 43. Які Ваші повноваження? Чим посада фельдшера<br>відрізняється від медсестри та лікаря?                      | - | +                            | -  |
|  |   | (для ФАПів)                  |    |
| 44. Чи взаємодієте Ви з сімейними лікарями? Як саме?   | - | +                            | -  |
|  |   | (для ФАПів)                  |    |
| 45. Чи часто звертаються до Вас жителі сіл? Чи багато з<br>них приходять без направлення сімейного лікаря?     | - | +                            | -  |
|  |   | (для вторинки)               |    |
| 46. На які пакети законтракована Ваша лікарня?   | - | +                            | -  |
|  |   | (для вторинки)               |    |
| 47. Які ще пакети Ви б хотіли отримати?  | - | +                            | -  |
|  |   | (для вторинки)               |    |
| 48. Чи вистачає грошей у Вашій лікарні? Як вони<br>розподіляються? Який % з них зарплатний фонд?               | - | +                            | -  |
| 49. За які кошти купують обладнання?   | - | +                            | -  |
|  |   | (для вторинки)               |    |



|  |   |                |   |
|--|---|----------------|---|
| 50. Чи відчуваєте Ви конкуренцію з комунальними закладами в інших ОТГ? Чи домовляється, хто який пакет оформлює? | - | +              | - |
|  |   | (для вторинки) |   |
| 51. Як Ви оцінюєте якість послуг на первинній ланці?   | - | -              | + |
| 52. Як Ви обирали сімейного лікаря?  | - | -              | + |
| 47. Які ще пакети Ви б хотіли отримати?  | - | -              | + |
| 54. Які послуги надає приватна лікарня?  | - | -              | + |
| 55. Чи зверталися Ви за медичною допомогою у Рівне? Де вища якість послуг— в Рівному чи в Острозі?               | - | -              | + |
| 56. Який віковий склад медичного персоналу у Острозі?  | - | -              | + |
| 57. Чи доводилося Вам оплачувати послуги, які мають надаватися безкоштовно?                                      | - | -              | + |
| 58. Яким чином можна покращити медичні послуги в ОТГ?  | - | -              | + |
| 59. Чи потрібна вторинна ланка медичних послуг у громаді?  | - | -              | + |

# Додаток 2. Респонденти, що взяли участь у інтерв'ю

Оскільки у громаді налічується обмежена кількість органів місцевої влади та медичних закладів, для збереження анонімності учасників інтерв'ю ми не розкриваємо посади респондентів.

| №   | Афіліація                         | Шифр          |
|-----|-----------------------------------|---------------|
| 1.  | Представник/ця місцевої влади     | Респондент 1  |
| 2.  | Представник/ця медичної спільноти | Респондент 2  |
| 3.  | Представник/ця медичної спільноти | Респондент 3  |
| 4.  | Представник/ця медичної спільноти | Респондент 4  |
| 5.  | Представник/ця медичної спільноти | Респондент 5  |
| 6.  | Пацієнт/ка з міста (вік 45+)      | Респондент 6  |
| 7.  | Представник/ця медичної спільноти | Респондент 7  |
| 8.  | Пацієнт/ка з села (вік 60+)       | Респондент 8  |
| 9.  | Представник/ця медичної спільноти | Респондент 9  |
| 10. | Представник/ця медичної спільноти | Респондент 10 |
| 11. | Представник/ця медичної спільноти | Респондент 11 |
| 12. | Представник/ця медичної спільноти | Респондент 12 |
| 13. | Представник/ця медичної спільноти | Респондент 13 |

# Додаток 3. Результати тематичного аналізу інтерв'ю

## (ключові тези у відповідях респондентів)

Варто зазначити, що у одному й тому блоці можуть бути взаємовиключні тези, адже вони взяті з відповідей різних респондентів. Умовно, один респондент може вважати, що ФАПи дорого обходяться громаді і їх потрібно закрити (бажане), а інший, що саме вони забезпечують доступ до медичних послуг маломобільним групам населення, тому їх потрібно зберегти (бажане).

| Позитивна тенденція   | Негативна тенденція  |
|---|--|
| <b>Медреформа</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• підтримка медичної реформи</li><li>• зросли зарплати</li><li>• пацієнти можуть отримати е-направлення без черг</li><li>• стимулювала ремонт, закупівлю сучасного обладнання</li></ul>   | <b>Медреформа</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• непродумана реалізація медреформи, постійно виникають питання</li><li>• конфлікт між соціальною складовою медпослуг і потребою їх фінансувати у достатньому обсязі</li><li>• реформа призвела до розгубленості пацієнтів</li></ul>   |
| <b>НСЗУ</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• пакети послуг: амбулаторна медична допомога, стаціонарна медична допомога дорослим і дітям без проведення операцій, стаціонарна медична допомога з проведенням операцій, амбулаторне ведення вагітності, пологи в стаціонарі, супровід пацієнтів з ВІЛ, пакети по ранній діагностиці онкології (цистоскопія, фіброгастроскопія). В період ковіду 2020 року ще був пакет по наданню медичної допомоги пацієнтам з COVID-19 (але в 2021 його не продовжили)</li><li>• громада має договір з НСЗУ на надання паліативних послуг (мобільних, стаціонарних)</li><li>• відбувається надання усіх послуг за підписаними пакетами НСЗУ</li><li>• НСЗУ на 100% забезпечує службу екстреної допомоги</li><li>• лікарні докупили обладнання для підписання пакетів НСЗУ</li><li>• стабільне фінансування первинки</li><li>• декларації у громаді мають 38 тисяч осіб</li></ul> | <b>Фінансування медсистеми, НСЗУ</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• малі громади мають нестачу коштів на медичну мережу</li><li>• брак фінансування медзакладів</li><li>• НСЗУ не помічає (не фінансує) ФАПи</li><li>• вибір між підвищенням зарплат і фінансуванням ФАПів</li><li>• місцева влада не фінансує утримання ФАПів</li><li>• фінансування ФАПів лягає на плечі сімейних лікарів у комунальних медзакладах</li><li>• відсутність фінансової допомоги від міської влади</li><li>• відсутність окремого фінансування медсестер НСЗУ (грошей у пакетах не вистачає на оплату необхідної кількості медсестер — приклад, травматологія, ФАПи)</li><li>• відсутність ресурсів на підвищення зарплат</li><li>• мала кількість пацієнтів призводить до нестачі фінансування від НСЗУ</li></ul> |

| Позитивна тенденція   | Негативна тенденція   |
|---|---|
| <p><b>Додаткове фінансування</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>залучення міжнародного фінансування для створення амбулаторії (2 амбулаторії були реконструйовані, 1 — побудована)</li> <li>місцева влада збирається подаватися на грант</li> </ul>   | <p><b>Фінансування медсистеми, НСЗУ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>коштів за пакетами НСЗУ не вистає на оплату комунальних послуг</li> <li>тарифи на медичні послуги не перекривають затрати</li> <li>недофінансування послуг НСЗУ в рамках пакетів, доводиться доплачувати зарплату з інших пакетів</li> <li>брак фінансування на купівлю обладнання для пакетів НСЗУ</li> <li>нестабільне фінансування вторинки</li> <li>нестабільність державних дотацій</li> <li>НСЗУ постійно змінює «правила гри»</li> <li>відкриття ФОП вимагає вкладень</li> <li>через малу кількість звернень утримання ФАПів нерентабельне</li> <li>по пологах недостатня кількість випадків для пакету</li> <li>безперспективність утримання ФАП</li> <li>фінансування НСЗУ визначається по попередньому року</li> </ul> |
| <p><b>Залученість медпрацівників до ухвалення рішень</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>залучення адміністрації медзакладів до ухвалення рішень на місцевому рівні</li> <li>залучення медпрацівників до вирішення проблем медзакладів</li> <li>в приватній клініці керівництво дослуховується до потреб співробітників</li> </ul>   | <p><b>Розвиток</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>відсутність бачення перспективних напрямків розвитку медсистеми</li> <li>не досліджували пріоритетні напрямки розвитку медпослуг в ОТГ</li> <li>нестача знань щодо побудови ефективної медичної системи</li> </ul>  |
| <p><b>Отримання медпослуг</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>конкуренція між медзакладами за пацієнтів</li> <li>наявність приватної медицини</li> <li>пацієнти можуть обирати між державною та приватною клінікою</li> <li>медпрацівники при потребі виїжджають в села</li> <li>в приватній клініці більш гнучкі умови для пацієнтів</li> <li>декларації з пацієнтами з інших областей</li> <li>наявність вузьких спеціалістів у громаді</li> <li>сімейні лікарі займаються профілактикою</li> <li>наявність вакцин від COVID-19</li> </ul> | <p><b>Заохочення медпрацівників</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>відсутність програм залучення нових фахівців на рівні громади</li> <li>відірваність заробітної плати від навантаження</li> <li>відсутність фінансового стимулювання лікарів</li> <li>відсутність достойної зарплати</li> <li>медсестра отримує мінімальну зарплату</li> <li>нестача середнього персоналу через низькі зарплати</li> <li>зарплата фельдшера трохи більше мінімальної</li> <li>важко привабити спеціалістів працювати на периферії</li> </ul>  |

| Позитивна тенденція  | Негативна тенденція  |
|--|--|
| <p><b>Отримання медпослуг</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• наявність реабілітаційного центру для залежних на базі релігійної організації</li> <li>• новий пологовий будинок</li> </ul>   | <p><b>Заохочення медпрацівників</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• через фінансування сільських ФАПів у сімейних лікарів зарплати нижче, ніж в Рівному</li> <li>• відсутність програм заохочень для лікарів (фельдшерів, медсестер) первинної ланки</li> <li>• не вдалося влаштувати лікарів первинки у новий гуртожиток, створений вторинкою</li> <li>• безоплатна робота у випадку заміни відсутнього медпрацівника</li> </ul>   |
| <p><b>Задоволеність пацієнтів</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 78% задоволеності медичними послугами (неперевірена цифра)</li> <li>• відсутність негативних відгуків від пацієнтів (зокрема про сімейну медицину, роботу фельдшерів)</li> <li>• зменшення скарг пацієнтів на медпослуги</li> <li>• медзаклади дослухаються до негативних відгуків</li> <li>• позитивне ставлення до приватної медицини</li> </ul>  | <p><b>Якість послуг</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• В Рівному якість медпослуг краща</li> <li>• великі черги в Рівному</li> <li>• лікарі напругу не цікавляться задоволеністю пацієнта послугами</li> <li>• поза містом швидкі не вкладаються у норматив доїзду</li> <li>• дороге лікування з низькою якістю в Острозі</li> <li>• дороге лікування з низькою якістю в Києві</li> <li>• задоволена на 40%</li> <li>• втрата кваліфікації лікарями через низьку кількість пацієнтів у пологовому будинку</li> <li>• сумніви у ефективності ФАПів</li> <li>• у ФАПах не можна здати аналізи</li> <li>• сімейні лікарі роблять мало профілактичної роботи</li> <li>• незручний прийом, бо два сімейні лікарі в одному кабінеті (паралельний прийом)</li> <li>• якість послуг залежить від лікаря</li> </ul> |
| <p><b>Організація роботи медичної системи</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• у приватній клініці достатньо пацієнтів</li> <li>• у громаді стабільна кількість укладених декларацій попри зменшення населення</li> <li>• є декларації з приватними медзакладами</li> <li>• телемедицина (відкриття консультативного центру з кардіологом, куди можна передати електрокардіограму для віддаленої оцінки)</li> <li>• електронна статистика по зверненням на вторинці</li> </ul> | <p><b>Застарілі підходи та обладнання</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• паперовий облік амбулаторного прийому</li> <li>• відсутність електронної черги через відсутність комп'ютерів та інтернету в селах</li> <li>• відсутність інтернету у частині медзакладів (ФАПах)</li> <li>• немає загальнодоступної статистики по причинах звернень у лікарню</li> <li>• відсутність КТ</li> <li>• необхідність дублювати електронний документообіг паперовим</li> </ul>  |

| Позитивна тенденція   | Негативна тенденція  |
|---|--|
| <p><b>Організація роботи медичної системи</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• в лікарні ведеться і електронна, і паперова статистика по причинам звернень</li> <li>• первинний рівень має 6 авто</li> <li>• робота регулюється контрактами</li> <li>• громада не платить обласній лікарні за послуги для мешканців</li> <li>• сімейні лікарі замінюють один одного</li> </ul>  | <p><b>Попит та пропозиція медпослуг, людський капітал</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• відсутність лікування мозкового інсульту в ОТГ через відсутність КТ</li> <li>• немає неекстренного транспортування пацієнтів (соціальний транспорт, невідкладна допомога тощо)</li> <li>• нестача дитячих лікарів (ЛОРа, офтальмолога, травматолога)</li> <li>• на вторинці не вистачає терапевтів, травматологів</li> <li>• немає будинку для осіб похилого віку, що потребують догляду</li> <li>• відтік молодих медпрацівників з громади</li> <li>• нестача сімейних лікарів</li> <li>• нестача пацієнтів для вторинки у громаді</li> <li>• збільшення поширеності серцево-судинних захворювань, онкології</li> <li>• на первинці медиків, які йдуть на пенсію, ніким замінити</li> <li>• відтік пацієнтів (зокрема пологового будинку, сімейних лікарів — підписують декларації за місцем роботи, напр., на АЕС)</li> <li>• населення не готове сприймати профілактичну роботу</li> <li>• нестача персоналу у ФАПх</li> </ul> |
| <p><b>Організація роботи медперсоналу</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• достатня кількість медпрацівників</li> <li>• великий стаж роботи медпрацівників</li> <li>• поява молодих спеціалістів на первинці</li> <li>• вчасна виплата зарплати медпрацівникам</li> <li>• зарплата лікаря у приватній клініці залежить від кількості декларацій (медсестер / медбратів — ні)</li> <li>• окрема плата лікарям у приватній клініці за незадекларованих пацієнтів</li> <li>• лікарі розглядають можливість роботи у приватній клініці</li> <li>• готовність до приватної практики, якщо буде достатньо пацієнтів</li> <li>• забезпечення медпрацівників гуртожитком (тільки для лікарів вторинки)</li> </ul> | <p><b>Плата за медпослуги та їх доступність</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• безкоштовні медичні послуги «покрощуються» за додаткову плату</li> <li>• доводиться платити за безкоштовні послуги (у ФАПх — ні, далі — так)</li> <li>• як кажуть, без грошей «не помажеш, не поїдеш»</li> <li>• люди похилого віку не завжди можуть платити за медпослуги</li> <li>• люди не звикли платити за медпослуги</li> <li>• є люди, для яких вартість маршрутки висока</li> <li>• якщо в громаді не буде вторинки, бідні люди не поїдуть у Рівне за медпослугами</li> <li>• погані дороги — найбільша проблема</li> <li>• обмежений доступ до медпослуг для пенсіонерів</li> </ul>  |

| Позитивна тенденція   | Негативна тенденція  |
|---|--|
| <p><b>Організація роботи медперсоналу</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>забезпечення медпрацівників гуртожитком (тільки для лікарів вторинки)</li> <li>місто динамічно розвивається — додатковий фактор заохочення медпрацівників</li> <li>доплата за категорію, стаж</li> <li>премії за додаткове навантаження</li> </ul>   | <p><b>Плата за медпослуги та їх доступність</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>обмежений доступ до медпослуг для пенсіонерів</li> <li>обмежений доступ людей без власного транспорту до медичних та аптекарських послуг</li> <li>мобільної бригади для проведення вакцинації немає</li> <li>пацієнти з сіл для проведення вакцинації їдуть у амбулаторію</li> <li>ФАПи не проводять щеплення від ковід</li> <li>важко зв'язатися з сімейним лікарем</li> <li>фельдшер не може в повній мірі забезпечити всі потрібні медпослуги</li> <li>ін'єкції, вимірювання тиску роблю самостійно (пацієнт)</li> </ul>   |
| <p><b>ФАПи:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>забезпечують доступ до медпослуг маломобільним мешканцям</li> <li>можуть зробити кардіограму, поміряти цукор</li> <li>фельдшерам безкоштовно видають велосипеди</li> <li>проводять профілактичну роботу</li> <li>здійснюють патронаж новонароджених, ходять на виклики додому</li> <li>фельдшери радяться із сімейними лікарями при надання консультацій пацієнтам</li> <li>лікарі приватного закладу збирають інформацію про пацієнтів через ФАПи</li> <li>послуги ФАП безоплатні для населення</li> <li>фельдшер справляється зі своєю роботою</li> <li>схвально ставляться до головного лікаря первинної ланки медсистеми</li> <li>якісне обслуговування у ФАПі</li> <li>ФАПи обслуговують сусідні села</li> <li>фельдшер виконує соціальні функції (соцпрацівника)</li> <li>медсестри зможуть замінити ФАПі і амбулаторії у випадку скорочення мережі</li> </ul> | <p><b>Організація роботи</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>збереження мережі за рахунок низьких зарплат</li> <li>відсутність навчання роботі у електронній базі</li> <li>збої у роботі електронної системи (зависає)</li> <li>відсутність приміщень для амбулаторій та лабораторій на первинній ланці, доводиться орендувати їх</li> <li>відсутність статистики захворюваності та смертності у місцевої влади</li> <li>відсутність стратегії розвитку медпослуг</li> <li>недосконала електронна статистика на первинці, не показує анамнез пацієнтів, лише вік</li> <li>значне зростання навантаження на лікарів первинки під час піку COVID-19</li> <li>неможливість роботи як ФОП через залежність від лабораторії</li> <li>ненормований графік сімейних лікарів (дзвінки вночі)</li> <li>телефони сімейних лікарів опублікували у газеті, пацієнти почали дзвонити 24/7</li> <li>через віддаленість пологового будинку від багатопрофільної лікарні — додаткові витрати на виконання вимог НСЗУ</li> </ul> |

| Позитивна тенденція  | Негативна тенденція   |
|--|---|
| <p><b>ФАПи:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• забезпечують доступ до медпослуг</li> <li>• ФАП знижують навантаження на сімейних лікарів</li> <li>• під час пандемії пацієнти лікувалися у ФАПах (ін'єкції, вакцинація, патронаж)</li> </ul>   | <p><b>Організація роботи</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• негативне ставлення до роботи за сумісництвом</li> <li>• є непрофільні виклики для швидкої</li> <li>• 30% неправдивого опису стану при викликах швидкої</li> <li>• нечесна конкуренція через пов'язаність приватної клініки і лікарні вторинного рівня</li> <li>• велике навантаження від різнопланових дзвінків до сімейного лікаря</li> <li>• є авто, але ми на ньому не їздимо (первинка)</li> <li>• у селах без ФАП доступ до медичної допомоги через швидку</li> </ul>   |
| <p><b>Екстрена допомога</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• регулярне навчання працівників служби екстреної допомоги</li> <li>• 3 бригади працюють цілодобово</li> <li>• є один автомобіль найвищого класу С (реанімобіль)</li> <li>• відсутність значного збільшення викликів швидкої під час COVID-19</li> <li>• швидкі транспортують хворих в місцеву лікарню чи лікарні сусідніх громад</li> <li>• швидка у контакті з усіма ФАПами, можуть уточнювати інформацію щодо хворого</li> </ul> | <p><b>Медпрацівники</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• несприйняття професійної самостійності медсестер</li> <li>• другорядність медсестер/медбратів у сприйнятті: медсестра — помічниця лікаря у «паперовій роботі»</li> <li>• невіра в спроможність медсестри / медбрата</li> <li>• небажання працювати у приватному медзакладі</li> <li>• у медсестер немає кар'єрного зростання</li> <li>• відсутність зацікавленості у приватній практиці (власна практика)</li> <li>• відсутність планів щодо розвитку кар'єри через передпенсійний вік</li> <li>• відсутність планів кар'єрного розвитку</li> <li>• злякалася труднощів роботи в приватному закладі</li> </ul> |
|  | <p><b>Співпраця між ОТГ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• немає координації щодо підписання пакетів з медзакладами інших ОТГ</li> <li>• дублювання пакетів у кількох ОТГ</li> <li>• питання співпраці медзакладів різних ОТГ залежить від політичної волі</li> </ul>   |



| Позитивна тенденція  | Негативна тенденція   |
|--|---|
|  | <p><b>Недолученість медпрацівників до ухвалення рішень</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• колектив не приймає участі у створенні трудового договору — лише адміністрація</li> <li>• адміністрація медзакладу визначає зарплату та прописує у колективному договорі (недолучення працівників)</li> <li>• співробітників медзакладів не залучають до розробки стратегії розвитку медпослуг у громаді</li> <li>• співробітників медзакладів не залучають до вирішення проблем медзакладів</li> </ul>   |
| <p><b>Нейтральна тенденція (або особливості медичної системи громади)</b></p>  | <p><b>Бажане</b></p>  |
| <p><b>Характеристика громади</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• близькість до АЕС</li> <li>• основні причини смертності: серцево-судинні, онкологія, травми (зараз ще — ковід)</li> <li>• 80% бюджету громади йде на освіту</li> <li>• відсутність медичних освітніх закладів</li> </ul>   | <p><b>Розвиток медичної системи</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• розробка стратегії розвитку медпослуг</li> <li>• співпраця громад у сфері вибору пакетів НСЗУ</li> <li>• мати співробітником місцевої влади кваліфікованого медика</li> <li>• в громаді має функціонувати первинний, вторинний рівень медпослуг, а також невідкладна та екстрена допомога</li> </ul>   |
| <p><b>Медична система та послуги</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• приватна лікарня працює 2 роки</li> <li>• приватна лікарня орієнтована на первинний рівень</li> <li>• авіаційна медицина недоцільна у громаді</li> <li>• 200 грн прийом сімейного лікаря у приватному закладі</li> <li>• зробила вибір на користь молодого сімейного лікаря</li> <li>• паліативна допомога дозволяє якісно жити до останньої хвилини</li> <li>• первинна ланка не може надавати повноцінні паліативні послуги</li> <li>• співвідношення лікарів та медсестер 1:1 на первинці (без врахування ФАПів)</li> <li>• медсестрам вистачає повноважень</li> <li>• приватні заклади конкурують за декларації з комунальним медзакладом</li> </ul> | <p><b>Розширення переліку медичних послуг та їх якість</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• забезпечення КТ</li> <li>• транспортування пацієнтів до амбулаторій</li> <li>• при наявності мамографа можна отримати пакет по ранній діагностиці раку молочної залози</li> <li>• ще 2 пакети ранньої діагностики онкології (є 4 з 6)</li> <li>• пакет НСЗУ з консервативного лікування інсульту</li> <li>• пакет НСЗУ по COVID-19</li> <li>• пакет НСЗУ по гемодіалізу</li> <li>• сімейні лікарі повинні надавати частину послуг з паліативної допомоги</li> <li>• фінансування неперіоритетних напрямків за рахунок пріоритетних (зокрема утримання вузьких спеціалістів за рахунок збільшення попиту на послуги пологового будинку)</li> </ul> |

| Нейтральна тенденція (або особливості медичної системи громади)   | Бажане  |
|---|---|
| <p><b>Медична система та послуги</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>лікарі у приватному і комунальному закладі однакові за професійністю</li> <li>робота швидкої регулюється на рівні області</li> <li>до сімейних лікарів звертаються частіше, ніж у швидку</li> <li>денний стаціонар у приватній клініці</li> <li>у громаді є попит на реабілітаційні послуги після інсульту</li> <li>швидка транспортує паліативних хворих</li> </ul>  | <p><b>Розширення переліку медичних послуг та їх якість</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>створення невідкладної допомоги для покращення якості медпослуг</li> <li>відкриття пунктів забору аналізів</li> <li>відкрити лабораторію для аналізів на первинці (наразі ці послуги замовляються на вторинці за 30-50 тис. грн на місяць)</li> <li>перспективні напрямки — високі технології, ендоскопія, колоноскопія, мамографія</li> <li>доступність якісних та кваліфікованих послуг на первинці</li> <li>покращення рівня послуг зі збереженням рівня витрат</li> <li>краща матеріально-технічна база</li> <li>покращити устаткування</li> <li>ліквідація ФАПів, бо там не надаються якісні послуги</li> </ul>  |
| <p><b>Пацієнти</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>багато людей потребують послуги з догляду</li> <li>більшість звернень від мешканців сіл, бо сільська громада</li> <li>більшість викликів швидкої — від людей старшого віку</li> <li>5% викликів швидкої — на травми</li> <li>кожну добу кілька викликів швидкої від людей з психіатричними проблемами</li> <li>в статистиці звернень найчастіше серцево-судинні хвороби</li> <li>на вторинному рівні з метою профілактики не більше 5% звернень</li> <li>найбільше серед звернень у приватну лікарню — пенсіонерів до кардіолога</li> <li>п'ять пацієнтів в ОТГ потребують гемодіалізу</li> </ul> | <p><b>Організація роботи</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>збільшення штату медпрацівників у приватній клініці</li> <li>відмова від приміщень ФАПів при збереженні фельдшерів на місцях</li> <li>забезпечення амбулаторії транспортом - аналог невідкладної допомоги</li> <li>збереження пологового будинку</li> <li>збільшення повноважень медсестер</li> <li>збір статистики захворюваності та смертності місцевою владою</li> <li>хотілося б, щоб працювало більше медсестер</li> <li>підключення ФАПів до інтернету</li> <li>єдиний кол-центр для пацієнтів сімейних лікарів</li> <li>надання медпослуг мешканцям інших громад</li> <li>потрібен окремий кабінет для медсестринських процедур</li> <li>необхідність регулярної медичної допомоги (пацієнт)</li> <li>в селах необхідні медпрацівники</li> </ul> |

| Нейтральна тенденція (або особливості медичної системи громади)   | Бажане  |
|---|---|
| <p><b>Фінансування, оплата праці</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• громада фінансує утримання медзакладів та енергоносії</li> <li>• закупівля обладнання з грошей НСЗУ</li> <li>• майно лікарень в оренду здається через аукціон після рішення депутатів</li> <li>• мотивація роботи в приватній клініці — додатковий заробіток</li> <li>• НСЗУ оплачує медичні послуги з паліативу, соціальна послуга паліативної допомоги йде через соціальні центри</li> <li>• робота у державній та приватній клініці за сумісництвом задля більшого заробітку</li> <li>• однакова ставка медсестри у державній та приватній клініці</li> <li>• кошти НСЗУ йдуть на зарплати</li> <li>• первинка фінансується НСЗУ</li> <li>• на обладнання фінансування йде лише з грошей НСЗУ</li> <li>• незначне збільшення зарплати</li> </ul>   | <p><b>Фінансування, оплата праці</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• збільшення зарплати</li> <li>• оплата вартості енергоносіїв з держбюджету</li> <li>• регулювати зарплату має адміністрація медзакладу</li> <li>• рівень навантаження має впливати на заробітну плату</li> <li>• фінансування ФАПів НСЗУ дозволить утримати медичну мережу</li> <li>• доцільна окрема тарифікація медсестринських та фельдшерських послуг</li> </ul> |
| <p><b>Обов'язки</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• медсестра займається супроводом прийому: аналізи, документація, електронні рецепти</li> <li>• ФАПі надають загальні консультації, а з вузькими питаннями направляють до сімейного лікаря</li> <li>• фельдшер — перехідна ланка між медсестрою і лікарем</li> <li>• ФАПі не видають направлення на вторинку та лікарняні</li> <li>• у ФАПі в день близько 10 звернень, коли щеплення — до 25</li> <li>• навантаження на фельдшерів у порівнянні з медсестрами більше, бо у ФАПі вони працюють без лікаря і мають ухвалювати рішення самостійно</li> <li>• медсестра виконує процедури, а лікар — аналітичну роботу</li> <li>• медсестра веде документацію та допомагає при проведенні маніпуляцій</li> <li>• медсестра не може замінити амбулаторію, може працювати на ФАП</li> <li>• обов'язки старшої медсестри контролювати медикаменти</li> </ul> | <p><b>Розвиток людського капіталу</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• вплив колективу на формування зарплати</li> <li>• брати участь у програмах обміну, іноземних конференціях</li> <li>• дистанційне навчання (зокрема онлайн курси підвищення кваліфікації)</li> <li>• бажання професійного вдосконалення</li> </ul>  |

| Нейтральна тенденція (або особливості медичної системи громади)  | Бажане   |
|--|--|
| <p><b>Організація роботи</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• приватна клініка наразі не наймає працівників</li> <li>• однакове обладнання у державних та приватних медзакладах</li> <li>• у деяких ФАП фельдшер веде прийом без медсестри</li> <li>• відсутність ФАПів у деяких населених пунктах</li> <li>• 5 машин швидкої допомоги</li> <li>• приватний заклад працює у тісній взаємодії з лікарнею вторинки, лікарі - сумісники</li> <li>• сімейні лікарі не часто їздять на виклики, бо лікар має працювати на своєму робочому місці</li> <li>• відсутність обслуговування на вторинці без направлення сімейного лікаря</li> <li>• швидкі, якщо вкладаються в терапевтичне вікно, везуть зворих з інсультами, інфарктами у Рівне</li> <li>• швидка доставляє у місцевий пологовий, якщо треба Рівне — везуть на машині пологового</li> <li>• 15% госпіталізованих швидка везе у Рівне</li> <li>• куди швидка доправляє госпіталізованого узгоджується з старшим лікарем зміни</li> </ul> | <p><b>Характеристика громади</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• якісні дороги</li> </ul> |

# Додаток 4. Вибрані цитати

## Фінансування та зарплати

Бюджет громади створюють в основному аграрії та Національний університет «Острозька академія». Основний дохід громади це ПДФО. У нас немає ні виробництва глобального, ні копалин. Стандартний виживаючий район, — представник/ця місцевої влади (Респондент 1).

Приблизно 80% власного бюджету йде на утримання сфери освіти, — представник/ця місцевої влади (Респондент 1).

Частка фінансування за рахунок НСЗУ — це точно більше 90%. З місцевого бюджету покриваються тільки комунальні платежі, енергоносії і т.д. Що Центру первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД), що лікарні, — представник/ця місцевої влади (Респондент 1).

З ЦПМСД ситуація стабільна. З багатопрофільною лікарнею ситуація трохи інша, тому що постійно відбуваються зміни фінансування, в залежності від того, як вони там чітко ведуть електронну реєстрацію випадків. Там такі значні скачки, не до кінця маємо ясність, як ми будемо жити далі і як будемо далі рухатись, — представник/ця місцевої влади (Респондент 1).

Все фінансування іде від НСЗУ. Всі необхідні матеріали — від Центру екстреної медичної допомоги. Забезпечення на 100%, всього вистачає, медикаменти маємо у повному обсязі. Апаратуру забезпеченні. Транспорт у належному рівні. Паливно-мастильними матеріалами забезпечені. Кисень отримуємо централізовано, — представник/ця медичної спільноти (Респондент 11).

Медичні заклади первинного і вторинного рівня у нашій громаді фінансуються виключно з НСЗУ — це основна частина бюджету. І якщо за місцевими програмами, то місцеві органи влади можуть передавати кошти на ті чи інші види медичних програм для лікувальних закладів. Ну відсоток я точно не можу сказати. Ну якщо бюджет лікарні 40 млн грн на рік, то з громади на енергоносії це може бути 1.5 млн грн на рік, — представник/ця медичної спільноти (Респондент 9).

В цей час, коли ми почали працювати з НСЗУ, ми трішки покращили свою матеріально-технічну базу. Докупили обладнання, що нам дало можливість заключити пакети послуг з НСЗУ. Але якби було ще обладнання, то ми могли б мати ще більший спектр послуг. Тому обладнання — це момент найбільш проблемний і болючий, бо воно є дороговартісне, — представник/ця медичної спільноти (Респондент 9).

Ставлення [до медреформи] двояке. Є позитивні зрушення, є негативні зрушення. Ми зараз залежимо від тих декларацій, які уклали із нашими пацієнтами. У нас залишається досить розгалужена мережа закладів охорони здоров'я. Фінансування ФАПів і заробітна плата лягають на плечі тих лікарів, які зараз мають укладені декларації. Для міста розгалуженої мережі немає, є чітко амбулаторія, є лікарі, які там працюють, а ФАПів немає. Це [потреба у ФАПах] пов'язано з віддаленістю населених пунктів, — представник/ця медичної спільноти (Респондент 3).

НСЗУ на даний момент не бачить медсестру як окрему особу, якій вона готова надавати гроші за надану послугу. Вона бачить медсестру як помічника лікаря і платить за пацієнта. Чи у вас буде біля одного лікаря 2 чи 3 медсестри, наразі це не розглядається. Хоча є моменти, там по нормі має бути 2 медсестри у травматологічному кабінеті. Але з тими коштами, що платить НСЗУ, утримати такий штат дуже важко — не вистачає грошей на зарплату, — представник/ця медичної спільноти (Респондент 9).

В плані діагностичних речей медсестра робить багато чого. Наприклад, лікар знімок тільки описав, а усю послугу робив рентген-лаборант. То я вважаю, що можна ділити їхній заробіток у даному обстеженні. Так само і на операції не можна сказати, що все зробив тільки лікар. Однозначно функцію і роль медсестер потрібно оцінювати на рівні НСЗУ також, — представник/ця медичної спільноти (Респондент 9).

Тепер в умовах заключених контрактів з НСЗУ підприємство працює відповідно до фінансового плану. І заробітна плата працівнику виплачується відповідно до виконання фінансового плану. Хто має регулювати? Очевидно адміністрація, у яку входить головний лікар, головний бухгалтер, заступники головного лікаря, відділ кадрів, бухгалтерія, що нараховує, економіст. Тобто ті люди, які мають можливість оцінити виконання фінансового плану. У колективному договорі ці речі повинні бути прописані і таким чином регулюється заробітна плата, — представник/ця медичної спільноти (Респондент 2).

Бракує нормальної заробітної плати. Це одне єдине, що хотілося б, — представник/ця медичної спільноти (Респондент 10).

Лікар вже закінчив інтернатуру, із Острозького району, він мав працювати у нас, він не вийшов на роботу, тому що грошей, щоб компенсувати його навчання, тут немає, він пішов в Рівне. Тут, якщо він мав би 1800 декларацій, спочатку у нього було б біля 10-12 тис. грн зарплата, а там він отримує при такій же кількості пацієнтів біля 20 тис. грн. Одна справа працювати в великому місті, інша справа обслуговувати кілька сіл і фактично не мати ні дня, ні ночі на відпочинок, — представник/ця медичної спільноти (Респондент 3).

## Медичні послуги

Якщо кожна громада почне розвивати хірургію, то може дійти до того, що скрізь буде хірургія, але, наприклад, ніде не буде кваліфікованого офтальмолога. На мій погляд, треба розробити різні вектори для різних громад, щоб був певний симбіоз між громадами, — представник/ця місцевої влади (Респондент 1).

Я вважаю, що приватна медицина має право на існування. Це шлях до створення конкурентних послуг і послуг кращої якості. На вершині цієї піраміди має бути пацієнт. Він повинен обирати до якого закладу він хоче іти. Якщо він обирає приватний заклад, і той має угоду з НСЗУ про відшкодування, то він йде і тут питань немає, — представник/ця медичної спільноти (Респондент 2).

В приватному [закладі] краще, тому що дослуховуються до потреб [лікарів]. Я не кажу, що це вимоги; це потреби. В нас не буває таких черг, як на державному прийомі, тому пацієнтам так зручніше, — представник/ця медичної спільноти (Респондент 13).

Не так давно зданий в експлуатацію пологовий будинок з достойними умовами перебування. Потужна будівля. І їй умовно, щоб існувати, потрібно 600-700 пологів на рік. У нашій громаді відбувається 400 пологів, з них половина народжує не у нашому пологовому будинку. Частина їде у Рівненський перинатальний центр, який веде політику, щоб заманювати пацієнтів, тобто установи борються за клієнта, — представник/ця місцевої влади (Респондент 1).

Ми шукаємо варіанти... Нам не хотілося втрачати пологовий будинок, дуже гарна будівля. Але ми шукаємо варіанти, що зробити для того, щоб він зберігся, міг себе утримувати, і ми могли би такий вид медичних послуг розвивати. Ми шукаємо, яким би шляхом це зробити з найменшими втратами для громади в цілому — представник/ця місцевої влади (Респондент 1).

Транспортних засобів для транспортування пацієнтів немає, але медичні працівники мають змогу виїжджати та відвідувати пацієнтів, — представник/ця медичної спільноти (Респондент 3).

Найбільш віддалена точка [громади] — це 40 км [від станції швидкої]. Враховуючи дорожнє покриття, по місту швидка вкладається у норматив доїзду у 10 хвилин. А в села за 20 хвилин не може доїхати. В ближні села вкладається, а у ті, віддаленіші, — не вкладається, — представник/ця медичної спільноти (Респондент 11).

Час доїзду [швидкої] до 1 години, можливо 40 хвилин. Це за сприятливих погодних умов, — представник/ця місцевої влади (Респондент 1).

Зараз є програми по обслуговування хворих з гострим коронарним синдромом, інфарктом міокарду та ішемічними інсультами. Якщо швидка вкладається у терапевтичне вікно (по гострому коронарному синдрому — 3 години), то транспортує прямо в Рівне. Який центр приймає, туди напряму відправляють хворих. Так само з інсультними хворими, якщо швидка вкладається в терапевтичне вікно, то напряму везе у інсультні центри, де їм надається специфічна допомога згідно протоколів. Також хворих з черепно-мозковими травмами, якщо хворий є нейрохірургічним, також напряму везе у Рівне. Хворих з опіками везе в опіковий центр. Проводиться диференціація в залежності від важкості хворих. Якщо хворий важкий, але стабільний, тобто можна його за 50 км довести, то його везуть в обласний центр, — представник/ця медичної спільноти (Респондент 11).

Є непрофільні виклики [швидкої]. В диспетчерській є диференціація, є лікар консультант цілодобово. Але є багато ще хронічних хворих з гіпертоніями. Сімейний лікар не завжди в змозі допомогти у випадках підвищення тиску, в таких ситуаціях мусимо допомогти, — представник/ця медичної спільноти (Респондент 11).

ФАПи, як я розумію, скоро відійдуть на другий план. Працівники ФАП — це люди пенсійного і передпенсійного віку, і якщо вони підуть на пенсію, то там їх немає ким замінити, просто ніхто не хоче йти працювати, — представник/ця медичної спільноти (Респондент 3).

Окрім пацієнтів, яких привозять у швидкій з інсультами, є також багато самозвернень з інсультами. А оскільки у лікарні немає апарата КТ, витрачається час та гроші, пацієнти перенаправляються у Рівне, — представник/ця медичної спільноти (Респондент 9).

Лікарні... вони мають пакет «паліативна допомога» і відділення на кілька ліжок, де такі хворі можуть бути госпіталізовані. Але самі розумієте, що той фельдшер, який є на селі, він є і соціальний працівник, тобто він і на дому виконує соціальні функції, повідомляє соціальні служби, і вони разом вирішують питання, які виникають [з паліативними хворими], — представник/ця медичної спільноти (Респондент 3).

Мережа виконує свою функцію, це зменшує навантаження на сімейних лікарів та амбулаторії. Вони проводять і вакцинацію, і патронаж. Коли був COVID-19, то відділення багатопрофільної лікарні було перепрофільовано під COVID-19, при цьому госпіталізація відбувалася тільки в ургентних випадках. А все інше — ін'єкції внутрішньовенні, внутрішньом'язові — робили у мережі. Навантаження лягало на мережу, і ми всі зрозуміли, що мережа потрібна, — представник/ця медичної спільноти (Респондент 3).

ФАП, з однієї сторони, вони потрібні. Тому що є жителі у селах, що не мають доступу до медицини. У них той фельдшер — це як друга людина після батюшки. Навіть той тиск поміряти. З іншого боку, якщо всього декілька людей приїде на той ФАП на день, то це абсолютно нерентабельно, — представник/ця медичної спільноти (Респондент 4).

Ми намагаємося профілактикою займатися більше ніж лікуванням, — представник/ця медичної спільноти (Респондент 4).

В поліклініці 2 кабінети по 2 [сімейних] лікаря, трохи тіснувато, — представник/ця медичної спільноти (Респондент 4).

[про ФАПі] Патруємо дітей новонароджених, на виклики ходимо, і капаємо, і колемо, кому треба, слухаємо все. Які в кого скарги, таких і обслуговуємо людей, — представник/ця медичної спільноти (Респондент 5).

...в ФАПі. І кардіограму можуть зробити, і глюкометр є, навіть ще ремонт хороший. Принаймні і вода централізована: і гаряча, і холодна. То, дякувати Богу, цивілізація, — представник/ця медичної спільноти (Респондент 5).

Для нас не стоїть питання відкриття ФАПів, а скоріше їх ліквідації. Відверто я не бачу перспективи у ФАПах. Я не бачу, як вони почнуть якісно надавати свої послуги, — представник/ця місцевої влади (Респондент 1).

НСЗУ ФАПі не бачить, НСЗУ бачить амбулаторії і, в принципі, усе. Ми думаємо над тим, чи не почати розвивати глибше самі амбулаторії, не звільняючи персонал, але перестючи використовувати ФАП як приміщення. Тобто ми лишаємо фельдшера на роботі, він здійснює обслуговування, грубо кажучи обхід в себе... Але якщо раптом якась така ситуація, що потребує денного перебування пацієнта і не потребує втручання вторинного рівня — щоб їх можна було доставляти в амбулаторію, яка буде мати ліжко-місце. І вони там будуть у денному стаціонарі перебувати, і повертатися своїми силами додому ввечері, — представник/ця місцевої влади (Респондент 1).

Фельдшер знає своїх пацієнтів та здійснює обхід по будинках. Аналізів у ФАП не проводять. Таким чином, ми утримуємо велику кількість приміщень, ми їх опалюємо, але надати якісну послугу ми не можемо. І людині навіть для здачі аналізів треба їхати у лікарню, — представник/ця місцевої влади (Респондент 1).

Мобільні бригади не працювали. Ми не виїжджали, люди приїжджали до нас сюди в Остріг. Проблем не було. Раз чи два ми виїхали. Їм [пацієнтам] простіше було до нас, ніж нам до них. По 5 вакцинацій на населений пункт бувало, — представник/ця медичної спільноти (Респондент 3).

Викликають ШМД, а ШМД їхати 20 км, вагітність чи травма, ми садимо [у автомобіль первинки] і їдемо, або самі доставляємо (дуже рідко, в основному ШМД займається), чи їдемо на зустріч до ШМД, потім перекладаємо. Чи вагітних веземо до пологового за необхідності. Возимо вакцини, — представник/ця медичної спільноти (Респондент 3).

У нас є кабінет долікарського огляду, де приймає медична сестра, вона проводить різні обстеження, вирішує до якого фахівця має йти пацієнт. Але зараз я не бачу такої потреби, щоб медична сестра мала вести самостійно прийом, враховуючи те, що до нас пацієнт звертається уже, як правило, після огляду та збору анамнезу сімейним лікарем. Я не бачу потреби у самостійному прийому медсестрою, — представник/ця медичної спільноти (Респондент 2).

...покращити устаткування. Навіть той самий рентген допотопний. І, так само, апарат для кардіограми. Я просто порівнюю те, що було в Рівному. Устаткування в Рівному значно краще. Це стосується як первинної, так і вторинної ланки, — пацієнт/ка (Респондент 6).

Черги в Рівному дуже великі навіть зараз. А якщо до Рівного вся громада поїде, то вони не потягнуть таке навантаження, — пацієнт/ка (Респондент 6).

Жителі сіл мають контакти сімейного лікаря і з ним контактують. На ФАПі впливу ми не маємо, але ми беремо в них дані по тих людях, які в нас законтраковані, — представник/ця медичної спільноти (Респондент 7).

Державні та приватні заклади по матеріально-технічній базі однакові. Єдине, в приватній лікарні обладнання трішки новіше, бо вона нова, — представник/ця медичної спільноти (Респондент 7).

Медсестри можуть замінити амбулаторії, бо хтось має надавати ці послуги в селах, а амбулаторії там закриваються, — представник/ця медичної спільноти (Респондент 7).

Вже є такі спеціалізації, де знайти кваліфікованого спеціаліста дуже важко. 5 громад їздять до 1 громади, тому що спеціаліст є тільки в цій одній громаді, — представник/ця місцевої влади (Респондент 1).



## Взаємодія з пацієнтами, задоволеність пацієнтів

Перехідний період [у зв'язку з медреформою] завжди важкий. Зараз пацієнти не знають, що їм робити, куди їм йти. Куди кому дзвонити. Вони телефонують, коли потрібно і коли ні. Ще не вивчили, як воно буде працювати, — представник/ця медичної спільноти (Респондент 4).

В нас на ФАП обслуговує дуже хороша дівчина. Чуйна, як треба укол зробити. Я часто хворію і часто з нею стикаюсь. Завжди приходить. Ніколи не відмовляє. Дуже нею задоволена, — пацієнт/ка (Респондент 8).

Поки ще немає електронної черги. У тих місцях, де вона є, вже набагато легше. Зранку [у нас] стоїть черга людей, які прийшли, бо просто собі вирішили направлення взяти. Починаємо розбиратися, куди що потрібно, — представник/ця медичної спільноти (Респондент 4).

Телефонні дзвінки — важко. Кажуть: «а я прийду», «а я вже під дверима», «а як мені до лора», «а чи є хірург». Це якби був у нас такий колцентр і ці електронні черги, то було б трошки легше. Зараз трошки сумбурність якась є, — представник/ця медичної спільноти (Респондент 4).

...А потім вивісили список всіх лікарів з їх телефонами у фейсбуці, у газеті. Будь ласка, як раз пішов ковід, дзвонить своїм [сімейним лікарям]... Ну сказано ж було, дзвонить своїм [сімейним лікарям] 24/7. Ось люди це сприйняли дослівно. 24/7 вони і телефонували. Зараз ми трошки уже їх навчаємо, — представник/ця медичної спільноти (Респондент 4).

У нас же ідуть електронні записи і поки що статистики такої не показує по пацієнтах. Ми ще паралельно ведемо паперові варіанти, то ми можемо орієнтуватися, з якими хворобами йдуть пацієнт. А так, ще таких статистичних даних у нас немає. У нас тільки статистика показує вікову категорію, яка набрана. А так по захворюваннях ще у нас не видно скільки у нас на обліку, — представник/ця медичної спільноти (Респондент 4).

Ну знаєте, по пацієнту одразу видно в розмові, чи задоволений він чи ні. Як є негатив, то він проявляє негатив. Але так щоб на коридорі я цікавилась.. Ну може таке соціальне опитування треба провести, — представник/ця медичної спільноти (Респондент 4).

За 5-бальною шкалою [задоволена медичними послугами на] 3,8. Не можу сказати, що це 4. Тут сімейний лікар йде у відпустку, ти йдеш шукаєш якогось другого сімейного лікаря, невідомо до якого тобі треба йти. Знаєте, мені було проблемно знайти того другого сімейного лікаря, — пацієнт/ка (Респондент 6).

У нас дуже так проблемно, що сидить два сімейних лікаря в одному кабінеті. Коли приходиш на прийом, то приймають ще другу людину паралельно. А до самого лікаря претензій немає, більше — в організаційному плані, — пацієнт/ка (Респондент 6).

Ну в нашому закладі є книга звернень і скарг. Якщо наявні до нас звернення з приводу покращення медичної допомоги чи з приводу роз'яснення питань, то проводиться аналіз. Протягом років кількість звернень пацієнтів зменшується, — представник/ця медичної спільноти (Респондент 9).

Напевно, що в Рівному краще. Тому що якимось швидше надають послуги. Взагалі, важко пояснити чому. Тут приймає декілька лікарів, і всі вони наче як небожителі. Можливо, не такі відкриті до допомоги. Коли входиш у кабінет, вона сидить з таким ну.. Ну не всі звичайно, це людський фактор, але більшість... Можливо, [це тому] що тут у нас мала конкуренція серед лікарів. Вони сидять на своїх посадах дуже давно, вони розуміють, що їх ніхто не підсидить. В район мало хто хоче йти працювати на тому устаткуванні. Хто має кращі знання і пробивніший, то він собі знаходить краще місце роботи, ніж в Острозі. Я не кажу що вони погані, але вони приходять, і їх такими робить система. От вона прийшла, і вона тут одна спеціаліст, і всі до неї йдуть, і всі просять. Сама система породжує, що люди стають такими, — пацієнт/ка (Респондент 6).

...[задоволена медпослугами] на 40%. Бо куди не кинь, то, як кажуть, без грошей «не помажеш, не поїдеш», — пацієнт/ка (Респондент 8).

Укол сама роблю. Тиск сама міряю. Перев'язку як треба робити, то фельдшер приходить. Нічого фельдшеру не платила за перев'язку. А от як дальше поїдеш... Якщо не даси, то нічого не получається, — пацієнт/ка (Респондент 8).

Воно наче й безкоштовно, але як даси гроші, то наче і краще, — пацієнт/ка (Респондент 8).

Якщо в напрямку пологів, то у нас 35% вагітних їде народжувати до інших закладів. От у цьому напрямку тікають пацієнти. Не готовий поки що визначити причину, — представник/ця медичної спільноти (Респондент 9).

[завдяки медреформі] наша лікарня стала зовсім іншою. Зроблені хороші ремонти. Закуплено багато сучасного обладнання. Думаю, ми зможемо заробляти кошти за рахунок кількості пацієнтів. Пацієнтам потрібен комфорт, увага, лікування хороше. Пацієнтів багато, ми задоволені цим всім, — представник/ця медичної спільноти (Респондент 10).

Хворі, яким вже відмовили [при виклику швидкої], вже знають, що сказати, і вони будуть викликати з болями в серці, а приїхали там зовсім [інше]. Чи тиск піднявся чи температура, ну багато. Відсотків 30% - неправдиві виклики, не співпадають з тією інформацією, яка отримана на планшет, — представник/ця медичної спільноти (Респондент 11).

### Доступність медпослуг

Найбільша проблема — погані дороги. Дуже важко поїхати до лікарні, але сказали, що колись виділять кошти і допоможуть, — представник/ця медичної спільноти (Респондент 7).

Дороги. Це єдине прохання. Дорога в дуже плачевному стані. Машини зношуються, запчастини розбиваються. Якби було краще дорожнє покриття, то скоротився б час доїзду, — представник/ця медичної спільноти (Респондент 11).

Пацієнти, з якими я працюю, не зможуть їздити до Рівного. Ми не зможемо їх возити. Ті люди, які мають нижчий прожитковий рівень, не поїдуть, — пацієнт/ка (Респондент 6).

### Приватна практика

Я розглядаю можливість приватної практики лише за умови, якщо це було б велике село. Усі юридичні моменти я готова вивчити, — представник/ця медичної спільноти (Респондент 7).

### Організація роботи

Вже зараз у комп'ютерах все фіксується. Крім того, також продовжується вестися паперова документація, — представник/ця медичної спільноти (Респондент 10).

Важко жити в період реформ. Не продумана з початку схема... навіть в електронній базі навчання не проводилося. Виникають постійні питання, постійні збої в роботі систем. Не полегшило воно роботу лікарів однозначно, — представник/ця медичної спільноти (Респондент 10).

# Додаток 5. Договори медичних закладів Острозької ОТЗ з НЗСУ на надання послуг за пакетами Програми медичних гарантій

| Назва медзакладу   | Назва групи послуг   | Суми оплат за групами послуг (04.2020 - 03.2021), грн | Наявність договору на 31.03.21 | Сума договору (станом на 31.03.21), грн | Наданих послуг (за звітами)* | Пацієнтів, яким надано послуги (за звітами)* | Наявність договору на 20.11.21 | Сума договору (станом на 20.11.21), грн |
|--|--|---|--------------------------------|---|------------------------------|--|--------------------------------|---|
| Комунальне некомерційне підприємство «Острозька багатопрофільна лікарня» Острозької міської ради Рівненського району Рівненської області, ЄДРПОУ: 01999833 | 1. Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах   | 5 668 313,28  | так                            | 5 668 313,28                            | 21                           | 21   | так                            | 4 298 005,17                            |
|  | 2. Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій  | 20 868 500,28   | так                            | 20 868 500,28                           | 515                          | 491  | так                            | 16 608 639,39                           |
|  | 3. Ведення вагітності в амбулаторних умовах  | -   | ні                             | -                                       | -                            | -  | так                            | 588 960,00                              |
|  | 4. Медична допомога при пологах  | 1 244 812,59  | так                            | 1 301 764,80                            | 150                          | 135  | так                            | 892 852,00                              |
|  | 5. Медична допомога дорослим та дітям в амбулаторних умовах (профілактика, спостереження, діагностика, лікування, медична реабілітація)                                    | -   | ні                             | -                                       | -                            | -  | так                            | 3 263 671,32                            |
|  | 6. Гістероскопія   | -   | ні                             | -                                       | -                            | -  | так                            | -                                       |
|  | 7. Езофагогастродуоденоскопія  | -   | ні                             | -                                       | -                            | -  | так                            | 9 648,00                                |
|  | 8. Колоноскопія  | -   | ні                             | -                                       | -                            | -  | так                            | -                                       |
|  | 9. Цистоскопія   | -   | ні                             | -                                       | -                            | -  | так                            | 24 108,00                               |
|  | 10. Амбулаторна вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медична допомога дорослим та дітям, включаючи медичну реабілітацію та стоматологічну допомогу | 10 500 938,76   | так                            | 10 500 938,76                           | 4031                         | 2567   | ні <sup>9</sup>                | -                                       |
|  | 11. Діагностика, лікування та супровід осіб із ВІЛ   | 54 001,80   | так                            | 54 001,80                               | - <sup>6</sup>               | -  | так                            | 54 648,00                               |
|  | 12. Стаціонарна паліативна медична допомога дорослим та дітям  | 371 291,04  | так                            | 371 291,04                              | -                            | -  | так                            | 551 418,00                              |
|  | 13. Мобільна паліативна медична допомога дорослим та дітям   | -   | ні                             | -                                       | -                            | -  | так                            | 759 564,00                              |
|  | 14. Медична допомога, яка надається мобільними бригадами, що створені для реагування на гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2          | 420 271,91  | ні                             | -                                       | -                            | 2222   | ні                             | -                                       |
|  | 15 Стаціонарна допомога пацієнтам з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2  | 18 448 109,08   | так                            | 20 333 940,21                           | -                            | 41930  | так                            | 3 292 980,28                            |
| Перехідне фінансове забезпечення комплексного надання медичних послуг закладами охорони здоров'я, умови яких застосовуються з 01.09.2020                   | 5 679 582,51   | так   | 5 679 582,51                   | -                                       | -                            | так  | 5 679 582,51                   |   |

|   |  |                       |     |                       |   |      |     |                      |
|---|--|-----------------------|-----|-----------------------|---|------|-----|----------------------|
| Комунальне некомерційне підприємство «Острозький центр первинної медичної допомоги» Острозької міської ради Рівненського району Рівненської області, ЄДРПОУ: 38543370 | 1. Первинна медична допомога   | 17987026,70           | так | 22 277 597,00         | - | -    | так | 14 877 983,00        |
|   | 2. Медична допомога, яка надається мобільними бригадами, що створені для реагування на гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2 | 369329,86             | ні  | -                     | - | 2892 | ні  | -                    |
|   | 3. Вакцинація від гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2   | -                     | ні  | -                     | - | -    | так | 5 610 000,00         |
| Товариство з обмеженою відповідальністю «ВАГАСКОМ», ЄДРПОУ: 42835590  | 1. Первинна медична допомога   | 1460419,86            | так | 1 729 077,00          | - | -    | так | 1 589 714,00         |
|   | 2. Вакцинація від гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2   | -                     | ні  | -                     | - | -    | так | 40 077,00            |
| Комунальне підприємство «Острозька обласна психіатрична лікарня» Рівненської обласної ради, ЄДРПОУ: 02010422 **   | 1. Психіатрична допомога дорослим та дітям   | 21237407,56           | так | 21237407,56           | - | -    | ні  | -                    |
|   | 2. Лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії              | 65418,48              | так | 65418,48              | - | -    | ні  | -                    |
|   | <i>Перехідне фінансове забезпечення комплексного надання медичних послуг закладами охорони здоров'я</i>  | 5166611,69            | так | 6214849,66            | - | -    | так | 6 214 849,66         |
|   | <i>Перехідне фінансове забезпечення комплексного надання медичних послуг закладами охорони здоров'я, умови яких застосовуються з 01.09.2020</i>                  | 7566757,57            | так | 7566757,57            | - | -    | так | 7 566 757,57         |
|   | 3. Стационарна психіатрична допомога   | -                     | ні  | -                     | - | -    | так | 18 811 407,69        |
| <b>Разом</b>  |  | <b>117 108 792,97</b> |     | <b>123 869 439,95</b> |   |      |     | <b>90 734 865,59</b> |

Джерело даних: НСЗУ, [відповідь](#) на запит

Примітка:

Сірим кольором виділені відсутні у певному періоді пакети

\* Якщо звіт про надані послуги поданий з помилками, ці послуги можуть бути не зараховані і не відображені у даних НСЗУ, попри те, що пацієнт отримав послугу. Також не за всіма видами послуг збирається статистика по їх кількості та кількості унікальних пацієнтів, що звернулися за даною послугою до медзакладу

\*\* Медичний заклад обласного рівня підпорядкування (третинний рівень медичної допомоги).

а. Цього пакету немає у програмі держгарантій

б. За цим пакетом діє глобальна ставка, тому виплати не залежать від кількості пацієнтів

# Додаток 6. Чисельність жителів у розрізі населених пунктів та наявність там медзакладів

| №  | Назва населеного пункту | Чисельність мешканців | Медичні заклади та кількість лікарів / фельдшерів, що надають послуги в них   |
|----|-------------------------|-----------------------|---|
| 1. | м. Острог               | 14995                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Острозька багатoproфільна лікарня (понад 50 лікарів різної спеціалізації (Додаток 7));</li> <li>- Центр первинної медико-санітарної допомоги (включає в себе 2 амбулаторії у Острозі (12 сімейних лікарів*, 4 педіатри) та 5 амбулаторій у інших населених пунктах (7 сімейних лікарів*, 1 педіатр));</li> <li>- Острозька обласна психіатрична лікарня** (близько 15 лікарів різних спеціалізацій);</li> <li>- ТОВ «ВАГАСКОМ» (1 терапевт-кардіолог, 2 педіатри)</li> </ul> |
| 2  | с. Бадівка              | 309                   | ФАП (фельдшер)  |
| 3  | с. Білашів              | 537                   | ФАП (фельдшер)  |
| 4  | с. Болотківці           | 405                   | ФАП (фельдшер)  |
| 5  | с. Бродів               | 286                   | ФАП (фельдшер)  |
| 6  | с. Бродівське           | 779                   | ФАП (фельдшер)  |
| 7  | с. Бухарів              | 185                   | ФАП (фельдшер)  |
| 8  | с. Вельбівне            | 1774                  | ФАП (фельдшер)  |
| 9  | с. Верхів               | 520                   | ФАП (фельдшер)  |
| 10 | с. Волосківці           | 327                   | ФАП (фельдшер)  |
| 11 | с. Вілія                | 428                   | ФАП (фельдшер)  |
| 12 | с. Грем'яче             | 1044                  | ФАП (фельдшер)  |
| 13 | с. Грозів               | 732                   | ФАП (фельдшер)  |
| 14 | с. Завизів              | 181                   | ФАП (фельдшер)  |
| 15 | с. Ілляшівка            | 146                   | ФАП (фельдшер)  |
| 16 | с. Країв                | 496                   | ФАП (фельдшер)  |
| 17 | с. Кутянка              | 375                   | ЛА ЗПСМ (1 сімейний лікар, 2 фельдшера)   |
| 18 | с. Кургани              | 321                   | ФАП (фельдшер)  |
| 19 | с. Лючин                | 399                   | ФАП (фельдшер)  |
| 20 | с. Межиріч              | 1626                  | ФАП (фельдшер)  |
| 21 | с. Милятин              | 498                   | ФАП (фельдшер)  |
| 22 | с. Михалківці           | 110                   | ФАП (фельдшер)  |
| 23 | с. Могиляни             | 1776                  | ЛА ЗПСМ (1 сімейний лікар, 2 фельдшери)   |

|    |                |      |   |
|----|----------------|------|---|
| 24 | с. Мощаниця    | 1034 | ФАП (фельдшер)                          |
| 25 | с. Новомалин   | 617  | ФАП (фельдшер)                          |
| 26 | с. Новородчиця | 227  | ФАП (фельдшер)                          |
| 27 | с. Оженин      | 5729 | ЛА ЗПСМ (3 сімейних лікарі, 1 педіатр)  |
| 28 | с. Плоска      | 1045 | ЛА ЗПСМ (1 сімейний лікар, 2 фельдшера) |
| 29 | с. Почапки     | 479  | ФАП (фельдшер)                          |
| 30 | с. Розваж      | 1116 | ФАП (фельдшер)                          |
| 31 | с. Садки       | 239  | ФАП (фельдшер)                          |
| 32 | с. Сіянци      | 491  | ЛА ЗПСМ (1 сімейний лікар, 3 фельдшера) |
| 33 | с. Слобідка    | 517  | ФАП (фельдшер)                          |
| 34 | с. Стадники    | 734  | ФАП (фельдшер)                          |
| 35 | с. Тесів       | 324  | ФАП (фельдшер)                          |
| 36 | с. Теремне     | 309  | ФАП (фельдшер)                          |
| 37 | с. Точевики    | 259  | ФАП (фельдшер)                          |
| 38 | с. Українка    | 910  | ФАП (фельдшер)                          |
| 39 | с. Хорів       | 1354 | ФАП (фельдшер)                          |
| 40 | с. Лебеді      | 102  | немає                                   |
| 41 | с. Хрінів      | 143  | немає                                   |
| 42 | с. Прикордонне | 86   | немає                                   |
| 43 | с. Кураж       | 78   | немає                                   |
| 44 | с. Завидів     | 49   | немає                                   |
| 45 | с. Радужне     | 51   | немає                                   |
| 46 | с. Дерев'янче  | 106  | немає                                   |
| 47 | с. Бубнівка    | 165  | немає                                   |

|    |               |                                |       |
|----|---------------|--------------------------------|-------|
| 48 | с.Данилівка   | 15                             | немає |
| 49 | с. Батьківці  | 21 (станом на 1 січня 2019)*** | немає |
| 50 | с. Вишеньки   | 177 (станом на 1 січня 2019)   | немає |
| 51 | с. Гай        | 78 (станом на 1 січня 2019)    | немає |
| 52 | с. Дубини     | 47 (станом на 1 січня 2019)    | немає |
| 53 | с. Михайлівка | 156 (станом на 1 січня 2019)   | немає |
| 54 | с. Черняхів   | 356 (станом на 1 січня 2019)   | немає |
| 55 | с. Посива     | 28 (станом на 1 січня 2019)    | немає |
| 56 | с. Шлях       | 77 (станом на 1 січня 2019)    | немає |

Джерело даних: Острозька ОТГ, дані за 2021 рік

\*Кілька сімейних лікарів наразі перебувають у декретній відпустці

\*\*Медичний заклад обласного рівня підпорядкування (третинний рівень медичної допомоги).

\*\*\*Дані за 2019 рік взяті з [Паспорту](#) Острозької ОТГ.

# Додаток 7. Лікарський персонал КНП «Острозька багатопрофільна лікарня» (вторинний рівень)

| №  | Назва медичної спеціальності                | Кількість лікарів* |
|----|---|--------------------|
| 1  | Акушер-гінеколог                            | 4                  |
| 2  | Анестезіолог                                | 6                  |
| 3  | Дерматовенеролог                            | 2                  |
| 4  | Дитячий невролог                            | 1                  |
| 5  | Ендокринолог                                | 1                  |
| 6  | Ендоскопіст                                 | 1                  |
| 7  | Епідеміолог                                 | 1                  |
| 8  | Інфекціоніст                                | 2                  |
| 9  | Кардіолог                                   | 3                  |
| 10 | Кардіолог, терапевт                         | 1                  |
| 11 | Лікар УЗД                                   | 1                  |
| 12 | Лікар УЗД, акушер-гінеколог                 | 1                  |
| 13 | Лікар УЗД, лікар функціональної діагностики | 1                  |
| 14 | Нарколог                                    | 1                  |
| 15 | Невропатолог                                | 3                  |
| 16 | Невропатолог, дитячий невролог              | 1                  |
| 17 | Неонатолог, педіатр                         | 2                  |
| 18 | Ортопед-травматолог                         | 3                  |
| 19 | Отоларинголог                               | 2                  |
| 20 | Офтальмолог                                 | 1                  |
| 21 | Педіатр                                     | 2                  |
| 22 | Психіатр                                    | 1                  |
| 23 | Ревматолог                                  | 3                  |
| 24 | Стоматолог                                  | 1                  |
| 25 | Стоматолог-хірург                           | 1                  |
| 26 | Терапевт                                    | 2                  |
| 27 | Уролог                                      | 1                  |
| 28 | Фізіотерапевт                               | 1                  |
| 29 | Фтизіатр                                    | 1                  |
| 30 | Хірург дитячий                              | 1                  |
| 31 | Хірург                                      | 3                  |

Примітка: \*Частина лікарів/ок працюють не на повну ставку.

Дані станом на серпень 2021



# Додаток 8. Кількість декларацій з пацієнтами у лікарів первинного рівня Острозької ОТГ, станом на листопад 2021

| Медзаклад  | Посада           | Кількість декларацій, фактично / регламентована кількість |
|--|------------------|---|
| Острозька лікарська амбулаторія загальної практики сімейної медицини №1                                    | сімейний лікар 1 | 2008/1800   |
|  | сімейний лікар 2 | 2138/1800   |
|  | сімейний лікар 3 | 2106/1800   |
|  | сімейний лікар 4 | 1099/1800   |
|  | сімейний лікар 5 | 2013/1800   |
|  | педіатр 1        | 1166/900  |
|  | педіатр 2        | 1046/900  |
| Острозька лікарська амбулаторія загальної практики сімейної медицини №2                                    | сімейний лікар 1 | 2162/1800   |
|  | сімейний лікар 2 | 489/1800  |
|  | сімейний лікар 3 | 2026/1800   |
|  | сімейний лікар 4 | 1873/1800   |
|  | сімейний лікар 5 | 1647/1800   |
|  | сімейний лікар 6 | 572/1800  |
|  | сімейний лікар 7 | 901/1800  |
|  | педіатр 1        | 607/900   |
|  | педіатр 2        | 1258/900  |
| Оженинська лікарська амбулаторія загальної практики сімейної медицини КНП «Острозький районний центр ПСМД» | сімейний лікар 1 | 2063/1800   |
|  | сімейний лікар 2 | 29/1800   |
|  | сімейний лікар 3 | 910/1800  |
|  | педіатр 1        | 856/900   |
| Кутянківська лікарська амбулаторія загальної практики сімейної медицини Острозького районного центру ПМСД  | сімейний лікар 1 | 1448/1800   |

|   |                    |           |
|---|--------------------|-----------|
| Плосківська лікарська амбулаторія загальної практики сімейної медицини Острозького районного центру ПМСД            | сімейний лікар 1   | 1752/1800 |
| Сіянцівська лікарська амбулаторія загальної практики сімейної медицини Острозького районного центру ПМСД (державна) | сімейний лікар 1   | 945/1800  |
| Могилянівська лікарська амбулаторія загальної практики сімейної медицини Острозького районного центру ПМСД          | сімейний лікар 1   | 347/1800  |
| ТОВ «Вагаском»  | терапевт-кардіолог | 1643/1800 |
|   | педіатр            | 306/900   |
|   | педіатр            | 732/900   |

Джерело: дані НСЗУ, станом на листопад 2021

Примітка: червоним кольором позначені медичні співробітники, які мають недобір декларацій, сірим — ті, хто має достатньо декларацій.

# Додаток 9. Основні причини захворюваності та смертності у Острозькій міській об'єднаній територіальній громаді та Рівненській області

|  | Поширеність захворювань (на 10 000 всього населення) |         |        |   |         |         |
|--|--|---------|--------|---|---------|---------|
|  | Рівненська область                                   |         |        | Острозька ОТГ (до 2020 року — Острозький район) |         |         |
|  | 2018   | 2019    | 2020   | 2018  | 2019    | 2020    |
| Усі хвороби  | 18370,4  | 17979,0 |        | 19601,9   | 19313,6 | 13079,0 |
| Деякі інфекційні та паразитарні хвороби                | 305,2  | 305,0   | н/д    | 292,0   | 297,4   | н/д     |
| у т.ч. активний туберкульоз                            | 6,4  | 6,4     | 5,1    | 8,9   | 8,8     | 6,8     |
| Новоутворення  | 473,3  | 483,7   | н/д    | 270,2   | 277,2   | н/д     |
| у т.ч. злоякісні новоутворення                         | 194,3  | 206,9   | 214,8  | 184,5   | 201,8   | 205,6   |
| Хвороби крові та кровотворних органів                  | 188,9  | 162,6   | н/д    | 177,6   | 178,6   | н/д     |
| Хвороби ендокринної системи                            | 1376,8   | 1407,9  | 1303,4 | 1711,7  | 1751,8  | 564,5   |
| Розлади психіки та поведінки                           | 243,0  | 248,0   | 250,4  | 217,9   | 225,0   | 229,0   |
| Хвороби нервової системи                               | 547,5  | 527,9   | 475,7  | 626,6   | 633,2   | 329,9   |
| Хвороби ока та придаткового апарату                    | 1030,4   | 1028,9  | н/д    | 1559,8  | 1438,8  | н/д     |
| Хвороби вуха та соскоподібного відростка               | 379,4  | 355,2   | н/д    | 296,1   | 297,4   | н/д     |
| Хвороби системи кровообігу                             | 4808,6   | 4678,2  | 3202,2 | 5251,1  | 4956,3  | 3416,1  |
| Хвороби органів дихання                                | 3698,4   | 3616,6  | 3358,0 | 4001,4  | 4057,4  | 1499,1  |
| Хвороби органів травлення                              | 1825,3   | 1779,7  | 1341,3 | 1839,3  | 1780,7  | 1259,0  |
| Хвороби шкіри та підшкірної клітковини                 | 611,3  | 587,0   | н/д    | 943,5   | 952,9   | н/д     |
| Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини | 1008,0   | 966,8   | 926,5  | 512,7   | 546,5   | 351,2   |
| Хвороби сечостатевої системи                           | 895,7  | 892,0   | н/д    | 1111,3  | 1132,4  | н/д     |
| Вроджені аномалії (вади розвитку)                      | 99,0   | 92,4    | н/д    | 63,3  | 62,4    | н/д     |
| Травми та отруєння                                     | 480,5  | 468,9   | н/д    | 363,0   | 337,3   | н/д     |

|  | Причини смертності (на 10 000 всього населення) |       |       |  |       |       |
|--|---|-------|-------|--|-------|-------|
|  | Рівненська область                              |       |       | Острозька ОТГ (до 2020 року<br>— Острозький район) |       |       |
|  | 2018  | 2019* | 2020  | 2018   | 2019  | 2020  |
| Усі хвороби  | 119,0   | 113,5 | 124,9 | 139,3  | 129,0 | 156,9 |
| Деякі інфекційні та паразитарні хвороби                | 1,4   | 1,1   | 1,9   | 1,4  | 1,6   | 5,6   |
| у т.ч. активний туберкульоз                            | 0,9   | 0,9   | 0,7   | 0,7  | 1,2   | 0,7   |
| Новоутворення  | 15,8  | 12,9  | 15,3  | 11,2   | 11,8  | 13,6  |
| у т.ч. злоякісні новоутворення                         | 14,2  | 12,4  | 13,5  | 9,8  | 11,4  | 11,9  |
| Хвороби крові та кровотворних органів                  | 0,07  | 0,03  | 0,04  | -  | -     | -     |
| Хвороби ендокринної системи                            | 0,3   | 0,3   | 0,4   | -  | -     | 0,2   |
| Розлади психіки та поведінки                           | 0,3   | 0,3   | 0,2   | -  | -     | -     |
| Хвороби нервової системи                               | 0,7   | 0,7   | 0,7   | 1,4  | 0,7   | -     |
| Хвороби системи кровообігу                             | 86,5  | 82,9  | 87,9  | 110,5  | 104,1 | 122,9 |
| Хвороби органів дихання                                | 2,1   | 2,0   | 3,3   | 1,6  | 1,4   | 1,4   |
| Хвороби органів травлення                              | 4,0   | 4,2   | 4,0   | 3,2  | 3,0   | 5,1   |
| Хвороби шкіри та підшкірної клітковини                 | 0,05  | 0,04  | 0,03  | -  | -     | -     |
| Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини | 0,1   | 0,2   | 0,04  | -  | -     | 0,5   |
| Хвороби сечостатевої системи                           | 0,4   | 0,4   | 0,6   | 1,1  | -     | 0,2   |
| Вроджені аномалії (вади розвитку)                      | 0,4   | 0,3   | 0,3   | -  | 0,5   | 0,5   |
| Травми та отруєння                                     | 5,5   | 4,7   | 4,9   | 8,9  | 5,6   | 6,3   |

Джерело даних: Рівненська державна обладміністрація, на запит авторів

Примітка: сірим відмічені гірші показники у порівнянні значень для Острозької ОТГ та Рівненської області

\*Дані по області за 2019 рік без урахування Рівненського району

# Додаток 10.

## Середньомісячна заробітна плата одного штатного працівника «Острозької багатопрофільної лікарні», 2021 рік

|  | Всього    | Керівники | Керівники структурних підрозділів | Лікарі    | Середній медичний персонал | Молодший медичний персонал / прибиральники службових приміщень | Інші працівники |
|--|-----------|-----------|-----------------------------------|-----------|----------------------------|--|-----------------|
| Середньомісячна заробітна плата одного штатного працівника в місяць, грн.*   | 9 714,61  | 21 280,28 | 14 612,46                         | 15 699,18 | 9 530,99                   | 6 570,29   | 7 232,62        |
| Середньомісячна заробітна плата одного штатного працівника в еквіваленті повної зайнятості (з розрахунку 40-годинного робочого тижня) в місяць, грн. | 10 012,24 |           |                                   |           |                            |  |                 |

Джерело: [Бюджет багатопрофільної лікарні, 9 місяців 2021](#)