

Міністерство освіти і науки України
Національний технічний університет
«Дніпровська політехніка»

Навчально-науковий інститут державного управління
Кафедра державного управління і місцевого самоврядування

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА
кваліфікаційної роботи ступеня магістра

студентки Швеця Павла Леонідовича

академічної групи група: 281м-21з-5ІДУ

спеціальності 281 Публічне управління та адміністрування

на тему: «Розвиток інституту сімейної медицини в сучасних умовах в Україні»

Керівники	Прізвище, ініціали	Оцінка за шкалою		Підпис
		рейтинговою	інституційною	
кваліфікаційної роботи	Хожило І.І.			
розділів:				

Рецензент:				
------------	--	--	--	--

Нормоконтролер:				
-----------------	--	--	--	--

Дніпро
2022

РЕФЕРАТ

Пояснювальна записка: 40 с., 2 рис., 2 табл., 23 використаних джерела.
сімейна медицина, первинна медико-санитарна допомога, загальна практика, управління охороною здоров'я.

Об'єктом дослідження є процеси розвитку та становлення інституту сімейної медицини в Україні.

Предметом дослідження є державна політика в розвитку й укріпленні інституту сімейної медицини в Україні.

Мета магістерської роботи полягає у з'ясуванні стану інституту сімейної медицини й розробленні та обґрунтуванні засад державної політики розвитку сімейної медицини .

У першому розділі проаналізовано законодавчі акти та проектна діяльність держави в процесі створення інституту сімейної медицини в Україні.

Другий розділ присвячено аналізу законодавства у галузі сімейної медицини.

Третій розділ присвячено напрямам удосконалення державної політики з вдосконалення інституту сімейної медицини та виявлення сталих здобутків та недоліків функціонуючої системи первинної медичної допомоги.

Практичне значення кваліфікаційної роботи полягає у визначенні актуального стану системи надання первинної медичної допомоги в Україні, виявлення можливостей її оптимізації станом на 2022 рік.

Рекомендації та пропозиції, надані в роботі, можуть застосовуватись органами публічної влади для оптимізації роботи первинної медичної допомоги, її фінансового й кадрового забезпечення та створенні законодавчих ініціатив в сфері охорони здоров'я.

ABSTRACT

Explanatory: 40 p., 2 figures, 2 table, 23 used sources.

**FAMILY MEDICINE, PRIMARY MEDICAL AND SANITARY AID,
GENERAL PRACTICE, HEALTH CARE MANAGEMENT.**

The object of research is the process of development and development of the Institute of Family Medicine in Ukraine.

The subject of the study is state policy in the development and strengthening of the Institute of Family Medicine in Ukraine.

The meta-master's work is helping to establish the institute of family medicine and the development of family medicine.

The first chapter analyzed the legislative acts and project activities of the state in the process of creating the Institute of Family Medicine in Ukraine.

Second chapter is devoted to the analysis of legislation in the field of family medicine.

The third chapter is dedicated to the direct improvement of the state policy from the institution of family medicine and the development of steel health and the short-lived functioning system of primary medical care

The practical significance of qualification work is related to the designated current state of the system of providing primary medical care in Ukraine, showing the possibilities of optimizing the state for 2022.

Recommendations and propositions, given in the work, can be made by public authorities to optimize the work of primary health care, financial and personnel security, and collaborative legislative initiatives in the field of health protection.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	6
ВСТУП	6
РОЗДІЛ 1	
Історія розвитку сімейної медицини в Україні.....	10
1.1. Розвиток галузі від незалежності й до 2000р (від Семашка в нікуди)	10
1.2. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України Підготовча законодавча діяльність 2000 – 2010	11
1.3. Програми економічних реформна 2010–2014 роки «Заможне суспільство	13
1.4. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні	15
РОЗДІЛ 2	
2. Законодавчі основи інституту сімейної медицини	17
2.1. Перелік нормативно правових актів регулюючих діяльність інституту сімейної медицини	17
2.2. Короткий аналіз змісту актів	19
РОЗДІЛ 3	
ШЛЯХИ РАЦІОНАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ЗАПОБІГАННЯ ІНФОРМАЦІЙНИМ ЗАГРОЗАМ	23
3.1 3.1.Здобутки реформи охорони здоров'я	23
3.2 Актуальні питання, недоліки й ймовірні напрямки розвитку	27
ВИСНОВКИ	40
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	42

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ЄС – Європейський Союз

ЗПСМ – Загальна практика – сімейна медицина

КЕК – Кваліфікаційно-Експертна Комісія

КМУ – Кабінет Міністрів України

КПЕ – Ключові Показники Ефективності

МІС – Медична Інформаційна Система

МОЗ – Міністерство Охорони Здоров'я

НСЗУ – Національна Служба Здоров'я України

ПМД – Первинна Медична Допомога

ПМСД – Первинна Медико-Санітарна Допомога

ПМГ – Програма Медичних Гарантій

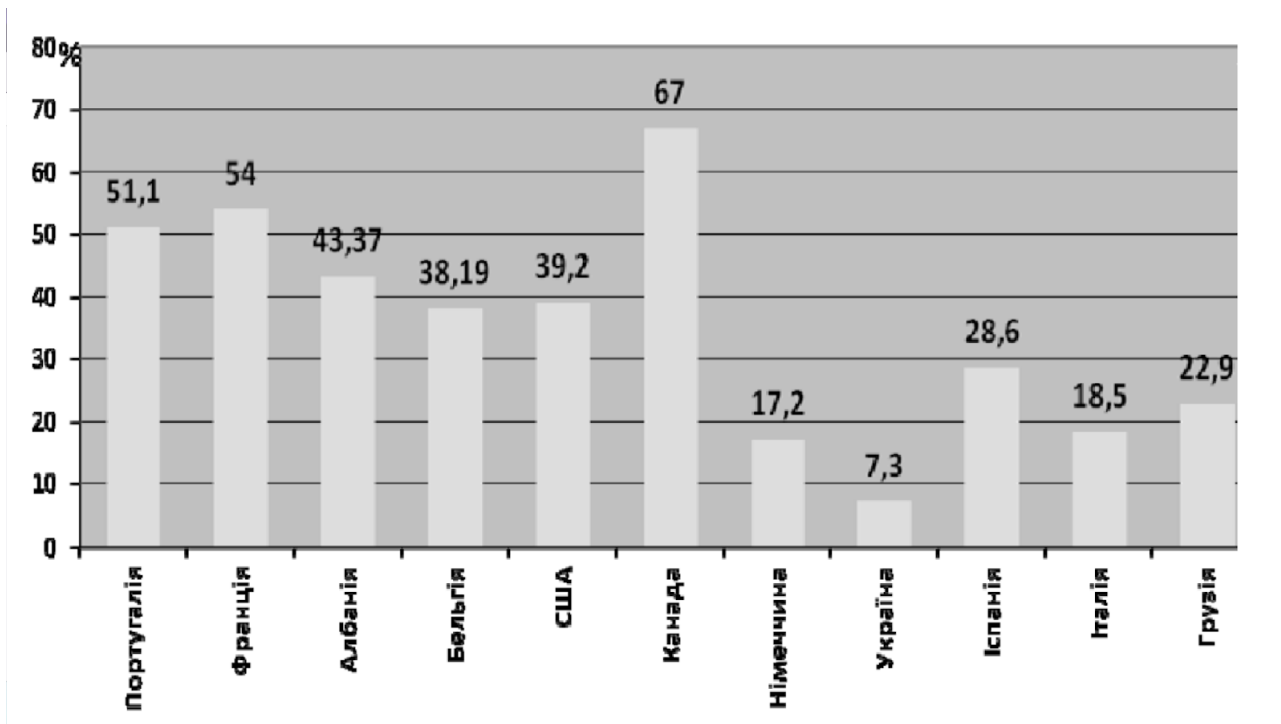
ст. – стаття

ВСТУП

Відповідно до ст. 49 Конституції України *кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм.* [\[12\]](#)

Стратегія ВООЗ щодо переорієнтації медичної допомоги на первинну медико-санітарну допомогу (ПМСД) на засадах сімейної медицини прийнята більшістю країн світу. Її за даними ВООЗ на ПМСД в світі припадає до 90% всіх випадків звернень за медичною допомогою. Впровадження сімейної медицини – це процес оновлення підходів до організації охорони здоров'я, що супроводжується розробкою та випробуванням різноманітних моделей, кожна з яких має свої переваги та недоліки і потребує пристосування до реалій сьогодення. Тож й в Україні питання сімейної медицини, та, що важливіше, питання її доцільності, як такої, обговорюється як діячами сфери охорони здоров'я, так і тими, кого хвилює стан медицини в країні.

Послуги із надання первинної медико-санітарної допомоги в світі становлять близько 85-90% від всієї кількості медичних послуг, а питома вага сімейних лікарів серед всіх лікарів становить 45-50%



(рис. 1).

Рис. 1. Питома вага лікарів сімейної медицини у країнах світу, %

Як бачимо із рисунку, найбільша кількість лікарів сімейної медицини зафіксована в Канаді – 67%, також немала їх кількість знаходиться в Франції – 54%, Португалії – 51,1% і Албанії – 49,97%. Найнищий показник і, відповідно, з великим відривом від інших країн показала Україна – 7,3%. Як бачимо, нам є куди рости, розвиватись і на кого рівнятись. Тому, для запозичення міжнародного досвіду, детально проаналізуємо особливості сімейної медицини кожної країни.^[5]

Поняття «лікар загальної практики-сімейної медицини» (GP — general practitioner) сформувалося еволюційно впродовж XVIII-XIX століть у країнах Європи, де лікарська допомога на той час надавалася на комерційній основі у вигляді індивідуальної практики. Тобто кожен лікар «напрацьовував» постійний контингент пацієнтів, які зверталися лише до «свого» фахівця, котрому довіряли як професіоналу й особистості. Подібний спосіб виконання медичних обов'язків був максимально вигідним для лікаря з точки зору тривалості,

безперервності та динамічності спостереження за станом здоров'я «своїх» пацієнтів і членів їх сімей протягом життя.

За таких умов сімейний лікар водночас був фахівцем загальної практики, оскільки йому доводилося мати справу з усім спектром патологій обслуговуваного контингенту. Утім, поняття «сімейний лікар» ширше, оскільки такий фахівець забезпечує тривалу опіку над здоров'ям пацієнта та членів його родини незалежно від захворювання й в усі періоди життя.^[8]

Сімейну лікувальну практику необхідно розглядати, як таку, яка забезпечує тривалу опіку за здоров'ям громадянина і всіх членів його сім'ї незалежно від характеру хвороби, стану органів і систем організму у всі періоди життя людини, за відповідних умов.^[9]

Сімейна медицина включає: __превентивну медицину та лікувально-реабілітаційну медицину. Превентивна медицина визначає проблеми формування, збереження та зміцнення здоров'я здорової людини, сім'ї та громади. В свою чергу, лікувально-реабілітаційна медицина вивчає принципи діагностики захворювань, їх лікування, медико-соціальну реабілітацію хворих та вторинну профілактику.^[1]

Мета магістерської роботи полягає у з'ясуванні стану інституту сімейної медицини й розробленні та обґрунтуванні засад державної політики розвитку сімейної медицини. На реалізацію мети спрямовані такі завдання роботи:

- Дослідити законодавчі та історичні засади державного управління Охороною Здоров'я в с напрямку ПМД ;
- дослідити сучасний стан нормативно-правового інституту сімейної медицини;
- дослідити сучасний стан практичної реалізації законодавчої бази;
- розробити можливі варіанти вирішення проблем реалізації напрямів державної політики у сфері ПМД;
- дослідити необхідність запровадження нової сучасної концепції

розвитку державного управління у сфері Первинної Медичної Допомоги;

- Об'єктом дослідження є процеси розвитку та становлення інституту сімейної медицини в Україні.

- Предметом дослідження є державна політика в розвитку й укріпленні інституту сімейної медицини в Україні.

Методологічною основою дослідження є інституційний метод – представлений комплексом загальних, загальнонаукових та спеціальних методів наукового пізнання, який дозволив провести аналіз діяльності органів державної влади, що складають систему охорони здоров'я в розрізі первинної медичної допомоги; порівняльно- ретроспективний аналіз й абстрагування – для встановлення змісту та етапності розвитку державного управління та державної політики.

Новизна одержаних результатів роботи полягає в комплексному науковому дослідженні засад формування державної політики в сфері охорони здоров'я. Основними напрямками формування такої політики визначено: удосконалення нормативно-правової бази щодо кадрової та освітньої політики, системи фінансування, матеріального забезпечення, контролю якості виробництва, запровадження індивідуального ліцензування спеціалістів в галузі та впорядкування принципів самоврядування галузі.

Основні теоретичні положення, висновки та рекомендації роботи мають практичне спрямування та можуть бути застосовані для вдосконалення практики роботи первинної медичної допомоги, її фінансового й кадрового забезпечення та створенні законодавчих ініціатив в сфері охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 1

Історія розвитку сімейної медицини в Україні

У 1972 році була створена Всесвітня асоціація сімейних лікарів WONCA, яка об'єднала 8 країн учасників, що мали системи охорони здоров'я з пріоритетом на розвиток первинної медичної допомоги (ПМД) і сімейної медицини. У 1978 році відбулась Алма-Атинська конференція, резолюцією якої стало затвердження декларації щодо визначення ролі і розвитку ПМД. Після цього ВООЗ затвердила Алма-Атинську декларацію (1979), визначила глобальну стратегію досягнення здоров'я для всіх за допомогою ПМД у світі (1981). Відтоді у більшості країн світу розпочався активний перехід систем охорони здоров'я з орієнтацією на ПМД та розвиток ЗПСМ. У 1996 році на конференції ВООЗ у Любляні була проголошена «орієнтація на ПМД», підготовлений проект Хартії ЗПСМ, у 1998р. прийнята Всесвітня декларація ВООЗ з охорони здоров'я населення, заснована на зміцненні і розвитку ПМД, та запроваджено Програму ВООЗ «Здоров'я для всіх у ХХІ ст.», суть якої до 2010 року забезпечити кращий доступ до ПМД населенню Європейського регіону.

Одним з постулатів організації є те - що сімейна лікувальна практика базується на засадах доказової медицини.

Головні принципи сімейної медицини:

- *довготривалість і безперервність спостереження;*
- *багатопрфільність первинно-медичної допомоги;*
- *відношення до сім'ї, як до одиниці медичного обслуговування;*
- *превентивність, як основа діяльності сімейного лікаря;*
- *економічна ефективність і доцільність допомоги;*
- *координація медичної допомоги;*
- *відповідальність пацієнта, членів його сім'ї і суспільства за збереження і покращення його здоров'я [\[2\]](#)*

В Україні сімейна медицина впроваджується вже понад 20 років. Однак, через ряд факторів, таких як: непослідовність державної політики, недосконалість нормативно-правової бази, несистемний підхід до її організації, недостатній рівень підготовки медичного персоналу, невизначеність обсягів медичної допомоги та розробленого маршруту чи порядку звернення пацієнта до сімейного лікаря, а також ряду інших чинників, сімейна медицина так і не реалізована повністю.^[5]

Зараз увага в галузі охорони здоров'я в Україні перш за все приділяється до економічно раціонального й науково обгрунтованого господарювання, децентралізацію управління галуззю, посилення економічної самостійності закладів охорони здоров'я. За умов пристосування охорони здоров'я України до нових економічних відносин ПМСД відведено провідну роль у медичному забезпеченні населення.

Після розпаду Радянського Союзу у 1991 році стало остаточно зрозуміло, що Семашківська модель охорони здоров'я, яка була успішною в СРСР до 70 х років ХХ століття, не відповідає реаліям ні ринкової економіки, ні сформованому типу неепідемічної патології. В усіх пострадянських країнах, включаючи й Україну, в системах охорони здоров'я розпочалися перетворення, які стосувалися реорганізації організації, фінансування та надання медичних послуг.^[4]

Перші десять років існування держави супроводжувалися судомними пошуками концепції існування як держави так й таких її інституцій як система охорони здоров'я.

“Концепція розвитку охорони здоров'я населення України” затверджена Указом Президента України від 7.12.2000 р. №1313/2000, що паралельно із Постановою Кабінету Міністрів України від 20 червня 2000 р. N 989 “Про

комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я” (як плану дій до запровадження сімейної медицини) та подальше прийняття, на його виконання МОЗ УКРАЇНИ Наказу N 72 від 23.02.2001 “Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини” стало фактичними першими кроками до запровадження сімейної медицини на теренах України. Прийнятий Наказ МОЗУ, регламентував роботу сімейних лікарів, медичних сестер та підрозділів відповідного профілю. А постанова КМУ навіть наказувала “Сприяти розвитку приватної лікарської практики в лікувально-профілактичних закладах загальної практики / сімейної медицини усіх форм власності”. Однак суттєвих стимулів до розвитку сімейної медицини в межах діючої системи фінансування охорони здоров'я України, що все ще вважалася системою Семашка (але здебільшого це вже була система “з власної кишені”), здебільшого стан функціонування лікарень задовільняв більшість тодішніх безпосередніх керівників лікарських закладів, тому нові пропонувані зміни й не сприймали як необхідні, а й самі нові спеціалісти - сімейні лікарі, здебільшого сприймалися керівництвом, як “дивні терапевти”, на яких ті й намагалися їх навести, а колегами вузького профілю, як слабкі й недорозвинені конкуренти в боротьбі за гаманець пацієнта. В період з 2000 по 2009 роки в державі запроваджувалися поодинокі регіональні програми з посилення фінансуванням, з методичним керівництвом, й курацією, та й коштом закордонних спонсорів. За думкою проф.Лехан *“Найбільш вагомими з них були: пошук додаткових джерел фінансування охорони здоров'я (запровадження добровільного медичного страхування, створення лікарняних кас – громадських неурядових об'єднань громадян для добровільної солідарної участі населення у додатковому фінансуванні охорони здоров'я), запровадженням нових методів фінансування на рівні первинної ланки (експеримент у м. Комсомольську Полтавської області щодо укладання контрактів між міською адміністрацією і підготовленими сімейними лікарями про надання первинної допомоги населенню з подушного оплатою їх послуг), автономізація постачальників медичних послуг (експеримент – в рамках проекту ЄС «Фінансування та*

управління у сфері охорони здоров'я в Україні» у 2 х районах Харківської та Житомирської областей щодо зміни закладами охорони здоров'я господарського статусу бюджетних установ на некомерційні державні/комунальні підприємства), структурно функціональні перетворення в системі медичної допомоги, в т.ч. реформування первинної медико санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, розвиток стаціонарозамінюючих форм надання медичної допомоги, регіоналізація родопомічної допомоги, а також комплекс підходів, спрямованих на поліпшення якості медичного обслуговування (стандартизація медичної допомоги, ліцензування та акредитація закладів охорони здоров'я тощо)^[4]. Із черговою зміною влади в період 2010 рр навіть відбулась невдала спроба відкотити 10 років поневірянь й “повернути систему Семашка”, що потягло за собою зруйнування недовибудованої системи амбулаторій сімейної медицини, шляхом передачі сільських лікарень до складу Центральних Районних Лікарень, та часткову втрату/передачу комплектного обладнання з сільських лікарень до районних. Дуже швидко виявилось, що повертатись немає куди...

В рамках президентської **Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава»** затвердженої Указом Президента **Від 27.04.2011 р. № 504/2011** було розпочато спробу суттєвого перетворення в галузі охорони здоров'я України. Змістовне наповнення реформ базувалося на ретельно проаналізованих та узагальнених вітчизняними та закордонними експертами з урахуванням національної специфіки даних доказового менеджменту, передового досвіду країн з найбільш успішними системами охорони здоров'я, матеріалах проектів ЄС та Єврокомісії в сфері охорони здоров'я, які реалізовувалися в Україні в період 2003–2009 рр. Створені о 2011 році Центри Первинної Медико-Санітарної Допомоги, та революційний за своїм вмістом Наказ МОЗ України №646 “Про затвердження нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України щодо реалізації Закону України "Про порядок проведення

реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві”, та й сам Закон Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві”.

В процесі реалізації пілотних проектів було доведено доцільність та ефективність:

1) розмежування первинної та вторинної медичної допомоги, пріоритетного розвитку ПМД на засадах загальної практики – сімейної медицини, створення центрів ПМСД з розвинутою мережею амбулаторій в містах і сільській місцевості;

2) об'єднання (пулінгу) фінансових ресурсів для надання вторинної та екстреної допомоги на регіональному рівні;

3) запровадження системи маршрутизації пацієнтів до закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), що відповідають важкості і складності захворювання, та створення лікарень інтенсивного лікування як провідних закладів госпітальних округів;

4) впровадження (за умов методичного удосконалення) оплати праці за обсяги та якість роботи;

5) запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою з використанням порівняльних (референтних) цін і реімбурсації.^[4]

Але не зважаючи на попередній пафос й окремі дослідницькі успіхи, відсутність вдалого повноцінного фінансового забезпечення, й адекватного контролю за виконанням рішень, та й відверті спроби (та й можливості) домовитись й “повирішувати” справи (що було дуже притаманно для всього періоду 2010-2014рр.), незважаючи на вміст особливо суттєвих змін у якості

системи обслуговування по всій території держави не викликали, в зв'язку із фактичною фінансовою неспроможністю його імплементації в повному обсязі вже на кінець 2012 року. А повна імплементація актів по закінченню пілотного проекту була здійснена дуже вибірково...

У серпні 2014 Міністерство охорони здоров'я ініціювало розробку Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні. За допомогою нових стратегічних підходів до підвищення якості та доступності допомоги та зменшення фінансових ризиків для людей потрібно було надати нового поштовху реформі галузі.

Процес написання цієї Стратегії збігся із тяжкими та одночасно обнадійливими подіями для країни. Україна щойно пройшла через трагічні й славетні події «Революції гідності» та взялася до нової «революції», ціллю якої стала побудова міцних державних інститутів та процвітання суспільства. Багато фахівців, визнаних на міжнародному рівні, відгукнулися на прохання уряду України створити групу для розробки стратегії реформи в охороні здоров'я. Після жорсткого та прозорого відбору було створено Стратегічну Дорадчу групу.^[10]

За результатами дій Стратегічної дорадчої групи презентована “Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на 2015–2020 рр”. Стратегія містила такі принципи:

- 1) Гарантований пакет послуг, що доступний кожному громадянину
- 2) Дотримання національних стандартів якості та професіоналізму,
- 3) Взаємоповага пацієнтів та медичних працівників;
- 4) Співпраця різних секторів економіки, служб, організацій в інтересах пацієнтів, громад та населення (міжсекторальна взаємодія).

5) Співвідношення ціна-якість та найбільш ефективне, справедливе та стійке використання обмежених ресурсів

б) Підзвітність громадам і пацієнтам

Та передбачала значну структурну та ідеологічну перебудову роботи керівного апарату МОЗ, перебудову інфраструктури мережі медичних закладів, створення нових механізмів фінансування медичної галузі із формуванням окремого й автономного від МОЗ централізованого закупівельника медичних послуг (що реалізує принцип “гроші йдуть за пацієнтом”), та окремого автономного закупівельника медичних препаратів та засобів, створення системи медичного страхування, створення єдиного інформаційного медичного простору, перегляд нормативних актів регулюючих посадові відносини та норми навантаження, принциповий перегляд системи медичної освіти та підтримки безперервного професійного розвитку. Забезпечення доступу приватного капіталу до ринку медичних послуг (що замовляються державою) на рівні ПМСД.

РОЗДІЛ 2

Законодавчі основи інституту сімейної медицини

В рамках визначеної стратегії з 2015 по 2021 рр. відбулось скасування або зміна низки законодавчих актів, а також створення нових наказів МОЗ, що наразі й регулюють діяльність в царині сімейної медицини.

Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення».

Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»

Закон України «Про місцеве самоврядування в Україні»

Закон України «Про ліцензування видів господарської діяльності».

Закон України «Про державну реєстрацію юридичних осіб, фізичних осіб – підприємців та громадських формувань»

Наказ МОЗ України від 19 липня 2005 року N360 Про затвердження Правил виписування рецептів на лікарські засоби і вироби медичного призначення, Порядку відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек та їх структурних підрозділів, Інструкції про порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків

Наказ МОЗ України від 16.09.2011 №595 «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів»

Наказ МОЗ України від 29.07.2016 року №801 «Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи».

Наказ МОЗ України від 4 січня 2018 року N 13 “Про деякі питання застосування Україномовного варіанту Міжнародної класифікації первинної медичної допомоги (ICPC-2-E)”

Наказ МОЗ України та Міністерства регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України від 06.02.2018 № 178/24 «Про затвердження Порядку формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги».

Наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 503 ”Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу”

Наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 504 ”Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги”.

Наказ МОЗ України від 01.06.2021 № 1066 “Деякі питання формування медичних висновків про тимчасову непрацездатність та проведення їхньої перевірки”

Постанова Кабінету Міністрів України від 17 серпня 1998 р. №1303-98-п “Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань”.

Постанова Кабінету Міністрів України від 02.03.2016 року №285 «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики».

Постанова Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 №391 «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення»

Постанова Кабінету Міністрів України від 15.02.2021 року №133 «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у II-IV кварталах 2021 року».

Постанова Кабінету Міністрів України від 14 липня 2021 року № 725 “Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку медичних та фармацевтичних працівників”

Постанова Кабінету Міністрів України від 3 березня 2021 р. № 179 “НАЦІОНАЛЬНА ЕКОНОМІЧНА СТРАТЕГІЯ на період до 2030 року”

Стратегічною ціллю №4 “Національної економічної стратегії 2030” є “Забезпечення високого рівня здоров’я та високих показників тривалості життя і тривалості здорового життя”:

1. Створення ефективної системи громадського здоров’я шляхом:
 - 1) виконання зобов’язань щодо профілактики неінфекційних захворювань
 - 2) виконання зобов’язань щодо профілактики інфекційних захворювань
 - 3) запровадження національної системи крові
2. Розбудова мережі закладів епідемічного контролю і біологічної безпеки та розбудова системи громадського здоров’я для оцінювання стану здоров’я населення і оперативного виявлення загроз для українців
3. Протидія туберкульозу, ВІЛ/СНІДу та вірусним гепатитам
4. Система біобезпеки та біозахисту
5. Реалізація політики у сфері надання медичних послуг, зокрема:
 - 1) трансформування системи фінансування охорони здоров’я
 - 2) покращення якості надання медичної допомоги
 - 3) розбудова якісної, безпечної та доступної електронної системи охорони здоров’я

6. Реалізація фармацевтичної політики і забезпечення доступу до якісних, ефективних та безпечних ліків:

1) розвиток національного фармвиробництва

2) забезпечення населення України доступними, якісними, ефективними і безпечними лікарськими засобами, медичними та косметичними виробами

3) удосконалення механізму регулювання щодо клінічних випробувань

4) цифровізація

7. Забезпечення високого рівня медичної освіти, науки та розвитку кадрового потенціалу:

1) медична освіта

2) медична наука

3) розвиток кадрового потенціалу

Наприкінці 2021 року МОЗ України було презентовано проект Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року, однак далі обговорень справа не пішла, а воєнний стан та бойові дії й зовсім спотворив бачення майбутнього. Однак 21 квітня 2022 року затверджено **УКАЗ ПРЕЗИДЕНТА УКРАЇНИ №266/2022** “Питання Національної ради з відновлення України від наслідків війни”. За результатами діяльності вище згаданої Ради, та її робочою групою “Охорона здоров'я” складено проект Плану відновлення України

Пріоритет 1. Посилення політик та інститутів національної системи охорони здоров'я для керівництва процесом відновлення

Пріоритет 2. Забезпечення фінансової стабільності системи охорони здоров'я

Пріоритет 3. Відновлення та трансформація мережі закладів охорони здоров'я

Пріоритет 4. Посилення медичних послуг для задоволення особливих потреб людей (включаючи ВПО, ветеранів війни), викликаних війною

Пріоритет 5. Зміцнення та посилення кадрових ресурсів системи охорони здоров'я

Пріоритет 6. Посилення системи громадського здоров'я та готовності до надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я

Пріоритет 7. Розвиток електронної охорони здоров'я та посилення кібербезпеки

Пріоритет 8. Посилення системи управління якістю на національному та місцевому рівнях

Пріоритет 9. Відновлення фармацевтичного сектора, покращення доступу та належне використання ліків

Планом Відновлення передбачається суттєве збільшення функцій та компетенцій Первинної Медичної Допомоги в сфері психіатричної, фтизіатричної, паліативної й реабілітаційної допомоги й, як на мій погляд, це спроба заткнути майже усі дірки одним корком й хоч самою сутністю ПМД вже саме так й повинна. Й саме формування Мобільних бригад ПМД в першу чергу здатно збільшити доступність медичної допомоги на деокупованих територіях й компенсувати низьку доступність вузькоспеціалізованої допомоги. Але, як й зазначається в самому проекті, є суттєві проблеми із кадровим ресурсом та й суттєвим опором працівників ПМД аж таким різким змінам в вимогах до їх роботи, з матеріальним забезпеченням, та й корупційні ризики, .

Фактично НАЦІОНАЛЬНА ЕКОНОМІЧНА СТРАТЕГІЯ на період до 2030 року у своїй суті є логічним продовженням Національної стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на 2015–2020 рр, а, на жаль, не затверджений План відновлення України, є достатньо змістовним розумінням подальшої розбудови сімейної Медицини в Україні тобто доповнюючим документом, що є суттєво розширює.

Впорядковуючою основою до функціонування саме сімейної медицини натеper стали вищевказані Накази МОЗ України № 503 та 504 "Про

затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу”, та ”Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги”, а також уточнюючий їх Пакет ПМГ від НСЗУ “ПЕРВИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА”(що конкретизує дії закладу). Забезпечується обслуговування в рамках сімейної медицини за принципом капітаційного фінансування, тобто за кількістю громадян й резидентів що задекларували, шляхом подання певного електронного документа(декларації) своє бажання обслуговування в лікаря закладу ПМСД (відповідно до рішень кабміну України, на час воєнного стану, вимушені переселенці обслуговуються без декларацій, однак це цілком логічне рішення у своїй сутності популістичним, бо не має фінансового підґрунтя, тобто подібне обслуговування не фінансується ніким)

Прописані зобов’язання закладу й обов’язкі лікаря до громадянина, що підписав декларацію й до єдиного закупівельника послуг(НСЗУ), Задекларовано можливість відмови лікаря від обслуговування пацієнта (однак з 2018 року технічно це так й не реалізовано). затвержені вимоги до матеріально-технічного забезпечення надавача послуг. Вимагає роботу ПМСД із фіксацією дій й веденням медичної документації в системі централізованої цифрової мережі e-Health. Затверджує рекомендовану періодичність профілактичних й скринінгових оглядів з виявлення інфекційних й неінфекційних хвороб. Й все попередньо перелічене також сприяє декларованому в актах безперервному обслуговуванні пацієнта (з року в рік, від лікаря до лікаря)

РОЗДІЛ 3

Наслідки реформи охорони здоров'я для сімейної медицини

3.1.Здобутки реформи охорони здоров'я

Діє принцип «гроші йдуть за пацієнтом». Створено Національну службу здоров'я України (НСЗУ) – єдиний національний замовник медичних послуг. Зросли видатки державного бюджету на первинну медичну допомогу: з 10,6% від витрат на охорону здоров'я у 2017 році до 14,6 % у 2019 році. На кінець 2019 року 1 466 закладів охорони здоров'я з надання первинної медичної допомоги уклали договір з НСЗУ, з них – 168 приватних та 248 – індивідуально практики (сімейних лікарів). Зростання конкуренції на ринку медичних послуг впливає на їх якість: заклади починають орієнтуватися на потреби пацієнта, адже лише за пацієнтом у заклад можуть прийти кошти. Близько 70 % населення підписали декларації з лікарем первинної медичної допомоги (терапевтом, педіатром або сімейним лікарем)¹. При цьому результати соціологічного опитування показують, що 70 % населення задоволені якістю медичної допомоги на первинній ланці. Зміна фінансування дозволила професіоналам отримувати гідні заробітні плати: подекуди заробітна плата лікарів первинної ланки зростає в чотири рази^[11]. Автономний закупівельник щорічно формує пакети закупівель медичних послуг та контракує їх, гнучко реагує на нагальні потреби, формуючи при потребі, формує додаткові пакети послуг. Відпочатку для Первинної Медичної Допомоги (сімейної медицини) був доступний лише пакет Первинної Медичної Допомоги, що за змістом відповідає Наказам МОЗ України № 503 та 504 від 19.03.2018, але вже на 2021 рік сформовані додаткові пропозиції з амбулаторної фтизіатричної допомоги, та паліативної допомоги, що в рамках окремих пакетів може надавати сімейний лікар, а також, як реакція на пандемію Covid, протягом 2021 року було введено додатковий пакет “ВАКЦИНАЦІЯ ВІД ГОСТРОЇ РЕСПІРАТОРНОЇ ХВОРОБИ COVID-19, СПРИЧИНЕНОЇ КОРОНАВІРУСОМ SARS-CoV-2”, так саме у 2022 році з'явилися пакети послуг

“СУПРОВІД І ЛІКУВАННЯ ДОРΟΣЛИХ ТА ДІТЕЙ З ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ НА ПЕРВИННОМУ РІВНІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ” (що значно розширює доступність кваліфікованої психіатричної допомоги), й “Забезпечення збереження кадрового потенціалу для надання медичної допомоги” (запроваджений з березня 2022 р, як реакція на бойові дії й таке собі рятівне коло для неспроможних, постраждалих внаслідок бойових дій підприємств).

- Змінено принципи закупівель лікарських засобів: з 2015 року державні закупівлі (на національному рівні) здійснюються із залученням спеціалізованих міжнародних організацій. Це дозволило заощадити майже 39 % виділених державою коштів.

- Створено Державне комерційне підприємство «Медичні закупівлі України», що з 2020 року проводить закупівлі ліків та медичних виробів за державні кошти.

- Уперше формування переліку закупівель на 2020 рік відбувалося за допомогою методики оцінки медичних технологій (health technology assesment), яка дозволяє здійснювати державні закупівлі на підставі показників клінічної ефективності, економічної доцільності та організаційних проблем застосування лікарських засобів, медичних виробів та інших медичних технологій.

- Затверджено Урядом Національний план заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку. Ухвалення документа сприятиме формуванню та розвитку системи громадського здоров'я, посиленню санітарно-просвітницької роботи в початкових та середніх навчальних закладах, збільшенню обізнаності населення щодо факторів ризику неінфекційних захворювань, шляхів їх зменшення; зменшенню передчасної смертності від неінфекційних захворювань (серцево-судинних захворювань, раку, діабету, хронічних респіраторних захворювань та інших), створенню реальних передумов для покращення медико-демографічної ситуації в країні.

- Запроваджено систему «eHealth». Адміністратором центральної бази даних «eHealth» є ДП «Електронне здоров'я». У результаті система електронного здоров'я забезпечить переведення всієї медичної інформації в електронний вигляд. Серед закладів первинної медичної допомоги, які уклали договір з НСЗУ, зріс рівень комп'ютеризації до 100 %.

- Затверджена й успішно реалізується програма «Доступні ліки»: з 1 квітня 2019 року програма реімбурсації «Доступні ліки» адмініструється НСЗУ і почала працювати за новими правилами. Лікарські засоби за державною програмою реімбурсації «Доступні ліки» відпускають у понад 7000 аптеках країни й лише за електронними рецептами. Програма «Доступні ліки» розрахована на пацієнтів, які мають серцево-судинні та неврологічні захворювання, діабет II типу та бронхіальну астму (на кінець 2022 року вже понад 50 найменувань діючих речовин).

- Запроваджено електронні рецепти на антибіотики, що дозволить значно обмежити спроби самостійного лікування за допомогою антибіотиків, та, у майбутньому, сприятиме значному зменшенню темпів зростання антибіотикорезистентності

- Запроваджено електронні рецепти на наркотичні анестетики, що покращує контроль, облік але й одночасно доступність знеболення (особливо при паліативному лікуванні).

- Запроваджено електронні листи непрацездатності - висновки про тимчасову непрацездатність що надаються сертифікованими у системі E-health лікарями (й сімейними лікарями). Запроваджений єдиний реєстр висновків, який у своєму функціоналі об'єднує реєстри E-Health, пенсійного фонду й фонду соціального страхування, фактично скасовуючи значну частину бюрократичного тягаря, як з медичних закладів, так й з роботодавців.

- Розпочато процес розбудови системи громадського здоров'я, яка закладає засади переорієнтації охорони здоров'я від політики лікування до політики профілактики та зміцнення / збереження здоров'я людини. Створення ефективної мережі регіональних центрів громадського здоров'я по всій Україні – одна із пріоритетних цілей Центру громадського здоров'я.

- Розпочато зміни в медичній освіті, зокрема запроваджено поріг для вступу на медичні спеціальності, ухвалено постанову Кабінету Міністрів України про єдиний державний кваліфікаційний іспит для медиків. Значно змінені умови підтвердження та здобуття кваліфікації у професії.

- Станом на початок 2021 року за даними щорічного дослідження “Індекс здоров'я Україна” 74% населення задоволені дільничним терапевтом / сімейним лікарем, 79% не відмовлялися від звернення до лікаря через відсутність коштів за останні 12 міс., 86% не відмовлялися від вакцинації для своїх дітей

Фактично, можна стверджувати, що більша частина цілей визначених у “Національній стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на 2015–2020 рр” досягнуто, й сучасна державна система охорони здоров'я в Україні все-ж вже зовсім не є системою Семашка, а здебільшого уподіблена до системи Бевериджа, із Єдиним центральним закупівельником послуг, й єдиним державно-врегульованим медичним простором (завдяки реєстрам E-Health, та закупівельним пакетам НСЗУ).

3.2 Актуальні питання, недоліки й ймовірні напрямки розвитку.

Як й в будь якій системі господарювання в системі охорони здоров'я можливості системи вирішують все ресурси підприємницької діяльності: природні умови, трудові ресурси та капітал, а також особливий, четвертий – здатність до підприємництва. Не розглядатимемо зараз природні умови, а

зосередимося на трудових (робітниках), капіталі (фінансуванні), та підприємстві (керівному складі)

Традиційно закладом ПМСД керував головний лікар, але з 2019 р. розмежовано повноваження та відповідальність щодо управління закладом: управління адміністративного-господарськими питаннями покладається на директора, а керівництво процесом надання якісної медичної допомоги – на медичного директора. Відповідно до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я» директор відповідає за організацію роботи і взаємодію всіх структурних підрозділів, наймання персоналу; на медичного директора покладено обов'язки щодо професійного розвитку персоналу, внутрішньої та зовнішньої координації підрозділів. Нововведення встановлює кваліфікаційні вимоги до освіти осіб, які претендуватимуть на ці посади: з 2022 року однією з обов'язкових вимог стає вища освіта з менеджменту. Сама ініціатива розрахована й направлена на оновлення кадрового складу. Нажаль в силу різних причин (в тому числі й банального кадрового та й фінансового голоду), більшість закладів зберігають традиційну форму управління, й бувший головний лікар закладу ПМСД переобираючись на посаду й номінально змінивши її назву на Генерального директора намагається (або вимушений) продовжувати виконувати/суміщувати обов'язки медичного директора.

Центри Первинної Медико-Санітарної Допомоги (ЦПМСД) є державною ініціативою згуртування структури сімейної медицини до полігрупової практики, що в цілому не є природнім, й дуже часто не є ефективним об'єднанням сімейних лікарів. Дуже часто штат набирається за принципом “заткнути фінансову діру” й мають суттєву адміністративно-бюрократичну надбудову. Самі принципи розбудови сімейної медицини створюють тяжіння до самодостатньої індивідуальної, або невеличкої групової (у 2-3 лікарі) практики. Однак для сільської місцевості, тобто місцевості з низькою щільністю(кількістю)

населення, й низькою щільністю фінансового ресурсу, різко стає питання про формування структури, яка об'єднуватиме лікарів до співпраці й консолідує фінансовий ресурс. Й такою структурою виступає саме Центр ПМСД, що об'єднує мережу маленьких лікарських амбулаторій (з обмеженою доступністю в зв'язку із низькою щільністю населення) та фінансово підтриманий місцевою громадою й **централізований користувач наданим громадою рухомим й нерухомим майном**. Зараз Центр ПМСД є тримачем ліцензії на медичну практику за запровадження “індивідуального ліцензування” лікарів (за прикладом більшості “західних” країн), центр набуває функції тримача матеріальних активів (завгоспа) й надавача адміністративних послуг, що значно збільшить гнучкість системи охорони здоров'я на місцевому рівні.

Кадровий потенціал

В Україні не здійснюється централізована національна оцінка потреб та попиту на медичні кадри, зокрема лікарів та медичних сестер.

В Україні станом на 2022 р. медичні працівники мають можливість отримати пенсію за віком при досягненні 60 років та наявності страхового стажу не менше 15 років. Як правило, після досягнення пенсійного віку медичні працівники в Україні продовжують працювати. На 01.01.2019 частка осіб пенсійного віку серед лікарів та середнього медичного персоналу становила 25% та 13% відповідно. Цей показник зростає з 1993 по 2011 рр., після чого суттєво не змінювався,^[7] та майже так само тих кому вже за 50

Кількість лікарів та середнього медичного персоналу на первинній ланці є недостатньою. Чотири з п'яти лікарів є лікарями-спеціалістами. Частка лікарів первинної ланки у структурі медичної допомоги є нижчою за середньоєвропейський показник (один лікар первинної ланки на 4.5 лікаря спеціаліста в Україні, 1:3 – у ЄС).^[7] Тобто з щільності 4.5 лікарі на 10000 населення та 11 медичних сестер - 1,12 та 1,43 відповідно є пенсіонерами

В ЄС щільність випускників медичних закладів вищої освіти у 2013 р. становила 1.1 на 10 тис. населення. В Україні цей показник майже удвічі більший і суттєво не змінюється. У 2017 р. щільність випускників медичних закладів вищої освіти становила 2.4 на 10 тис. населення, а щільність випускників спеціальності «Медицина» – 1.22 на 10 тис. населення^[7].

У 2015–2018 рр. щільність вступників на спеціальність «Медсестринство» рівня молодшого спеціаліста, яка включає програми підготовки медичних сестер, фельдшерів та акушерів, щороку скорочувалася: з 3.70 до 2.64 на 10 тис. населення (Рис. 31). У 2018 р. на одного вступника на спеціальність «Медсестринство» припадало 3.6 працюючого пенсіонера з числа середнього медичного персоналу. Зіставлення даних Центру тестування при МОЗ про випуск медсестер та інформації про вступ студентів на навчання свідчить, що упродовж навчання з медичних коледжів відраховується близько 10% студентів, які навчаються за кошти регіонального бюджету, та близько 15–20% тих, хто навчається за власні кошти^[7].

Відповідно щорічно варто очікувати у пропорції 18% випускників (кількість спеціалістів первинної ланки в системі ОЗ дорівнює 18%) тобто лікарів - 0,22 на 10000 , та медичних сестер 0,42. А Зважаючи на те, що відсоток комплектації лікарів ПМД один з найнижчих в галузі - 83%, тобто кожна 11 посада вакантна (суміщується іншим лікарем). Здорового відновлення кадрів молодими спеціалістами, якщо й можливо, то лишень не раніше, як за 5-10 років.

Нормативи кількості пацієнтів (для сімейного лікаря – 1 800 осіб, терапевта – 2 000 осіб, педіатра – 900 осіб) є досить високі. Відповідно до наказу МОЗ України №504 “оптимальний обсяг практики ПМД - кількість осіб, яким лікар з надання ПМД може забезпечити надання якісної ПМД.” Визначені нормативи не варто сприймати як цільове значення, а швидше як верхню межу кількості людей, яких може обслуговувати лікар. Для більшості країн що впроваджують

систему сімейної медицини цифри “комфортно” обслуговуємого населення коливаються від 600 (Куба та країни Британської співдружності) до 800(країни Прибалтики) й 1000(Бельгія, Австрія), 1200 (Казахстан), й наведені цифри не є критичною межею, а здебільшого сформовані рівнем ринкового балансу попиту й пропозиції.

Надмірне робоче навантаження на первинній ланці також є результатом дефіциту медичних сестер, особливо у віддалених районах. Враховуючи дефіцит кадрових ресурсів у ЗОЗ, надмірне робоче навантаження також виникає через те, що далеко не завжди у випадках хвороби, відпустки, відбуття на курси підвищення кваліфікації та інших подібних ситуацій є можливість замінити лікаря/медсестру іншим спеціалістом. Медпрацівник, який залишився, змушений вести прийом пацієнтів самостійно, виконуючи як свою роботу, так і функції колеги.

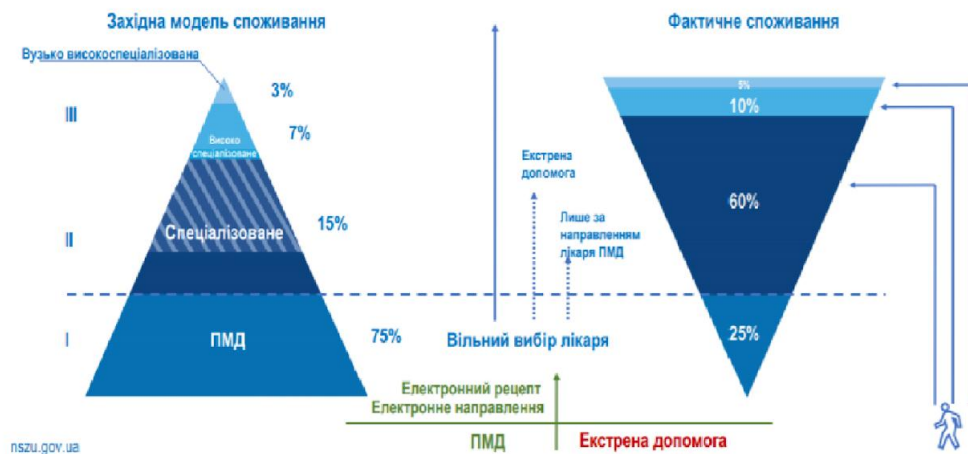


Рисунок 34. Частка медичних послуг, яку отримує населення на різних рівнях медичної допомоги: західна модель та ситуація в Україні, за даними НСЗУ, %

Відповідно до реформи первинної ланки в Україні, лікар загальної практики – сімейний лікар має виконувати широкий спектр завдань як на рівні окремого пацієнта, так і на рівні громади.

У рамках реформування інших сфер охорони здоров'я (таких як екстрена допомога, неінфекційні захворювання, психічне та громадське здоров'я) також передбачено низку завдань, які мають виконуватися на первинному рівні (Табл. 4). Але для реалізації цих функцій слід провести планування кількості необхідних кадрових ресурсів (лікарів та медичних сестер ЗПСМ), відповідності їх рівня знань та кваліфікації, а також достатнього обсягу ресурсів для виконання поставлених завдань.^[7]

Таблиця 4. Функціональні обов'язки, які покладаються на лікарів ЗПСЛ відповідно до національних концепцій/стратегій у різних сферах охорони здоров'я

	На рівні пацієнта	На рівні громади	Організаційно-координаційна діяльність
Основні завдання ¹⁵	Надання первинної допомоги, невідкладної допомоги, ведення випадків з кількома захворюваннями Оцінка потреб та соціальних обставин пацієнта Організація безперервної медичної допомоги	Оцінка епідемічних ризиків Просвіта щодо здоров'я, пропагування здорового способу життя Організація щеплень	Координація допомоги з іншими рівнями та видами Участь в організації медико-соціальної та психологічної допомоги
Громадське здоров'я ¹⁶	Розширення повноважень щодо надання послуг у сфері громадського здоров'я – від профілактичних до паліативних	Аналіз стану здоров'я населення Масова профілактика захворювань Участь у санітарно-просвітницькій роботі Навчання з питань здорового способу життя	Координація та проведення спільних заходів
Неінфекційні захворювання ¹⁷	Оцінка індивідуального ризику неінфекційних захворювань, клінічні обстеження Виявлення факторів ризику системи кровообігу (SCORE), цукрового діабету		Просвіта щодо неінфекційних захворювань
Психічне здоров'я ¹⁸	Оцінка психічного здоров'я Надання допомоги		
Екстрена допомога ¹⁹	Ефективне реагування на виклики, які не потребують екстреної допомоги		Взаємодія зі службою екстреної допомоги

Механізм реалізації принципу “Гроші йдуть за пацієнтом” закріплений Законом “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” та Наказом МОЗ України від 19.03.2018 № 503 ”Про затвердження Порядку вибору лікаря...”, ставлячи в залежність прибутковості підприємства від кількості пацієнтів, що підписали декларації до лікарів, з одного боку суттєво

укріплює позицію лікарів в закладі ПМСД (бо вони стають основним “знаряддям” заробітку), однак й суттєво пригнічує значущість таких професіоналів, як медичні сестри, бо виходячи з логіки положень затверджених НСЗУ пакетів ПМГ в закладі може бути достатньо й 1 медичної сестри загальної практики й на 10 сімейних лікарів, що досить доцільно точки зору “економії коштів”, але абсолютно непродуктивно з точки зору виробничої ефективності (у світовій практиці) й логічно можливо лише за умов суттєвого зниження вимог до надання первинної медичної допомоги.

Згідно із дослідженням Проекту USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії», значну частину робочого часу витрачається на збір скарг, анамнезу та проведення первинного обстеження, повторного огляду, призначення аналізів / направлення на обстеження й для ПМСД це в середньому становить половину загальних затрат часу на амбулаторний прийом. У випадку командної роботи, коли в наданні таких послуг беруть участь і лікар, і медична сестра, дві третини загальних затрат часу на цю послугу припадають на лікарів (а у закладах вторинного/третинного рівня – на медсестер). Проведення вторинного обстеження – це здебільшого функціонал лікарів. Тільки близько десятої частини затрат часу на цю послугу є роботою медичних сестер. Затрати часу на призначення досліджень і видачу направлень приблизно однаково розподіляються між лікарями та медичними сестрами.

Вид закладу	Показник	Первинне обстеження, збір скарг та анамнезу	Повторне обстеження	Призначення досліджень, видача направлень на аналізи
ЦПМСД	Медіана затрат часу (Q1-Q3) на 1 послугу, хвилин	5 (3-9)	5 (2-7)	3 (2-4)
	% загальних затрат часу на послугу, витраченого лікарями	65%	89%	48%
	% загальних затрат часу на послугу, витраченого медичними сестрами	35%	11%	52%

В силу “непереборних” вікових й природних й морально-фінансових обставин, та вище викладеного в штаті закладів ПМСД з’являються лікарі-“спеціалісти”, що вже не здатні виконувати свої обов’язки (за станом здоров’я, плинном часу, або навіть просто не можуть бути присутніми у трьох місцях одночасно), однак ще мають диплом й сертифікат, й якщо в щільно населених містах такому “спеціалісту” знаходять заміну, то в сільській місцевості раді навіть й такому “спеціалісту”... Фактично з моменту початку реформи явище кадрового лікарського голоду значно підсилило роль медичної сестри в сільській місцевості , й експериментально доводить не стільки можливість, скільки потребу в передачі певних функцій лікаря середньому медичному персоналу таких, як домашній патронаж, ведення анкетування з виявлення найпоширеніших неінфекційних хвороб, вимірювання антропометричних показників, технологічне обстеження (за допомогою допоміжних приладів таке як ЕКГ, або навіть для застосування елементів телемедицини), чи подовження призначень вже приписаних ліків, шляхом надання нових електронних рецептів.

Можливим шляхом вирішення питання оптимізації робочого часу команди лікаря та медичної сестри є більш жорстке розподілення обов'язків й переведення їх виконання з “перехресного” до паралельного, тобто розділення робочих місць й приміщень, з перенесенням значної документальної частини навантаження на “медичну сестру” - “кваліфікованого помічника”, що веде прийом до лікаря й, в межах компетенції, надає послуги, що не потребують обов'язкової участі лікаря: документальні, облікові, здійснення скринінгових досліджень опитування й анкетування, здійснення планових (призначених лікарем) досліджень, обстежень, призначень. Що значно збільшує можливості по наданню саме лікарської допомоги тим хто її потребує.

Перерозподіл обов'язків зазвичай є одним із шляхів подолання кадрового голоду. Слід зазначити, що при розробці посадових інструкцій керівник ЗОЗ або уповноважений ним орган не може змінювати кваліфікаційні вимоги до посади в частині освіти і напряду підготовки, передбачені кваліфікаційною характеристикою цієї посади. Але за потреби завдання та обов'язки, включені до типової кваліфікаційної характеристики, можуть розподілятися між окремими виконавцями. Коло завдань та обов'язків окремих працівників може бути розширено за рахунок доручення їм робіт, передбачених для різних груп посад, рівних за складністю, виконання яких не потребує іншої спеціальності або кваліфікації. Отже, в посадовій інструкції теоретично можна покласти на лікаря функції медсестри, але не навпаки^[7].

Заклади ПМСД переходять на систему електронного запису та черги, що надає функціонал Медичних Інформаційних Систем. Це допомагає скоротити час очікування пацієнтів та регулювати навантаження медичного персоналу. Разом з тим, заклади переважно використовують фіксовану тривалість консультацій (у середньому 15 хвилин) у межах амбулаторного прийому незалежно від мети візиту. Натомість у розвинених країнах поширюється практика, коли сімейним лікарям не встановлюються нормативи щодо кількості консультацій за годину; вони можуть самостійно планувати тривалість візиту залежно від його мети.

Перерозподіл обов'язків між персоналом є обмеженим. Хоча готовність медичного персоналу до опанування нових компетенцій є високою, ставлення до передачі функціональних обов'язків є неоднозначним. Лікарі та медсестри можуть це розглядати не стільки як «розвантаження», скільки як потенційну втрату частини оплати праці. Перерозподіл обов'язків через чітке нормативне регулювання функціоналу обмежений компетенцією освіти медичних працівників й, як показує практика, потребує перенесення частини обов'язків лікарі до середнього медичного персоналу. Однак це потребує формування пулу “нелікарських” медичних посад із підвищенням рівня освітньої компетенції вище за рівень сестри загальної практики в царині медичних й немедичних знань на рівні бакалавра, або навіть магістра з Сестринської Справи, або, за практикою низки країн, формування прошарку лікарів “неспеціалістів” - “інтернів”, що з певних причин не пройшли (та й не бажають) ліцензійного іспиту й по факту мають достатній базис знань, але не мають права самостійної практики.

Професійні спілки та самоврядування

В Україні понад 600 медичних асоціацій, що працюють у межах законодавства про громадські об'єднання. Але спроби з їхнього боку втрутитися в кадрову політику керівництва медичною сферою не знаходять підтримки, а часто й зустрічають опір до спроб контролю з боку управлінців усіх рівнів. Участь професійної організації у конкурсних комісіях щодо призначення керівництва закладів будь-якого рівня дуже важлива. Теоретично це б дозволило знизити рівень корупції, бюрократичного навантаження на процес організації надання медичної допомоги.

За висновками ситуаційного аналізу “Кадрові ресурси системи охорони здоров'я в Україні” більшість функцій, які могли б виконувати представники професійної спільноти, перебувають на початковій стадії розвитку, а нормативна база потребує оновлення. При розробці відповідних політик МОЗ за переліченими в аналізі напрямками необхідно посилити роль професійних

медичних асоціацій для забезпечення балансу і зменшення надмірного впливу державних інституцій.

- За відсутності прямих норм у наказах МОЗ щодо залучення професійних асоціацій до атестації лікарів, їхня участь у процесі допуску до медичної практики є мінімальною. В Україні припинення права на медичну діяльність лежить не стільки у професійній площині діяльності лікарів, скільки у сфері трудових відносин та регулюється шляхом дисциплінарного впливу.

- Наявні нормативні обмеження щодо дисциплінарного впливу на медичних працівників загалом та процесуальні обмеження участі професійних медичних асоціацій у роботі КЕК зумовлюють те, що реалізація професійною спільнотою функції дисциплінарного впливу є нині досить обмеженою.

- Хоча Закон «Про громадські об'єднання» дозволяє професійним медичним організаціям виконувати представницькі функції професії, на практиці роль професійних медичних організацій у цій сфері має формальний характер. Велика кількість професійних асоціацій призводить до того, що в умовах відсутності центрального реєстру медичних працівників вони не можуть реалізовувати представницькі функції.

- Чинна нормативна база передбачає широкі можливості для професійних медичних асоціацій в розробці політики охорони здоров'я як на національному, так і місцевому рівнях. Передумовами такої діяльності є активна позиція професійної спільноти і наявність необхідних навичок адвокації. Проте нормативні документи не передбачають залучення професійних медичних асоціацій до розробки і затвердження галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

- Нормативне регулювання питань формування позитивного іміджу певної медичної професії, просування її цінностей надає професійним медичним асоціаціям дуже широкі можливості.

- Участь професійних медичних асоціацій у безперервному професійному розвитку передбачена лише для освітньої діяльності – як провайдерів освітніх послуг.

- *Професійні медичні асоціації в Україні мають можливості для проведення досліджень і вироблення знань у своїй професії. Роботу з агрегації знань і доступ до таких інформаційних ресурсів нормативно визначено як складові товарних відносин, і вони можуть бути джерелами доходів професійних асоціацій.*

- *Враховуючи відсутність нормативних документів щодо процедури застосування дисциплінарних стягнень за порушення етичних норм професії, можливість участі українських професійних медичних асоціацій у розробці й підтриманні етичних стандартів залишається досить сумнівною^[7].*

контроль якості та фінансови стимули

Наразі Фінансування Первинної Медичної Допомоги проводиться фактично за “рентним” принципом, тобто капітаційні виплати за кожну людину проводяться незалежно від якості виконання медичних послуг, або, навіть взагалі наявності надаваних послуг. Подекуди виникають ситуації коли заклад надає послуги прикріпленому населенню навіть не надаючи їх.

За наявності централізованої електронної медичної бази (e-Health) в системі охорони здоров'я фактично все-ще відсутній системний та централізований контроль КПЕ (ключових показників ефективності). Наразі основним інструментом оцінки ефективності діяльності лікарів та медичних сестер залишається атестація. За межами атестації оцінка ефективності персоналу не є системною і скоріше є наслідком розслідування певних порушень/помилки, ніж рутинною практикою. *КПЕ – це насамперед кількісні показники, що відображають, наскільки добре організація досягає поставлених цілей і завдань. Індикатори якості медичної допомоги та ефективності діяльності лікарів, визначені в нормативних документах національного рівня або рівня закладів охорони здоров'я, часто не конкретні, не вимірювані й не мають чітких часових рамок. Переважає експертна бальна оцінка, яка є досить суб'єктивною. Функцію оцінки якості, створення КПЕ, ліцензування, підтримки*

стандартів могли-б взяти на себе професійні медичні спілки, однак існування таких спілок у якості Громадських Організацій (відповідно до діючого законодавства) не дає їм подібної можливості^[7].

КПЕ могли-б бути інтегровані до Медичних Інформаційних Систем, що частково-б вирішило питання підтримки якості, однак й це потребує централізованого впорядковуючого законодавчого рішення.

Для застосування практики плати за продуктивність бракує чітких показників.

Відсутність практики плати за продуктивність у закладах зазвичай пояснюється не прогалинами законодавчої бази чи обмеженим бюджетом, а саме нерозумінням того, які КПЕ для цього використовувати. Стимулювання за допомогою КПЕ дозволить встановити чіткі та легко обчислювані критерії оцінки ефективності роботи різних категорій персоналу й забезпечить регулярний зворотний зв'язок із керівником і пацієнтами. Варто визначити, що фінансове стимулювання на основі КПЕ щодо клінічних результатів має враховувати стратегію й цілі закладу й галузі та охоплювати всі ключові послуги. Й хоч з 2021 року у вимогах НСЗУ до закупівлі пакетів медичних послуг з'явилися індикатори якості (“Індикатор правильної маршрутизації” для ПМД), функціонал їх обліку й обчислення підготованим не був, стимулів (фінансових) для його досягнення створено не було, о 2022 році для пакету ПМД був встановлений “Індикатор рівня вакцинації” й навіть створено досить дієвий механізм його оцінки. Обіцяні виплати за його досягнення не були здійснені, а за змістом попередньо опублікованих вимог пакету ПМГ на 2023 рік, стимулюючи якісні показники зникають й сором'язливо замінюються “міфічними” внутрішніми системами контролю якості, що не “на папері” запроваджуватимуться далеко не кожним закладом. Й звичайно, воєнний час є виправданням цього, й навіть є виправданням неповного фінансування капітаційних виплат, однак це змушує побачити сумні аналогії з попередньої

спробою медичних реформ 2010-2013 рр. Та й без воєнних обтяжень, попри державні обіцянки про збільшення фінансування ПМД о 2022 році (шляхом збільшення капітаційної ставки). Було здійснене номінальне збільшення капітаційної ставки із паралельним зменшенням вікових коефіцієнтів повиплатам, що фактично збільшило капітаційні виплати на 0,02%.(попередньо із минулим роком). А очікуване додаткове фінансування по додатковим пакетам ПМГ не перевищує 10-15%, й контрактоване далеко не кожним закладом ПМСД.

ВИСНОВКИ

Дослідження щодо розвитку інституту сімейної медицини в Україні дозволило отримати наступні висновки.

1. Попри невдалі попередні спроби можна констатувати, що система надання медичної допомоги за принципами загальної практики-сімейної медицини знаходиться у стані активної розбудови й вже минула підготовчу фазу. За численними законодавчими актами й структурними змінами сама система Охорони Здоров'я України уподіблена до системи Беверіджа у якій досить суттєву роль відіграє саме практика сімейної медицини. Однак така система потребує значного перегляду як функціонування системи соціального страхування, так й зберігає потребу у запровадженні системи медичного страхування (попри те що єдиний закупівельник послуг НСЗУ вже є деякою імітацією подібної системи).

2. Встановлено що впорядковуючою основою до функціонування саме сімейної медицини є Закон України “Основи законодавства України про охорону здоров'я” та Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», та Накази МОЗ України від 19.03.2018 № 503 ”Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу” та № 504 ”Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги”.

3. Обгрунтовано потребу у запровадженні Державної системи планування кадрового резерву й відповідного стимулювання до здобуття медичних професій. Що сприятиме збереженню кадрового потенціалу та ймовірному запровадженню нових медичних посад з розширеними компетенціями середнього медичного персоналу (можливо помічник лікаря, патронажна медична сестра), та звуженими старими лікарськими (лікарі-інтерни, або лікарі-

стажери), можливо паралельно із існуючими наразі, тобто офіційно створити категорію більш освідчених та вмілих медичних сестер та особливу категорію менш компетентних лікарів. Та відповідно впроваджувати нові програми й стандарти рівня медичної освіти.

4. Обґрунтовано потребу у вдосконаленні системи індикаторів якості (із фінансовим стимулом внаслідок виконання), та запровадження системи невідворотнього моніторингу та оцінки ключових показників ефективності та невідворотньої фінансової стимуляції їх досягнення.

5. Для подальшої ефективної розбудови система потребує низки законодавчих вдосконалень в певних напрямках:

-з питань якісного врегулювали оплати, та співоплати низки послуг, не прописаних в Пакетах Медичних Закупівель НСЗУ. Можливо, законодавче закріплення фінансування патронажних медичних програм, як програм соціальної підтримки (за прикладом Польщі або Німеччини)

-з питань професійного самоврядування із покладанням на професійні організації функції контролю якості освіти та ліцензування за професійним напрямком й, можливо, участь у контролі якості роботи, та можливістю впливати на оцінку та обґрунтування розмірів оплати за пакетами ПМГ НСЗУ.

-з питань індивідуального ліцензування із зазначенням чітких вимог до професійних навичок й ступеню професіоналізму лікарів, та із можливістю розширення індивідуальної ліцензії на контрольованих ліцензованим спеціалістом підлеглих й лікарів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Заремба, Є. Х.; Грицко, Р. Ю.; Кияк, Ю. Г.; Лемішко, Б. Б.; Заремба-Федчишин, О. В.; Заремба, О. В. (2017). [Основний напрямок роботи фахівців сімейної медицини – профілактика](#). *Практикуючий лікар* (6, № 4). с. 5–10. [ISSN 2413-550X](#).
2. Сайт Всесвітньої організації сімейних лікарів (WONCA)
3. [https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D1%81%D0%B5%D1%81%D0%B2%D1%96%D1%82%D0%BD%D1%8F_%D0%BE%D1%80%D0%B3%D0%B0%D0%BD%D1%96%D0%B7%D0%B0%D1%86%D1%96%D1%8F_%D1%81%D1%96%D0%BC%D0%B5%D0%B9%D0%BD%D0%B8%D1%85_%D0%BB%D1%96%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%96%D0%B2_\(WONCA\)](https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D1%81%D0%B5%D1%81%D0%B2%D1%96%D1%82%D0%BD%D1%8F_%D0%BE%D1%80%D0%B3%D0%B0%D0%BD%D1%96%D0%B7%D0%B0%D1%86%D1%96%D1%8F_%D1%81%D1%96%D0%BC%D0%B5%D0%B9%D0%BD%D0%B8%D1%85_%D0%BB%D1%96%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%96%D0%B2_(WONCA))
4. В.М. Лехан, Л.В. Крячкова, М.І. Заярський “Аналіз реформ охорони здоров’я в Україні: від здобуття незалежності до сучасності” ISSN 2077-6594. УКРАЇНА. ЗДОРОВ’Я НАЦІЇ. 2018. № 4 (52)
5. О. В. Яремчук “КРАЦІ ЗАРУБІЖНІ ПРАКТИКИ В СІМЕЙНІЙ МЕДИЦИНІ: ДОСВІД ДЛЯ УКРАЇНИ” електронне “Державне управління: удосконалення та розвиток” ст.від07.11.2018
6. Національна стратегія реформування системи охорони здоров’я в Україні на період 2015 – 2020 років <https://uoz.cn.ua/strategiya.pdf>
7. Кадрові ресурси системи охорони здоров’я в Україні. Ситуаційний аналіз / Д. Богдан, А. Бойко, А. Василькова та ін. Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров’я». Київ, 2019.

8. <https://www.vz.kiev.ua/simejna-medycyna-v-poshukah-zolotogo-standartu/>
9. https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D1%96%D0%BC%D0%B5%D0%B9%D0%BD%D0%B0_%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%B0
10. “Національна стратегія реформування системи охорони здоров’я в Україні на 2015–2020 рр”
11. ГАЛУЗЕВИЙ БРИФ «ОХОРОНА ЗДОРОВ’Я» Ukraine Reform Conference / Vilnius, 2020 Галина Скіпальська, виконавча директорка МБФ «Українська фундація громадського здоров’я»; Тетяна Юрочко, завідувачка кафедри, кандидат наук з державного управління, доцент Національного університету «Києво-Могилянська академія
<https://rpr.org.ua/wp-content/uploads/2020/02/Healthcare-reform.pdf>
12. Конституція України ст. 49
13. Аналіз робочого навантаження, мотиваторів та стимулів праці медичних працівників, які надають ВІЛ-послуги в семи регіонах України / Проект USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії», Deloitte. Київ, 2017
14. ДОВІДНИК кваліфікаційних характеристик професій працівників ВИПУСК 78 Охорона здоров'я
15. <https://health-index.com.ua/> Індекс Здоров’я
16. Постанова Кабінету Міністрів України від 20 червня 2000 р. N 989 “Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я”
17. Наказ МОЗ УКРАЇНИ N 72 від 23.02.2001 “Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини”
18. Наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 503 ”Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу”

19. Наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 504 ”Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги”.

20. Постанова Кабінету Міністрів України від 20 червня 2000 р. N 989 “Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я”

21. Постанова Кабінету Міністрів України від 3 березня 2021 р. № 179 “НАЦІОНАЛЬНА ЕКОНОМІЧНА СТРАТЕГІЯ на період до 2030 року”

22. проект “План відновлення системи охорони здоров'я України від наслідків війни на 2022 - 2032 роки”

https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%9D%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D0%BD%D0%B8/21-07-2022-Draft-Ukraine%20НС%20System%20Recovery%20Plan-2022-2032_UKR.pdf

23. Вимоги ПМГ 2021, Вимоги ПМГ 2022, Вимоги ПМГ 2023
<https://nszu.gov.ua/>