

Міністерство освіти і науки України
Національний університет
«Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

Навчально-науковий інститут фінансів, економіки, управління та права
Кафедра публічного управління, адміністрування та права

Кваліфікаційна робота

на тему: **«РЕФОРМУВАННЯ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ МЕДИЧНОЇ
ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ: ОСОБЛИВОСТІ ТА ПЕРСПЕКТИВИ»**

Виконала:

студентка академічної групи 2м – ДС
освітньо-професійної програми
«Публічне управління та адміністрування»
другого (магістерського) рівня вищої освіти
спеціальності 281

«Публічне управління та адміністрування»

Засядько В. А.

Науковий керівник:

кандидат юридичних наук, доцент

Таран Д. П.

Завдання

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ	3
ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ ПИТАННЯ РЕФОРМУВАННЯ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.....	10
1.1. Світові концепції організації первинної медичної допомоги	10
1.2. Нормативно-правове забезпечення розвитку первинної медичної допомоги в Україні на різних етапах реформування первинної медичної допомоги	21
1.3. Вплив децентралізації та участь територіальних громад у реформуванні первинної медичної допомоги в Україні	33
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ПРОЦЕСІВ ТРАНСФОРМАЦІЇ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ.....	36
2.1. Аналіз стану впровадження етапів реформування первинної медичної ланки в Україні	41
2.2. Оцінка впливу інституцій України на хід реалізації трансформації первинної медичної допомоги в Україні	49
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ ПІДХОДІВ ЩОДО РЕФОРМУВАННЯ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	43
3.1. Реформування первинної ланки медичної допомоги в Україні: Інноваційні підходи та перспективи вдосконалення моделі амбулаторно- поліклінічної медичної допомоги	43
3.2. Охорона здоров'я населення як головний чинник соціального прогресу територіальних громад	59
3.3. Ресурсозабезпечення, як основа забезпечення спроможності реалізації подальшого реформування первинної медичної допомоги на рівні країни та територіальної громади.....	69
ВИСНОВКИ	83
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	87

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ОТГ – Об'єднана територіальна громада

ЄС – Європейський Союз

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я

НСЗУ – Національна служба здоров'я України

ЗОЗ – заклад охорони здоров'я

ЦПМСД – Центр первинної медико-санітарної допомоги

ВСТУП

Актуальність теми. Головна мета системи охорони здоров'я – це доступна, якісна, своєчасна та доказова медична допомога населенню. Стратегія ВООЗ щодо переорієнтації медичної допомоги на первинну медико-санітарну допомогу за принципом сімейної медицини була прийнята більшістю країн світу. Згідно досліджень ВООЗ – первинна ланка медичної допомоги задовольняє майже 90% потреб населення у медичній допомозі, а також вважається раціональною з погляду економіки, потребуючи набагато менше ресурсів галузі охорони здоров'я в цілому, чим медична спеціалізована допомога. «первинна медична допомога», це ланка яка максимально наближена до пацієнта і є містком до отримання спеціалізованої медичної допомоги.

Основним завданням первинної медичної допомоги повинна бути профілактика – недопущення у людини хвороби, що потребує постійної комунікації з громадськістю та постійної взаємодії з державними та недержавними інституціями в питаннях громадського здоров'я громадського здоров'я.

Розбудова ефективної системи первинної медико-санітарної допомоги є ключовим напрямком трансформації в багатьох країнах світу та в Україні. Щоб досягти позитивних результатів, цей процес має базуватися не на інтуїтивних та емпіричних висновках, а на науково обґрунтованих підходах із доведеною ефективністю до трансформації систем первинної медичної допомоги та здійснюватися з урахуванням національних особливостей та досвіду.

Всесвітня організація охорони здоров'я визначила 4 основні напрями розвитку первинної допомоги:

1. Сприяння досягненню рівності, солідарності та соціальної справедливості щодо здоров'я населення за рахунок забезпечення універсального доступу та соціального захисту здоров'я.

2. Забезпечення людино-орієнтованого підходу, що враховує потреби та очікування людей, з метою підвищення результативності та ефективності медичних послуг для населення.

3. Підвищення рівня здоров'я громад шляхом інтеграції первинної медичної допомоги і заходів громадського здоров'я.

4. Зміна принципів управління закладами первинної медичної допомоги шляхом відмови від командно-адміністративних методів управління та впровадження гармонізованого, репрезентативного, соціально інтегрованого, заснованого на переговорах методу управління [7].

Останні виклики, у вигляді пандемій, поступового збільшення старіння населення, військових дій продемонстрували, що край необхідне посилення первинної медичної допомоги – ланки першого контакту більшості пацієнтів із системою охорони здоров'я.

Наразі значна частина населення отримує достатню медичну допомогу на первинному етапі як в Україні так і в світі, у зв'язку з цим активно розширюється роль сімейного лікаря як головного представника первинної ланки медичної допомоги. Сімейна медицина – особливо її профілактична роль, при правильній політиці реалізації, здатна значно покращити капітал здоров'я населення України.

Насьогодні реформа охорони здоров'я в Україні орієнтована на пріоритетність економічних методів господарювання, децентралізацію управління галуззю, посилення економічної самостійності закладів охорони здоров'я. В умовах адаптації галузі охорони здоров'я України до нових економічних відносин первинній медико-санітарній допомозі відведено провідну роль у медичному забезпеченні населення.

Проблеми розвитку ПМСД досліджували чимало вітчизняних науковців, зокрема, Лехан В.М. Лехан В.М., Горбань Є.М., Марчук Н.В., Менон Р., Князевич В.М., Слабкий Г.О. (ред.), Гойда Н.Г. та співавт., Рудень В.В. та співавт., а також фахівці Європейського Союзу White K.L., Hobbs F.R. та інші. Однак реформування первинної ланки первинної ланки триває, тож і

дослідження поточних результатів уже впроваджених реформ та пропозиції щодо коригування її ходу не втрачають своєї актуальності.

Мета роботи полягає у здійсненні комплексної оцінки ефективності реалізації реформи первинної медичної ланки в Україні. З метою досягнення визначеної мети у роботі було поставлено та послідовно вирішено такі **завдання**:

1. Розкрити основні етапи реформування первинної медичної допомоги шляхом впровадження сімейної медицини в Україні (здійснити ситуаційний аналіз за 2014-2023 р.)

2. Проаналізувати стан та тенденції розвитку первинної ланки медичної допомоги у світі.

3. Провести аналіз реалізації впровадження сімейної медицини в Україні.

4. Вивчити та охарактеризувати стан участі місцевих громад у реалізації реформування первинної ланки медичної допомоги.

5. Запропонувати шляхи модернізації реалізації реформування первинної ланки медичної допомоги.

Об'єктом дослідження – є процес реформування первинної ланки медичної допомоги в Україні.

Предметом дослідження є теоретико-методичні положення та практичні рекомендації щодо впровадження сімейної медицини на теренах України.

Методи дослідження. Основою дослідження є як загальнонаукові, так і спеціальні наукові методи наукового пізнання, зокрема:

– історичний, з використанням якого досліджувалися етапи розвитку ПМД в Україні;

– систематизація та узагальнення – для вивчення етапів впровадження та реалізації ПМД в системі охорони здоров'я та підсумовування результатів;

– методи аналізу та синтезу – аналіз факторів впливу на хід реалізації впровадження реформи ПМД;

- статистичні методи – аналіз отриманих результатів дослідження;
- матричні методи, шляхом побудови та аналізу матриці SWOT-аналізу для оцінки сильних та слабких сторін;
- індукції та дедукції, розгляд процесу взаємодії та взаємовпливу системи охорони здоров'я, зокрема ПМД, і держави розглядаються як динамічний процес змін від окремого прояву до загальної форми і навпаки;
- діалектичний, який дав змогу дослідити суспільні явища й цінності, які впливають на функціонування системи доступності та якості медичних послуг на рівні ПМД;
- прогностичний, що дав можливість визначити перспективи розширення ролі та посилення впливу сімейної медицини в питаннях реалізації стратегії розвитку охорони здоров'я в Україні.

Інформаційну базу дослідження складають статистичні дані Центру медичної статистики, Державної служби статистики, World Health Organization (Health Statistics), і т. д.; нормативно-правові документи органів державної влади України (Міністерства охорони здоров'я України, Національної служби здоров'я України); наукові статті, що публікуються у спеціалізованих виданнях, матеріали медичних конференцій; монографії та інші наукові джерела, які відповідають об'єкту досліджень; інформаційно-аналітичні матеріали спеціалізованих видань і т. д.

Новизна отриманих результатів: удосконалено: – рекомендації щодо ефективного подальшого впровадження реформування первинної ланки сімейної медицини.

Практичне значення отриманих результатів. Проведено аналіз сильних та слабких сторін, реформування ланки первинної медичної допомоги, шляхом SWOT-аналізу, можуть бути використані у галузі публічного управління та охорони здоров'я, представниками органів місцевої влади та державного управління з метою формування політики, стратегії чи удосконалення концепції розвитку ПМД в Україні.

Особистий внесок автора. Магістерська робота є самостійною науковою працею, а усі викладені результати було отримано автором особисто під керівництвом наукового керівника.

Структура та обсяг магістерської роботи. Робота складається із вступу, трьох розділів, загальних висновків, списку використаних джерел із найменувань, рисунків, таблиці та додатку. Загальний обсяг роботи складає сторінки основного тексту.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ ПИТАННЯ РЕФОРМУВАННЯ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

1.1. Світові концепції організації первинної медичної допомоги

Відомо, що перші зародки сімейної медицини з'явилися ще у V-X ст. нашої ери, коли виникла лікарська діяльність, яка за характеристикою надання медичної допомоги нагадувала сімейну медицину. З того часу і дотепер вона пройшла великий шлях трансформації і кожна країна світу обрала для себе найоптимальнішу модель отримання медичних послуг. В минулому сторіччі було сформовано декілька моделей системи охорони здоров'я, найбільш відомі з них :

Американська модель – приватна система охорони здоров'я (заснована на реалізації платних медичних послуг та існуванні добровільного медичного страхування – США). Характеризується найменшим рівнем централізації ВВП в бюджеті – близько 25-30%. Фінансування цієї моделі здійснюється в переважній більшості за рахунок коштів фізичних та юридичних осіб, фінансування за рахунок державних коштів є мінімальним та орієнтованим на малозабезпечених людей. Переважають приватні медично-страхові структури. Ця модель функціонує в США.

У 1978 році Інститут медицини США визначив ключові характеристики первинної медико-санітарної допомоги: доступність, зрозумілість, координування та відповідальність. Акцент було зроблено на балансі між наданням ПМСД, створенням умов для поліпшення здоров'я населення та раціональним витрачанням часто обмежених фінансових ресурсів. Згодом, на основі проведених досліджень, Інститут сформулював власне визначення ПМСД як надання інтегрованих та доступних медичних послуг, за які несуть відповідальність лікарі, з метою задоволення різноманітних потреб пацієнтів

у сфері охорони здоров'я, налагодження партнерських стосунків з ними та їхніми роинами й громадами [59, с.23].

Після проведення досліджень щодо первинної медико-санітарної допомоги, Інститут медицини США дійшов таких висновків:

1. ПМСД є фундаментом ефективності системи охорони здоров'я, оскільки може вирішувати більшість проблем зі здоров'ям, з якими стикається суспільство.

2. ПМСД є необхідною для досягнення таких ціннісних цілей медичної допомоги, як висока якість, найкращі результати у забезпеченні та підтримці здоров'я, співпраця з пацієнтами, ефективне використання ресурсів.

3. Особиста взаємодія між пацієнтами та лікарями, що базується на довірі й партнерстві, є центральною в ПМСД.

4. ПМСД є важливим інструментом для покращення результатів щодо стану здоров'я, профілактики захворювань, а також надання допомоги пацієнтам із хронічними хворобами.

5. ПМСД сприяє подальшому формуванню інтегрованих систем охорони здоров'я.

У Сполучених Штатах створено спеціальну організацію для дослідження та оцінки якості системи первинної медико-санітарної допомоги й необхідності її впровадження. Також законодавчо надано дозвіл медичним працівникам середньої ланки (медичним сестрам та асистентам лікарів) забезпечувати ПМСД, однак у різних штатах частка цих фахівців, які беруть активну участь у наданні медичної допомоги, відрізняється через розбіжності локального законодавства. Зазвичай такі середні медичні працівники допомагають населенню у складі команд разом зі сімейними лікарями. Робота фахівців у команді сприяє підвищенню ефективності лікувально-профілактичних заходів.

Дослідження науковців США виявили такі особливості первинної медико-санітарної допомоги:

1. У людей з доступом до ПМСД захворювання виявляються на ранніх стадіях, що дозволяє запобігти ускладненням та несприятливому перебігу.
2. За умов адекватної ПМСД зменшується кількість госпіталізацій та викликів швидкої допомоги.
3. Обстеження та лікування в умовах закладів ПМСД коштує дешевше, ніж у лікарнях.
4. ПМСД забезпечує кращі умови діагностики, можливості вакцинації та контролю стану для малозабезпечених верств населення.
5. За умов регулярної ПМСД люди отримують більше послуг превентивного характеру.
6. Вищий рівень ПМСД пов'язаний зі зменшенням різниці показників смертності між містом і селом, рівнями бідності, освіти та способом життя [62, с. 623-628;].

Проте у США, де найбільш поширений добровільний вид медичного страхування, відсутні централізоване управління системою охорони здоров'я та державні гарантії у сфері медичного обслуговування для більшості населення. Мережа медичних закладів тут формується переважно відповідно до фінансових можливостей та потреб місцевого населення за законами ринку. Громадяни мають свободу у виборі лікаря, а лікарі – у виборі характеру й місця практики. Планування медичної допомоги на федеральному рівні не здійснюється. Лише невелику частку медичних послуг забезпечують муніципальні та окружні департаменти охорони здоров'я через громадські клініки. Водночас систему контролюють страхові компанії, роботодавці, громадяни, ЗМІ та місцева влада. А випадки лікарських помилок чи порушення медичного законодавства розглядають юридичні органи [57, с. 41].

Незважаючи на щорічне зростання медичних витрат на 10%, що є найвищим показником, адекватного підвищення якості медичного обслуговування та охоплення ним усього населення не відбувається через відсутність загального медичного страхування і гарантованого мінімального обсягу меддопомоги.

Одним з важливих напрямів реформування системи охорони здоров'я у США є посилення ролі амбулаторно-поліклінічних закладів як у наданні первинної медико-санітарної допомоги, так і в організації фінансування лікувально-профілактичних заходів.

У більшості країн Західної Європи структуру системи охорони здоров'я складають первинна та спеціалізована медична допомога. При цьому заклади первинної ланки забезпечують до 90% загального обсягу лікувально-профілактичної допомоги. Втім пошук шляхів удосконалення ПМСД та реформування системи охорони здоров'я, підвищення якості медичного обслуговування й задоволеності ним населення триває в багатьох країнах Європи та інших частин світу.

Західноєвропейська модель- Страхова модель (модель Бісмарка).

Дана модель ґрунтується на акумуляції державою більше третини ВВП (35- 45%). Відповідно більш розгалуженою є система охорони здоров'я з паралельним функціонуванням державних і комерційних медичних закладів. Являється моделлю медичного страхування, яка притаманна державам із помірним рівнем централізації ВВП. Основна перевага такої моделі в тому що витрати на медицину в переважній більшості фінансуються за кошти самих страхувальників. Така модель існує в Австрії, Німеччині, Швейцарії, Японії та інших високо розвинутих країнах.

Скандинавська модель – Бюджетна модель (модель Беверіджа, Семашка)

Ця модель передбачає найвище оподаткування і наявність довіри між платниками податків і державою. Так акумулюючи більше половини ВВП (50-60%), держава в змозі надати якісні і безплатні суспільні послуги. Система охорони здоров'я ґрунтується на фінансуванні охорони здоров'я в переважній більшості за рахунок коштів Державного та місцевих бюджетів (від 60% до 90%). Модель Беверіджа характеризується мінімальним залученням коштів

фізичних та юридичних осіб. Модель Семашка, це модель яка функціонувала, ще в СРСР. Щодо країн в яких функціонує бюджетна модель фінансування, то до них можна віднести Великобританію, Данію, Канаду, Фінляндію, Ірландію, Італію та інші, зі значними соціальними гарантіями надання медичної допомоги [14, с. 46-47; 27; 43].

Кожна із цих систем мала свої переваги та недоліки, на базі декількох систем у 60-70 х роках ХХ ст було запроваджено та реалізовано надання медичної допомоги за принципом загальної практики сімейної медицини.

У 1972 році була створена Всесвітня асоціація сімейних лікарів WONCA, в склад якої увійшли 8 країн, що мали системи охорони здоров'я націлені на розвиток первинної медичної допомоги, у вигляді сімейної медицини. У 1978 році відбулась Алма-Атинська конференція, на якій було прийнято резолюцію та затверджено декларацію щодо кроків подальшого впровадження та розвитку ПМД. Наступним кроком, у 1979 році ВООЗ затвердила Алма-Атинську декларацію, визначила глобальну стратегію досягнення здоров'я всіх категорій населення за принципом первинної медичної допомоги у світі . Відтоді у більшості країн світу розпочалась трансформація систем охорони здоров'я з орієнтацією на ПМД та розвиток загальної практики сімейної медицини.

Далі, у 1996 році у Любляні відбулась конференція ВООЗ, де було наголошено на потребу офіційно розробити документ, який би містив основні положення первинної медичної допомоги Великої Хартії ЗПСМ.

В 1998 р. прийнята Всесвітня декларація ВООЗ з охорони здоров'я населення, заснована на концепції зміцнення та розвитку ПМД, також було запроваджено Програму ВООЗ «Здоров'я для всіх у ХХІ ст.», метою якої було до 2010 року, забезпечити населенню Європи якісний доступ до ПМД .

Україні ж, у цей час, у спадок, після розпаду Радянського Союзу, залишилась багаторівнева система М.О. Семашко, ідея якої була –наблизити різнопрофільних спеціалістів до населення. Недоліками цієї системи стало зниження ролі дільничного терапевта як основного фігуранта надання

медичної допомоги, відсутність контролю за кінцевим результатом з боку лікарів-спеціалістів за здоров'я пацієнта та населення в цілому, значні витрати системи охорони здоров'я на забезпечення спеціалізованої медичної допомоги.

Тому, коли постало питання яку ж модель обрати за взірець, для впровадження первинної медичної допомоги – сімейної медицини на теренах України було розглянуто декілька моделей реалізації сімейної медицини в країнах Європи та Америки.

В умовах потреби реформування старої радянської моделі охорони здоров'я, призначеної для функціонування в умовах планової економіки (так званої моделі Семашко), було прийнято рішення за основу взяти нову модель охорони здоров'я, засновану на досвіді зарубіжних країн, зокрема Великої Британії. Таким чином, наразі відбувається оновлення правової бази та розроблення нормативно-правового забезпечення функціонування нових інституцій [9].

Так як жодна із систем не є ідеальною і має свої недоліки і переваги- в першу чергу потрібно оцінювати спільномірність цих систем з особливостями функціонування економіки, менталітету, пріоритетності нашої країни.

Зауважимо, що 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%.

Одні із найбільш успішними в реалізації впровадження первинної допомоги вважаються Канада, Великобританія, Австралія. Сімейна медицина також впроваджена в Іспанії, Португалії, Хорватії, Польщі, Латвії, Єстонії і кожна із них має ряд своїх відмінностей.

Розглянемо особливості кожної системи:

Канада – чисельність населення становить близько 39.5 млн осіб. Очікувана тривалість життя населення – 81,3 років.

Система охорони здоров'я коштує платникам податків 9,5% ВВП.

Канадська система охорони здоров'я давно пройшла стадію формування і тому цікава з точки зору оцінки ефективності тривалого функціонування. Це система універсального покриття послугами, доступна для мешканців країни і прив'язана до пацієнта, який може вільно пересуватися країною. Канадська медицина в сучасному вигляді започаткована у 1962 році та розвивається за системою "Medicare".

70% витрат на здоров'я покривається з податків: федеральних, провінційних і територіальних. Місцеві органи управління охороною здоров'я щороку отримують транш із загальної казни, який покриває чверть їхніх видатків.

Решту коштів в охороні здоров'я сплачують безпосередньо канадці за рахунок страхового полісу.

Охороною здоров'я управляють на місцевих рівнях: провінційні і територіальні громади відповідають за фінансування та розбудову медичної інфраструктури, підписання контрактів з лікарями-приватними підприємцями та роботу місцевих медичних установ.

Неурядові організації мають значний вплив та виконують багато роботи, наприклад, дбають про права пацієнтів чи розподіл донорської крові.

Кожна з 10 провінцій і трьох канадських територій має своє міністерство охорони здоров'я та органи управління – регіональні установи з охорони здоров'я, а також агенції з оцінки технологій.

Половина канадських лікарів – фахівці первинної ланки. Канадці самі обирають сімейного лікаря, і для візиту достатньо лише медичної картки – більше жодних документів чи виплат. Медичний ідентифікаційний код пацієнта дає доступ будь-якому лікарю доступ до всіх даних про пацієнта.

Сімейні лікарі надають також первинні послуги з перевірки психічного здоров'я.

Лікарі первинної і вторинної ланок це, переважно, лікарі-приватні підприємці. Їхній дохід залежить від кількості пацієнтів, а оплачує послуги не пацієнт, а місцева система охорони здоров'я. Переважає моно-практика (до 90

%) Також у Канаді існує окрема структура сімейної медицини, що націлена на обслуговування пацієнтів віком понад 65 років: у режимі групової практики лікарів ПМД із залученням вузьких фахівців.

Кількість лікарень в Канаді змінюється відповідно до змін фінансування. Існує тренд до злиття медичних установ. Канадські лікарі мігрують в США, а в Канаду мігрують лікарі з інших країн. В Канаді відносно мало терапевтів на 1000 населення – 2,6.

Слід звернути особливу увагу на окремі аспекти канадської моделі які вже використовуються в трансформації української системи.

У канадської системи охорони здоров'я ми взяли до уваги та вже частково перейняли такі аспекти як :

Ефективна первинна ланка медичної допомоги, право на вільний вибір лікаря пацієнтом, гарантований пакет медичних послуг на рівні сімейної медицини, як бачимо – це світовий стандарт якісної та доступної допомоги в цивілізованих країнах світу. Такі принципи вже запрацювали і у наших реаліях.

Великобританія – чисельність населення становить близько 66.33 млн осіб. Очікувана тривалість життя населення – 81,0 років.

Велика Британія витрачає на галузь охорони здоров'я 9,8% ВВП.

Велика Британія не має єдиного осередку управління системою охорони здоров'я. Тут функціонують National Health Service – Національна служба здоров'я. Більша частина цих коштів надходить із загального оподаткування. Галузь охорони здоров'я займає друге місце за обсягом споживач коштів бюджету країни. Також фінансування медичної галузі забезпечує

Служба громадського здоров'я та Clinical Commissioning Group – Клінічні уповноважені групи (КУГ), які відповідають за закупівлю медичних послуг у різних лікувальних закладах. КУГ купують медичні послуги для жителів певного регіону, виходячи з потреби і кількості наявних коштів.

Первинна та спеціалізована медична допомога для пацієнтів залишається практично безоплатною. Єдиною формою надання ПМД є система державної сімейної медицини, сімейний лікар має статус державного службовця. На первинній ланці превалюють маленькі практики на 3-10 лікарів, які обслуговують від 4.5 до 13 тис. осіб.

Приблизно 90 % сімейних лікарів самостійно вирішують проблеми пацієнтів і лише 10 % звертаються за допомогою вузьких спеціалістів на рівні вторинної або третинної медичної допомоги. Пацієнт має право вільного вибору сімейного лікаря. Сімейні лікарі надають 90 % усієї медичної допомоги. Один лікар обслуговує 1700-2000 осіб. Значну увагу приділяють спілкуванню з хворими, їх психологічному стану. За показниками надання ПМСД Великобританія посідає перше місце серед європейських країн.

Слід звернути особливу увагу на окремі аспекти британської моделі які вже використовуються в трансформації української системи.

Працює система реімбурсації ліків. Розроблена капітаційна ставка для обрахування гарантованого обсягу безкоштовної допомоги.

У централізованій державній системі охорони здоров'я Великої Британії первинна медико-санітарна допомога почала пріоритетно розвиватися з 90-х років минулого століття. Сімейний лікар тут працює самостійно, але спочатку має отримати ліцензію. В середньому кожен житель звертається до сімейного лікаря 5 разів на рік. При цьому лікар може оглянути пацієнта в клініці, вдома чи надати консультацію телефоном.

З 1997 року в Англії трасти ПМСД здійснюють управління та несуть відповідальність за первинну допомогу, а також фінансують потреби місцевих медичних центрів. У багатофункціональній системі ПМСД у країні важливу роль відіграють сімейні лікарі. До неї також входять управлінці, медсестри, асистенти, інспектори.

Підготовка сімейних лікарів триває 6 років на додипломному рівні та 3-6 років на післядипломному. Тривале навчання забезпечує високу якість, проте є однією з причин відтоку медичних кадрів з Великої Британії.

У Нідерландах створено потужну базу первинної медико-санітарної допомоги, що забезпечує високу якість медичного обслуговування. Основою ПМСД тут є сімейний лікар, який вирішує понад 90% проблем своїх пацієнтів. На одного лікаря з повним навантаженням припадає 2483 пацієнти.

Голландська модель ПМСД має значний вплив на розвиток сімейної медицини в багатьох країнах. У 2002 році на європейській конференції WONCA в Норвегії визначено суть і завдання ПМСД у суспільстві, що змінюється. Система якості Голландського коледжу загальної медицини визнана за її універсальність та позитивний вплив.

На національній конференції 2001 року підтверджено провідну роль ПМСД в системі охорони здоров'я Голландії, адже саме сімейний лікар тут першим зустрічає пацієнта, відповідає за подальше лікування й підтримує співпрацю з іншими фахівцями.

У Німеччині первинна і вторинна медична допомога мало відрізняються. Лікарняні каси співпрацюють з медзакладами через громадські об'єднання лікарів за територіальним принципом. Кошти з кас надходять в об'єднання, де визначають заробіток лікаря за спеціальними балами. Кількість балів та сума на ліки встановлені на кожного пацієнта. Якщо лікар перевищує ліміти, то сплачує 5% штрафу. Це захищає каси від надмірних витрат, але обмежує лікаря та пацієнта щодо повноти лікування.

Лікарі сплачують оренду за приміщення та обладнання. Вони працюють самостійно, поєднуючи всі спеціальності, а у селі ще й курують хворих у лікарнях. Системи керованої допомоги немає, кожен обирає лікаря самостійно.

Після 6 років навчання лікарі загальної практики проходять 4-річну спеціалізацію. З 1999 року зростає інтерес до сімейної медицини завдяки кращій підготовці та обов'язковому профрозвитку лікарів. Проте ПМСД у Німеччині ще не набула популярності як в інших країнах Європи. Керована сімейними лікарями допомога залишається предметом дискусій, хоча каси заявляють про її підтримку.

Австралія – чисельність населення становить близько 25.69 млн осіб. Очікувана тривалість життя населення – 82,0 роки.

Австралія витрачає близько 9.5% свого ВВП на охорону здоров'я.

Здійснення фінансування послуг, які надають як державні, так і приватні заклади охорони здоров'я здійснює Медікер (Medicare) – універсальна медична страховка, якою забезпечені всі громадяни країни. Медікер повністю покриває всі витрати на послуги державних лікарень і на 75% покриває так звану Medical Schedule Fee (стандартизована ціна на медичну послугу, яка встановлена урядом) в приватних лікарнях.

Фінансування медичних послуг в Австралії здійснюється на 70% за рахунок державного бюджету(за рахунок податків) і на 30% за рахунок приватних страхових компаній та самих пацієнтів.

На даний момент запроваджено в первинній медичній допомозі: розширення медсестринських повноважень, впроваджено телемедичні послуги систему контрольованих електронних медичних карток, що полегшує координацію і доступність медичних сервісів.

Слід звернути особливу увагу на окремі аспекти австралійської моделі які вже використовуються в трансформації української системи.

Вищеперераховані телемедичні послуги електронні медичні картки впроваджені вже на теренах України, розширені повноваження медичних медсестер наразі тестуються у пілотному проєкті “Медсестра з розширеними повноваженнями”.

Що стосується України, відомо, що сімейна медицина впроваджується вже понад 15 років.

Однак, до сталого функціонування первинної медичної ланки ще далеко. На остаточний результат в негативному ключі впливає недосконалість нормативно-правової бази, декларативний характер розроблених стратегій розвитку галузі без якісного контролю за виконанням, несистемний підхід до її організації, недостатній рівень освітньої підготовки медичного персоналу, відсутність якісних індикаторів та систематизації статистичних даних. Тому,

при подальших кроках реалізації реформи первинної медичної допомоги, важливим є вчасно дослідити, які негативні тенденції сталих медичних систем наразі є в інших країнах та які профілактичні кроки потрібно запровадити, щоб не повторювати негативні тенденції. Також важливо розробити власну стратегію та систему норм і контролю реалізації трансформації сімейної медицини, яка б діяла не менш ефективно, ніж в Канаді, Британії чи Австралії.

1. 2. Нормативно–правове забезпечення розвитку первинної медичної допомоги в Україні на різних етапах реформування первинної медичної допомоги

В Україні надання первинної лікувально-профілактичної допомоги гарантовано відповідно до Основ законодавства про охорону здоров'я. Первинна медична допомога є основою системи охорони здоров'я та пріоритетним напрямком подальшої трансформації згідно « Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року».

За визначенням **Первинна медична допомога** (далі – ПМД) вид медичної допомоги, що надається в амбулаторних умовах або за місцем проживання (перебування) пацієнта лікарем загальної практики-сімейним лікарем (ЛЗП-СЛ) або лікарем-терапевтом дільничним, лікарем-педіатром дільничним і передбачає надання консультації, проведення діагностики та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів, здійснення профілактичних заходів; направлення відповідно до медичних показань пацієнта, який не потребує екстреної медичної допомоги, для надання йому вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги; надання невідкладної медичної допомоги в разі гострого розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнта, який не потребує екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

Структура первинної медичної допомоги складається:

Центр первинної медико-санітарної допомоги (ЦМПСД) — забезпечує організацію надання первинної медичної допомоги населенню, організовує діяльність амбулаторій та інших підрозділів ЦМПСД.

Амбулаторія – заклад охорони здоров'я (ЗОЗ), структурний підрозділ Центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги (ЦМПСД), в якому медичну допомогу надають лікарі таких спеціальностей: ЛЗПСМ, лікарі-терапевти, лікарі-педіатри, а також інші спеціалісти, які працюють під керівництвом ЛЗПСМ.

Фельдшерсько-акушерський пункт/фельдшерський пункт (ФАП/ФП) – структурний підрозділ амбулаторії, який здійснює початковий (долікарський) етап надання медичної допомоги. ФАП/ФП може бути реорганізованим в Амбулаторію у разі обслуговування контингенту чисельністю понад 1000 жителів.

Головними принципами сімейної медицини згідно з Всесвітньою організацією сімейних лікарів WONCA (відповідно до «THE EUROPEAN DEFINITION OF GENERAL PRACTICE / FAMILY MEDICINE» – WONCA EUROPE 2011 Edition Dr Justin Allen and others) є наступні:

- Довготривалість і постійність нагляду;
- Багатопрофільність первинної-медичної допомоги;
- Ставлення 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 та суспільства за збереження і покращення його здоров'я [24].

Процес трансформації первинної медичної ланки умовно можна поділити на 4 етапи впровадження.

Перший етап трансформації охоплює 1991–2000 роки, коли реформа в галузі охорони здоров'я фактично ще не відбувалась, а лише закладалось практичне підґрунтя для її подальшої реалізації.

Повертаючись до початку розвитку первинної медичної ланки в Україні у 1987 році наказом МОЗ України вперше затверджено регіональний пілотний проект у м. Львів. За результатами якого було розроблено тимчасові нормативні документи, кваліфікаційна характеристика, функціональні обов'язки сімейних лікарів, моделей поступового переходу терапевтів і педіатрів від дільничного до сімейного принципу обслуговування.

Надалі були запроваджені кроки:

– 1991 рік – 1993 рік

За ці роки було створено першу амбулаторію у м. Дрогобичі, впроваджена інтернатура за спеціальністю «Сімейна медицина» у м. Львів, змінена законодавча база щодо переходу охорони здоров'я на засади сімейної медицини

– 1994 р. – 1997 р.

Підготовлено та затверджено кваліфікаційну характеристику лікаря за спеціальністю "загальна практика – сімейна медицина", наказом МОЗ України від 22.06.95 № 114 затверджено посаду "лікар загальної практики/сімейний лікар", у Київській медичній академії післядипломної освіти відкрито кафедру сімейної медицини та створено Українську асоціацію сімейної медицини.

Другий етап тривав протягом 2000–2010 роки. За допомогою міжнародної співпраці експертами були визначені та апробовані ключових механізмів реформування основні напрямки та розроблені та затверджені механізми реалізації реформи сектора охорони здоров'я.

Конкретизації розвитку окремих видів та інструментів надання медичної допомоги, розробці та запровадженню нових механізмів фінансування була присвячена низка міжнародних проектів за підтримки Європейської комісії: «Профілактичні та первинні заходи охорони здоров'я України, Києва та ряду областей» (2002–2004 рр.), «Фінансування та управління у сфері охорони

здоров'я в Україні» (2003–2006 рр.), «Підтримка розвитку системи медичних стандартів в Україні» (2004–2006 рр.), «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні» (2007–2009 рр.). Матеріали зазначених досліджень широко використовувалися при прийнятті нормативних актів, спрямованих на реформування СОЗ в Україні. Першим таким документом стала Концепція розвитку охорони здоров'я населення України (затверджена Указом Президента України від 7.12.2000 р. №1313/2000), яка досі є чинною, хоча більшість її положень вже застаріли. Ідеї щодо подальшого розвитку перетворень СОЗ отримали у низці постанов уряду. Однак широкомасштабних реформ у сфері охорони здоров'я в Україні, на відміну від більшості інших постсоціалістичних країн [38], до 2010 р. не проводилося. Разом з тим часткові реформи в окремих секторах охорони здоров'я здійснювалися. Вони переважно були локальними і мали фрагментарний характер. Найбільш вагомими з них були: пошук додаткових джерел фінансування охорони напрямки розвитку української охорони здоров'я [36], з їх подальшим відпрацюванням та розробкою відповідних рекомендацій Уряду під егідою Світового банку та Європейської 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), запровадження 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) [13], 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) .

Всі ці кроки були закріплені нормативними актами:

– 2000 р. – Прем'єр-міністром України від 20.06.2000 № 989 підписано постанову Кабінету Міністрів України «Про комплексні заходи щодо здоров'я України після здобуття країною незалежності» та Указом

Президента від 07.12.2000 №1313/2000 прийнята Концепція розвитку охорони здоров'я в Україні, яка містила основний меседж щодо пріоритетності організації ПМД за сімейним принципом в ході реформування всієї медичної галузі.

– 2004 – 2009 роки згідно наказу МОЗ від 16.01.2004 № 16 було запроваджено експериментальну модель надання медичних послуг (по типу сімейної медицини) в м. Комсомольськ Полтавської області та проведено експеримент з міжнародною участю щодо впровадження сучасної моделі сімейної медицини в Автономній Республіці Крим, Запорізькій та Хмельницькій областях -наказ МОЗ від 06.07.2004 № 338, створено перший факультет «Загальна практика–сімейна медицина» при Київській медичній академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика.

– 2011 р. – впровадження реформування системи охорони здоров'я на засадах сімейної медицини у пілотних регіонах – Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві .

З 2000 року, коли відповідно до документів ВООЗ була затверджено комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини. Відповідно до цього МОЗ видано низку наказів, які регламентують процеси перетворень у системі ПМД, різні аспекти організації роботи первинної ланки на засадах сімейної медицини, затверджено документацію, кваліфікаційні характеристики і положення про лікаря ЗПСЛ та медичну сестру ЗПСМ, а саме:

– 11.09.2000 № 214 про затвердження плану поетапного переходу до організації ПМСД на засадах сімейної медицини.

– 23.02.2000 № 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я», яким затверджено нормативи навантаження та розрахункові норми обслуговування населення для лікарів ЗПСМ.

– 29.12.2000 № 372 «Про внесення доповнень до переліку закладів охорони здоров'я», яким доповнено номенклатуру закладів охорони здоров'я амбулаторією ЗПСМ.

– 01.02.2001 № 39 «Про внесення доповнень до номенклатури спеціальностей середніх медичних працівників»(спеціальність «медична сестра загальної практики – сімейної медицини»).

– 23.02.2001 № 72 «Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини»:

– Примірне положення про лікаря ЗПСМ, Примірне положення про медичну сестру ЗПСМ, Примірне положення про відділення ЗПСМ, Примірне положення про денний стаціонар, Примірне положення про стаціонар вдома,

– Кваліфікаційна характеристика лікаря зі спеціальності «Загальна практика–сімейна медицина».

– 12.07.2001 № 283 «Про затвердження медичної облікової документації щодо діяльності закладів ЗПСМ», яким затверджено медичну облікову документацію (чинний до 2004 року).

– 23.07.2001 № 303 «Про організацію роботи закладів(підрозділів) ЗПСМ», яким затверджено положення про амбулаторію ЗПСМ, таблиць оснащення амбулаторії (відділення) ЗПСМ, обладнання сумок-укладок лікаря ЗПСМ та медсестри ЗПСМ, перелік лікарських засобів для закладів (підрозділів) ЗПСМ.

– 25.06.2001 № 244 «Про проведення моніторингу реорганізації ПМСД на засадах сімейної медицини», який регламентував проведення моніторингу впровадження сімейної медицини (чинний до 2004 року).

– 28.12.2002 № 507 «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги», яким затверджені нормативи надання медичної допомоги дорослому населенню в амбулаторно-поліклінічних закладах.

– 05.05.2003 № 191 «Про затвердження тимчасових нормативів надання медичної допомоги за спеціальністю ЗПСМ», яким уніфіковані вимоги до

обсягів і якості медичної допомоги в амбулаторно поліклінічних закладах України, починаючи з 2004 року запроваджено тимчасові нормативи.

– 08.01.2004 № 1 «Про удосконалення моніторингу первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини та уніфікації відповідної облікової медичної документації», яким було затверджено перелік і зразки облікової медичної документації закладу ЗПСМ.

– 01.12.2004 № 588 «Про затвердження облікових статистичних форм».

Надалі розвиток ПМД регламентували: Постанова Кабінету Міністрів від 10 січня 2002 р. № 14 «Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки», Указ Президента № 1694/2005 «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення», Розпорядження Кабінету Міністрів України від 24.07.06 № 421р У рамках виконання цих документів МОЗ було видано низку наказів, серед яких: наказ МОЗ від 20.06.2006 р. № 404 «Про внесення змін до Наказу МОЗ від 22.05.2006 р. № 308 «Про затвердження таблиця оснащення фельдшерсько-акушерських пунктів, лікарських амбулаторій та підрозділів ПМД лікувально-профілактичних закладів».

– Наказ МОЗ від 28.12.2006 р. № 915 «Про забезпечення регіонів України автомобілями швидкої медичної допомоги для сільських закладів охорони здоров'я»

– Наказ МОЗ від 21.12.2006 р. № 848 «Про внесення змін до наказу МОЗ від 12.07.2006 р. № 468 «Про заходи щодо посилення моніторингу забезпечення населення медичною допомогою та лікарськими засобами»

– Наказ МОЗ від 11.05.2007 р. № 237 «Про проведення інвентаризації закладів та підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають населенню первинну медико-санітарну допомогу» [7].

Відповідно до Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава»

Владою було затверджено Закон України від 7 липня 2011 року № 3611VI «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону

здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» (Стаття 351. Первинна медична допомога) та Закон України від 7 липня 2011 року № 3612VI «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві», які визначили порядок реформування системи охорони здоров'я на засадах сімейної медицини у пілотних регіонах за новою концепцією – зі створенням за зразком європейських країн нових закладів ПМД

– центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД).

Відповідно до даних законів видано наступні накази МОЗ України:

– Наказ МОЗ від 19.08.2011 № 524 «Про затвердження Плану заходів Міністерства охорони здоров'я України щодо організації підготовки проектів актів, необхідних для забезпечення реалізації Закону України від 7 липня 2011 року № 3612VI «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві»;

– Наказ МОЗ від 29.06.2011 № 384 «Про затвердження Примірного статуту центру первинної медичної (медик-санітарної) допомоги у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві»;

– Наказ МОЗ від 01.09.2011 № 556 «Про затвердження Примірних штатних нормативів центру первинної медичної (медик-санітарної) допомоги у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві»;

– Наказ МОЗ від 01.09.2011 № 557 «Про затвердження Примірного положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги»;

– Наказ МОЗ від 05.10.2011 № 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»;

– Наказ МОЗ від 04.11.2011 № 755 «Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи»;

– Наказ МОЗ від 04.11.2011 № 756 «Про затвердження Порядку вибору та зміни лікаря первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та форм первинної облікової документації»;

– Наказ МОЗ від 02.11.2011 № 743 «Про затвердження Індикаторів якості медичної допомоги»;

– Наказ МОЗ від 23.02.2012 № 130 «Про затвердження Примірного переліку лабораторних досліджень, що виконуються при наданні первинної медичної допомоги населенню» та ще низку наказів, які регламентують роботу первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його підрозділи.

На третьому етапі упродовж 2010-2013 років був реалізований пілотний проект реформа у визначених областях. Виходячи з того, що в Україні не було досвіду проведення широкомасштабних багатоаспектних перетворень в секторі охорони здоров'я, для відпрацювання форм і механізмів реформи та мінімізації можливих її негативних наслідків попередня апробація основних складових згідно з прийнятим спеціальним законом [29] здійснювалася на експериментальних майданчиках – пілотних областях. В якості пілотів було обрано 4 регіони: аграрний (Вінницька область), два індустріальних (Дніпропетровська, Донецька області) та столичний (м. Київ). Чисельність осіб, що мешкали на території пілотних регіонів складала 26,7 населення України, що дозволило забезпечити репрезентативність отриманих результатів. Урядом та МОЗ у 2011–2012 рр. була розроблена нормативно правова база щодо проведення перетворень, яка корегувалася на основі даних моніторингу з врахуванням думки органів місцевої влади, медичної спільноти та населення. 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. Реформування сфери охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві, відбувалося згідно до Програми економічних реформ на 2010-2014 рр. «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава», Законів України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» наказів МОЗ України, спрямованих на реалізацію цих законів. Незважаючи на те, що Одеська та Полтавська області не є пілотними з впровадження проекту реформування сфери охорони здоров'я України, більшість заходів з реформування сфери охорони здоров'я в цих регіонах також були започатковані у 2011–2013 рр. відповідно до усіх чинних законодавчих норм та з урахуванням результатів впровадження реформи в пілотних регіонах [14].

Четвертий етап почався у 2014 року та триває по теперішній час – початок активних дій комплексної реформи системи охорони здоров'я з акцентом на впровадження нової моделі фінансування охорони здоров'я (пулінг ресурсів, контрактні взаємовідносини між платником і провайдером, використання ефективних методів оплати медичних послуг). Вже перші кроки були спрямовані на зменшення впливу адміністративних методів та збільшення гнучкості управління. Так, вперше в історії країни у 2015 р. було запроваджено цільове фінансування охорони здоров'я з державного бюджету у вигляді медичної субвенції [22], дозволено урядом фінансування ЗОЗ одночасно з державного та місцевого бюджетів та/або одночасно з різних бюджетів [4], МОЗ України було скасовано наказ, згідно з яким штати ЗОЗ повинні формуватися в залежності від ресурсного забезпечення (розміру ліжкового фонду тощо) [21].

Бачення реформи, розрахованої на 2016–2020 рр., було сформовано і схвалено урядом у формі Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я, якою фактично було продовжено з істотними корективами курсу

реформ попереднього періоду з зосередженням на фінансово економічній компоненті. Ключова ідея реформи полягає в остаточному переході від моделі Семашко фінансування інфраструктури до фінансування за результатами діяльності.

Зміни, які були передбачені реформою :

– 27.12.2017 року центрального органу виконавчої влади була створена – Національна служба здоров'я України (НСЗУ)

– Впроваджено державний гарантований пакета медичної допомоги; об'єднання бюджетних коштів для фінансування державних гарантій на національному рівні як єдиного закупівельника медичних послуг;

– Здійснено перехід від утримання мережі медичних закладів до стратегічної закупівлі медичних послуг для населення на договірних засадах з НСЗУ- Згідно Закону України від 19.10.2017 № 2168-VII Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення;

– Згідно Закону України від 06.04.2017 року « Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» проведена автономізація постачальників медичної допомоги з набуттям більшістю з них статусу некомерційних медичних підприємств та запровадження електронної системи охорони здоров'я.

– Згідно Постанови КМУ від 17 березня 2017 р. № 152 Про забезпечення доступності лікарських засобів, впроваджено та удосконалено систему державного регулювання цін на лікарські засоби та розширено спектр захворювань з включенням серцево - судинних захворювань, бронхіальної астми та цукрового діабету другого типу, на які поширюється механізм реімбурсації – повного або часткового відшкодування вартості ліків [2].

Паралельно внесено необхідні зміни до Бюджетного кодексу, затверджено методика розрахунку вартості медичних послуг.

Зважаючи на існуючі проблеми з доступністю медичної допомоги сільському населенню також було прийнято спеціальний Закон України від

14.11.2017 № 2206-VIII Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості.

Старт реформи був призначений на 1 січня 2018 р. і почався він з реорганізації закладів первинної медичної допомоги з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства, які в свою чергу після зміни статусу почали співпрацювати з НСЗУ на договірних умовах.

Була розмежована первинна та вторинна ланки медичної допомоги, відбулося формування розгалуженої і відповідно оснащеної, згідно затвердженого таблицю оснащень, інфраструктури первинної допомоги та впровадження системи надання первинної допомоги за сімейним принципом.

Новий тип форми власності, згідно змін у законодавстві, дозволив розробити інший механізм оплати праці медичного персоналу, запровадити самостійну мотиваційну політику оплати.

Пацієнти отримали право вільно обирати лікаря (сімейного лікаря, терапевта, педіатра), заключати з ним декларацію на обслуговування себе та дітей в зручному для них ЗОЗ. Норми пацієнтів були визначені з розрахунку :

Сімейний лікар – 1800, Терапевт – 2000, Педіатр – 900 максимально можливих декларацій на одного лікаря.

З метою впровадження електронних послуг у сфері охорони здоров'я, автоматизації введення обліку медичних даних було здійснено впровадження електронної системи охорони здоров'я eHealth.

Було затверджено та реалізовано урядову програму «Доступні ліки», метою якою є забезпечення повної або часткової оплати вартості деяких лікарських засобів за рахунок державного бюджету. Програма забезпечує реалізацію ліків на амбулаторному рівні, через аптечну мережу, поширюється на лікування неінфекційних захворювань, які посідають перші місця за кількістю хворих у світі (Гіпертонічна хвороба, Ішемічна хвороба серця,

Цукровий діабет, ХОЗЛ та інш.) та часто призводять до інвалідності й смерті пацієнтів. Щорічно реєстр ліків переглядається та розширяється за

рахунок нових препаратів та переліку захворювань, що підлягають реімбурсації.

На даному етапі трансформації протягом 2021-2023 р. відбувається удосконалення самої системи первинної медичної допомоги та її розширення ролі та повноважень.

Лікарі первинної ланки окрім профілактичної, лікувальної роботи також надають послуги у сфері психічного здоров'я, паліативної допомоги . На сьогодні переглядають можливість і вивчають досвід на основі пілотного проекту «Медична сестра з розширеними повноваженнями на первинній ланці», який покликаний вивчити можливість покращити доступність послуг для пацієнтів і пацієнок та підвищити ефективність використання ресурсів охорони здоров'я завдяки посиленню ролі медичної сестри.

Не дивлячись на виклики сьогодення – епідемія COVID-19, обмеження фінансування медичної сфери в умовах війни, частково зруйнована інфраструктура, масова міграція не заважає продовжувати реформування медичної галузі.

1.3. Вплив децентралізації та участь територіальних громад у реформуванні первинної медичної допомоги в Україні

Паралельно з реформуванням первинної ланки медицини в Україні триває процес децентралізації, у результаті чого громади отримали більші повноваження, у частині розподілу коштів і наразі на них покладена більша відповідальність за всі процеси, котрі відбуваються на їх території.

Згідно до Закону України №1009 від 17.11.2020 року «Про внесення змін до деяких законів України щодо впорядкування окремих питань організації та діяльності органів місцевого самоврядування і районних державних адміністрацій» в Україні відбулися процеси передачі майна спільної власності сіл, селищ міст ліквідованих районів з районного на базовий рівень, паралельно йшли процеси трансформації первинної на рівні громад,

розвиток медичної інфраструктури в регіоні був визначена одним з пріоритетів для новостворених громад на найближчі роки.

Роль громади у трансформації первинної медичної допомоги є одна із самих важливих, так як успіх реалізації напряму залежить від активності та виваженої політики місцевої влади.

Саме територіальна громада, несе відповідальність за розвиток системи охорони здоров'я населення, за допомогою планування стратегії розвитку громади вона може впливати на формування правильного погляду громади на спосіб життя, реалізовувати проекти розвитку спортивної інфраструктури, покращувати соціальне життя різних верств населення, що в свою чергу впливає на загальні показники індексу здоров'я.

В рамках реформи у громади є можливість взаємодіяти зі всіма зацікавленими сторонами будь якої форми власності медичного закладу (ФОП, приватний заклад, неприбуткове комунальне підприємство) та самій визначати місця кожного постачальника медичних послуг на території громади та за її межами.

Відповідно до цієї стратегії громада формує запит до медичних закладів первинного рівня та надає фінансування ініціативам, пов'язаним з охороною здоров'я. Хоч і відбулися зміни в механізмі фінансування, з 2019 року первинна медична допомога отримує оплату не за рахунок медичної субвенції, а напряму, з Державного бюджету через НСЗУ, громади все одно мають суттєвий вплив стосовно питань здоров'я населення, здійснюючи контролюючу функцію за використанням коштів ЗОЗ.

Громада є власником інфраструктури медичних закладів та інвестує в її підтримку та розвиток. Значна частина громад є власниками закладів ПМД, а на території інших працюють їх структурні підрозділи. Але мало хто достатньо розуміє цінність і сенс існування цієї складової соціальної інфраструктури, яка час від часу або й постійно потребує фінансової підтримки з боку громади.

Натомість саме ПМД найбільшою мірою формує оцінку не лише державної, а й місцевої політики в охороні здоров'я. Адже сімейний лікар і

медсестра мають найбільшу кількість медичних контактів з мешканцями громад. Крім того, саме ПМД є базовим елементом охорони здоров'я, від роботи якого визначально залежить економічна ефективність медицини й вплив усієї медичної галузі на здоров'я громадянців.

Саме з аналізу якості надання первинної медичної допомоги на території громади, з оцінки і аналізу її спроможності та даних що характеризують стан здоров'я мешканців громади та потреб в медичних послугах і починається розуміння та процес управління здоров'ям громади. В свою чергу органи місцевого самоврядування відповідно до чинного законодавства мають певні зобов'язання, відповідальність та підзвітність в сфері охорони здоров'я.

Від фаховості адміністрацій громад та активності самих громадян залежить наскільки раціонально і ефективно буде реалізуватися медична реформа первинної ланки на місці. У компетенції громади впливати на кадрові рішення(призначення керівника ЗОЗ), створювати умови(забезпечення житлом, розвиток інфраструктури, співфінансування навчання студентів-мешканців громади) по залученню нових молодих сімейних лікарів до роботи в громаді. Розробляти комплексні програми, які направлені на первинну та вторинну профілактику .

Детальніше вивчаючи це питання розуміємо, що в нерівних умов – чим більша громада і її економічні ресурси, – тим більше можливостей для розвитку і реалізації.

Рано чи пізно повстане питання щодо ефективного функціонування ЗОЗ (в тому числі і первинної ланки), вже зараз треба замислитись над затвердженою моделлю належної практики та вчасною реакцією на виклики сьогодення.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ ПРОЦЕСІВ ТРАНСФОРМАЦІЇ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

2.1. Аналіз стану впровадження етапів реформування первинної медичної ланки в Україні

З метою забезпечення зниження рівня захворюваності, інвалідності та смертності населення в Україні в 2011 р. розпочато комплексну реформу медичної галузі, провідне місце в якій відведено налагодженню ефективного функціонування системи надання населенню доступної і високоякісної первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини [12].

Вважаючи на те, що фактично трансформація системи охорони здоров'я, а шляхом впровадження первинної медичної допомоги розпочалося з 4 пілотних регіонів: аграрний (Вінницька область), двох індустріальних (Дніпропетровська, Донецька області) та столичного (м. Київ) та 2х додаткових Одеської та Полтавської областей, то першими підсумками які спонукали на подальші активні дії в плані впровадження змін були:

1. Покращення матеріально-технічного оснащення ЦПМСД (транспорт, комп'ютерна техніка, устаткування амбулаторій).

2. Збільшення кількості населення, що отримала медичні послуги на первинному рівні медичної допомоги 86,80% – Вінницькій області, 59,40% – Дніпропетровській області, 43,20%- Донецькій області; 38,60% у м. Київ.

3. Були отримані позитивні відгуки від населення щодо концепції вільного вибору лікаря ЗП-СМ.

4. Сформували раціональні маршрути пацієнтів завдяки впровадженню обов'язкового направлення від сімейного лікаря при

необхідності отримання вторинної - спеціалізованої та третинної-високоспеціалізованої медичної допомоги.

5. Було відзначено позитивну тенденцію щодо поліпшення рівня кадрового забезпечення в центрах ПСМД.

У Дніпропетровській області чисельність лікарів ЗП-СМ зростає з 404 у 2011 р. до 1068 у 2013 р., відповідно на 10 тис. Населення; з 1,22 у 2011 р. до 3,20 у 2013 р.; – у Донецькій області чисельність лікарів ЗП-СМ зростає з 452 у 2011 р. до 867 у 2013 р., відповідно на 10 тис. населення з 1,03 у 2011 р. до 2,03 у 2013 р.; – у Вінницькій області чисельність лікарів ЗП-СМ зростає з 607 у 2011 р. до 750 у 2013 р., відповідно на 10 тис. населення з 3,73 у 2011 р. до 4,63 у 2013 р.; – у м. Києві чисельність лікарів ЗП-СМ зростає з 241 у 2011 р. до 503 у 2013 р., відповідно на 10 тис. населення з 0,87 у 2011 р. до 1,8 у 2013 році.

6. Було здійснено реалізацію нового механізму нарахування оплати медичним працівникам первинної ланки надбавок за обсяг і якість виконаної роботи за кошти відповідної субвенції з Державного бюджету.

7. Покращилась доступність лікарських засобів для сільського населення, у Дніпропетровській і Вінницькій областях за рахунок збільшення мережі пунктів реалізації лікарських засобів .

Відповідно до цих наказів активно здійснювалося подальше реформування системи охорони здоров'я в пілотних регіонах зі створенням закладів нового зразка – ЦПМСД і проводився контроль та моніторинг реформування з відповідними доповненнями та змінами нормативної бази. Почали набувати актуальності питання підготовки кадрів та обсягу обов'язків сімейних лікарів в Україні, кваліфікаційної характеристики, якості освіти і якості медичної допомоги лікарів ЗПСМ. Кваліфікаційна характеристика лікаря ЗПСЛ в Україні.

На сьогодні в Україні існують декілька шляхів підготовки сімейних лікарів, а саме: дворічна інтернатура, програма якої передбачає 50% очного і 50% заочного навчання (типовий навчальний план та програма затверджені

МОЗ 15.09.2011 р.); шестимісячні цикли спеціалізації (у тому числі очно-заочні або безперервні); одномісячні цикли ПАЦ, цикли стажування різної тривалості.

Подальша трансформація первинної медичної ланки, яка була впроваджена на всіх теренах України з 2018 року, характеризувалась змінами у системі фінансування, перерозподілом функцій у ланцюгу надання медичної допомоги пацієнтам та поглиблення ролі інституту сімейної медицини, розширенням можливостей для всіх форм власності ЗОЗ щодо введення практики сімейної медицини, збільшення компетенцій місцевої влади(громад) та введенні в обіг цифрових технологій.

Перше обговорення концепції електронного здоров'я відбулося восени 2016 року. У той час у експертів виникало чимало питань стосовно доцільності введення такої системи. Дані, які можна отримати завдяки системі eHealth, дозволяють підвищувати якість надання медичних послуг та проводити моніторинг, що є вкрай важливим. Сьогодні запровадження та розвиток електронної системи охорони здоров'я розглядають у площині трьох основних аспектів: це подальше вдосконалення нормативної бази щодо e-Health, вдосконалення технічної інфраструктури e-Health та потребу подальшого розвитку цифрових навичок та компетентностей в e-Health.

З'явилися корисні сервіси для пацієнта – електронний рецепт, електронне направлення, електронні медичні записи, електронна картка. Переваги електронних сервісів над паперовими – в зрозумілих алгоритмах, в однакових для всіх правилах. Електронний кабінет дозволить пацієнту подати декларацію онлайн, побачити власну електронну медичну картку, там будуть збережені його електронні рецепти та направлення. А електронний лікарняний значно спростить процедуру його отримання. Офіційне запровадження електронного сервісу стартувало у 2018 році.

Стратегічні пріоритети реформування які були заплановані:

- забезпечення надання населенню гарантованого державою переліку медичних послуг;
- запровадження ведення медичної документації в електронному вигляді;
- підвищення якості практичної підготовки лікарів-інтернів та як результат – підвищення якості надання медичної допомоги населенню;
- підвищення якості освіти сімейних лікарів у системі безперервного професійного розвитку;
- запровадження системи індикаторів якості медичної допомоги на первинній ланці;
- зменшення рівня смертності;
- підвищення якості медичних послуг, які надаються населенню на первинному рівні ;
- розширення доступу пацієнтів, що користуються програмою «Доступні ліки», до нових лікарських засобів та забезпечення доступу пацієнтів до якісних та безпечних лікарських засобів.

Не дивлячись на активні кроки у реалізації стратегічних пріоритетів реформування та перші досягнення у реалізації трансформації первинної медичної ланки є декілька чинників, які безпосередньо впливають на результат реалізації реформи і це дефіцит медичних кадрів та переважання у віковій структурі лікарів пенсійного віку для надання ПМД.

І якщо у зв'язку з активної міграцією населення, на загальну кількість активних декларацій 32 191 млн. (за даними НСЗУ від 2023 р) наразі маємо 24557 тис. лікарів ПМД, що на даний момент свідчить, що середньо статистично цього достатньо на таку кількість активних декларацій.

Але не забуваємо, що через збройний конфлікт населення України зараз має нерівномірний доступ до послуг ПМД на прилеглих територіях, де ведуться активні бойові дії, на що активно звертають увагу міжнародні

організації та розробляються та впроваджуються альтернативні способи надання ПМД на цих територіях (мобільні амбулаторії та медичні бригади).

Також дефіцит кадрів стало залишається в сільській місцевості, особливо з низької щільністю населення.

Згідно даних НСЗУ за 2021 -2022 р. вікова структура лікарів з 23351 тис. становила:

51-55 р. – 2319 осіб

56–60р. – 3269 осіб

61–65р. –3579 осіб

66–70р. –2188 осіб

71+ – 1006 осіб Всього- 12361 більше 50 % Вони частково не готові до нових викликів, частині з них важко дається засвоєння ком'ютерних навичок.

Така ситуація в подальшій перспективі, якщо не буде переглянута престижність професії, фінансова мотивація та норми навантаження на лікаря ПМД може утворити гострий кадровий дефіцит.

На даний момент цей дефіцит частково компенсується за рахунок молодих фахівців та їх примусовому розподілу, але в перспективі молодь все більше вибирає більш конкурентноспроможні країни.

Не менш важливим питанням є контроль якості роботи лікарів ПМД, який слід здійснювати за встановленими індикаторами. Їх варіанти неодноразово розробляли робочі групи фахівців ЗПСМ, науковці, профільна асоціація, саме Міністерство. Однак сьогодні ці індикатори потрібно відкоригувати з урахуванням реалій роботи первинки та нових вимог і завдань, які постають перед сімейними лікарями. Утім, таке рішення має бути прийняте лише після широкого обговорення науковцями галузі, організаторами охорони здоров'я та лікарями первинної ланки. З метою запобігання корупції прийнятним є варіант здійснення контролю якості (за запропонованими індикаторами) незалежною приватною структурою, ліцензованою Кабінетом Міністрів України (МОЗ, іншими відомствами). До роботи в ній можна було б залучати іноземних громадян, а також представників незалежної професійної

самоврядної організації фахівців ПМД. Обов'язково потрібно забезпечити баланс між неупередженими членами такого органу (не медиками) і фахівцями галузі, яким цю місію довірить професійна спільнота.

У будь-якому разі реформа – єдина надія на створення оптимальної й ефективної системи надання медичної допомоги в державі. Однак вона буде успішною лише за умови врахування кращого досвіду європейських країн, внесення необхідних коректив «на марші» та тісного контакту МОЗ й інших зацікавлених державних інституцій з медичною спільнотою, професійними самоврядними організаціями, територіальними громадами, пацієнтськими асоціаціями [29].

РОЗДІЛ 3

УДОСКОНАЛЕННЯ ПІДХОДІВ

ЩОДО РЕФОРМУВАННЯ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ

МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

3.1. Реформування первинної ланки медичної допомоги в Україні: інноваційні підходи та перспективи вдосконалення первинної медичної допомоги.

Завдяки впровадженню реформи системи охорони здоров'я за останні п'ять років в Україні значно посилено первинну ланку медичної допомоги. Нова урядова програма реформ (Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року) окреслює подальші цілі для розвитку.

Відомо, що наявність кваліфікованих, добре підготовлених і мотивованих професіоналів у галузі охорони здоров'я є критично важливим фактором для надання якісних медичних послуг, які поліпшують стан здоров'я населення.

Розглянемо інноваційні підходи та перспективи вдосконалення, які були застосовані та надалі використовуються, а також ті, що є на етапі поступового впровадження в реалізації реформи первинної ланки для підвищення структурної ефективності медичної допомоги включають в себе:

1. Залучення медичних сестер та інших фахівців до надання первинної медичної допомоги, що сприяє комплексному підходу до пацієнта.
- 2 Впровадження інтегрованого надання первинної медичної допомоги на засадах загальної практики-сімейної медицини, забезпечення ефективної взаємодії між закладами охорони здоров'я з надання первинної та інших видів медичної допомоги;
- 3 Телемедицина та дистанційне консультування.
4. Електронні медичні записи для полегшення обміну інформацією та підвищення доступності даних.

1. Розширення повноважень середніх медичних працівників.

Перші результати медичної реформи первинної ланки показали нам, що на первинну ланку покладається багато різнопланових задач окрім лікувальної діяльності (профілактика, імунізація, збір статистичної інформації, інформаційна взаємодія з пацієнтами), з якими лікарю без допомоги медичних сестер майже неможливо якісно впоратися. Враховуючи, що вартість підготовки лікаря займає тривалий час і відповідно, підвищують вартість медичної послуги, спираючись на досвід інших країн- логічним кроком було б надати більше повноважень медсестрам.

При цьому доцільно визначити різні рівні повноважень медсестер. У звіті ВООЗ зазначено, що різні країни мають до 15-ти або більше категорій сестринських посад із різним рівнем підготовки.

Підвищена освітня підготовка в поєднанні з практичним досвідом дозволяє медичній сестрі отримувати розширені повноваження за різними напрямками та спеціалізаціями. За кордоном все більше поширюється практика отримання вищої освіти за напрямом “медсестринство”.

Повноваження медсестер доцільно поширити на надання послуг з догляду та патронажу на дому у для паліативних пацієнтів та людей похилого віку, активно залучати для профілактичної роботи з населенням.

Наприклад, Канадське законодавство також передбачає наявність так званих медсестер громади з розширеними повноваженнями, які відвідують пацієнтів удома. Утримання таких медсестер під силу місцевим бюджетам, у яких немає достатньо коштів на власну лікарню.

Надання допомоги медсестрами громади дозволяє знизити навантаження на систему екстреної медичної допомоги.[69]

В європейських країнах, де функціонують медичні системи, схожі на нашу теперішню, медичні сестри та брати на первинній ланці мають розширені медичні повноваження. Вони не виконують роль секретаря лікаря, вони – повноцінні учасники лікування пацієнта- самостійно може проводять огляд та щеплення, в окремих випадках можуть самостійно призначати

лікування, мають право виписувати рецепти, проводять мотиваційне консультування для пацієнтів.

По-перше, запит на ці зміни має сформуватися у керівників медичних закладів. Вони перші мають зрозуміти економічну доцільність розширення функціоналу медсестер та інвестувати в це свій час і ресурс.

У рамках Україно-швейцарського проєкту "Розвиток медичної освіти" був проведене опитування щодо готовності змін повноважень медичних сестер на первинці, за результатами 59% управлінців і 45% лікарів дали схвальну оцінку щодо можливості делегування частині обов'язків медичній сестрі. У 2022 році, команда україно-швейцарського проєкту «Розвиток медичної освіти» почала реалізовувати пілотний проєкт «Медична сестра з розширеними повноваженнями» у 7 закладах охорони здоров'я України.

Тож основною метою пілотного проєкту «Медична сестра з розширеними повноваженнями» було здобуття навичок для поліпшення доступу до якісних послуг первинної медичної допомоги (ПМД). Одна з очікуваних змін – запровадження роздільного прийому (лікар/медсестра) пацієнтів у закладах ПМД. Проєкт посилює визначені як пріоритетні аспекти знань медичних сестер, а також клінічні та комунікаційні навички. Крім того освітні заходи спрямовані на налагодження командної роботи між медсестрами й лікарями.[69].

Найближчим часом така практика буде запроваджена на всій території України.

-Розвиток інтегрованої медичної допомоги, що сприяють координації медичних послуг і забезпечують комплексний підхід до пацієнта.

Назва **“Інтегрована медична допомога”** (далі — ІМД) походить від латинського слова "integer", тобто "ціле". Головною метою ІМД є поліпшення досвіду пацієнта через створення зв'язків, спільного бачення та підходів у комплексній мережі закладів ОЗ, яка буде діяти скоординовано та згуртовано. Пацієнти хочуть бути сприйнятими цілісно і саме тому інтегровані послуги, тобто послуги орієнтовані на людину, роблять акцент на людях, а не на

хворобах. Така система допомагає боротися із фрагментацією у системі ОЗ та забезпечує кращу координацію між постачальниками послуг. Як наслідок, це робить медичну допомогу відповіднішою до потреб пацієнтів та забезпечує їм цілісний досвід лікування, з урахуванням їхніх потреб на різних етапах медичного обслуговування — від первинної медичної допомоги до спеціалізованого та високоспеціалізованого рівнів.

Кожен заклад ОЗ, незалежно від того, кому від належить чи з яких джерел фінансується, є невід'ємною частиною цілісної системи, оскільки саме в цілісній системі ОЗ мешканці громад отримують медичні послуги. Якість та доступність (як фінансова, так і логістична) послуг, що надаються у цій системі, безпосередньо впливають на стан здоров'я мешканців громади. Але на самопочуття людини впливає не лише медицина. Згідно з дослідженням американських вчених, стан здоров'я на 50% залежить від способу життя (ментальне здоров'я, якість харчування, умови праці, умови проживання, освіта тощо), на 20% від екології, на 20% від генетики і лише на 10% від системи ОЗ¹. При цьому 15% всіх смертей спричинені екологічними ризиками, 22% — пов'язані з харчуванням, 3% — з недостатньою фізичною активністю та 3% — з недогодуванням у дитинстві².

Основна мета такої концепції:

- покращення здоров'я дітей та молоді;
- підтримка людей літнього віку для подовження періоду їх фізичного здоров'я та незалежності;
- підтримка осіб із хронічними захворюваннями або проблемами з психічним здоров'ям;
- ефективне використання спільних ресурсів громади для того, щоб люди отримували допомогу якнайшвидше.

Така концепція потребує участі не тільки первинної медичної допомоги, місцевого самоврядування, пацієнтських організацій та наглядових рад, але й активного залучення ширшого кола стейкхолдерів для успішного досягнення цих цілей.[65]

На прикладі країн (Британія), які впроваджують цей підхід, що це завдання для працівників соціальних служб або медичних закладів, а не лікарів і не висококваліфікованих медичних сестер. Такі «медичні координатори» опікуються шляхом пацієнта як в межах закладів ОЗ, що належать громаді, так і в системі ОЗ загалом, а також поза її межами, єднаючи пацієнта з необхідними вузькими спеціалістами, процедурами, громадськими організаціями, соціальними службами. Саме медичні координатори підтримують зв'язок між командою первинної меддопомоги та пацієнтом, розуміючи шлях пацієнта як цілісний процес.

Кооперація з партнерами у межах госпітального кластеру також може суттєво допомогти у збереженні ресурсів, але тільки у тому разі, якщо буде зроблено фокус саме на запобіганні загостренню хронічних станів та максимально швидкому реагуванні на гостре погіршення стану здоров'я. Співпраця служб поза межами сектору ОЗ та аналіз їхнього впливу розкривають потенціал для поліпшення здоров'я мешканців громади за допомогою комплексних дій. Наприклад, робота з дітьми дошкільного віку задля покращення показників їхнього ментального та фізичного станів. Окрім медичної сфери у такі процеси безперечно будуть залучені також соціальна, освітня, інфраструктурна, сфера культура та спорту, різноманітні неурядові організації.

Залучення сусідніх громад, неурядових організацій та міжнародних проєктів підтримки може допомогти нашим громадам у відновленні людського капіталу та полегшити процес відтворення та збереження здоров'я для кожного мешканця наших громад. І це не лише перспективна інвестиція, а й важливий стратегічний крок до зміцнення економічної стабільності та соціального благополуччя країни.[65]

В Україні на даний момент створені «Інтегровані центри», в яких надається інтегрована медична допомога для людей які постраждали від військових дій.

Унікальність цієї моделі - в комплексному реагуванні на найбільш затребувані потреби постраждалих. Щоб зробити таку послугу максимально доступною для українців, Інтегровані центри створені на базі Центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД).

Адже часто саме сімейні лікарі, які приймають пацієнтів у ЦПМСД, є першими спеціалістами, до яких звертаються зі своїми проблемами зокрема й внутрішньо переміщені особи, постраждалі від насильства та воєнних дій.

Інтегровані центри безоплатно надають послуги сімейного лікаря, дорослого та дитячого психолога, соціальних працівників та юриста. Команди таких фахівців спрямовують свої зусилля насамперед на підтримку й покращення ментального здоров'я українців та допомогу у вирішенні юридичних та соціальних питань.

За 12 місяців реалізації проєкту на базі ЦПМСД створені Інтегровані центри в Одесі, Миколаєві, Запоріжжі та Дніпрі, Харкові, у Херсоні. Всього 10 центрів Інтегрованих центрів комплексної підтримки, які пропонують постраждалим від війни, гендерно зумовленого насильства та внутрішньо переміщеним особам одночасно медичну, психосоціальну та юридичну допомогу. Станом на 30 вересня 2023 року понад 51 000 клієнтів, з-поміж ВПО та місцевого населення, отримали понад 140 000 комплексних, індивідуальних чи групових соціально-психологічних послуг, включно з послугами кейс-менеджменту та МНПСС.[66]

Другою можливістю інтегрованої медицини, яку розглядають як одним із заходів для покращення первинної медичної допомоги є необхідність мультидисциплінарної допомоги. Такий крок потребує значних змін у кадровому забезпеченні та фінансуванні.

Згідно Аналітичний звіт ВООЗ «Фінансування первинної медичної допомоги в Україні: аналіз ситуації та політичні міркування»

1.«Розширення обсягу ПМД може вимагати розробки нових та інноваційних моделей надання послуг, а також збільшення фінансування.»

2. « Діагностичні послуги повинні надаватися якомога ближче до місця проживання пацієнтів. Щоб мінімізувати потреби в поїздках і бар'єри . З огляду на близькість до пацієнта , заклади ПМД є найбільш ефективним місцем для збору діагностичних зразків. Розширення діагностичних можливостей на рівні ПМД може оптимізувати використання ресурсів на рівні амбулаторної спеціалізованої допомоги.»[70]

Такі обговорення пов'язані з процесами, які зараз відбуваються на теренах України, це і децентралізація влади і військова агресія Росії і відволікання від ПМД та концентрування на питанням формування спроможної мережі.

В таких умовах інтегрована медична допомога в якомусь сенсі розглядається як можливість покращити медичну допомогу у відділених громадах (сільської місцевості).

Одним із варіантів розгляду є можливість трансформувати загальні заклади охорони здоров'я, які не увійшли у спроможну мережу у клініки громад, яка може об'єднати ПМД та вторинну амбулаторні допомогу. Або покращити функціонал закладів первинної медичної допомоги за рахунок розширення діагностичних та спеціалізованих медичних послуг.

Наразі впровадження вищезазначених змін потребує перегляду і змін в нормативній базі, більш ретельного аналізу та громадського обговорення.

Телемедицина відіграє важливу роль у світі, особливо в контексті сучасних технологій та медичної діагностики віддалено, особливо для людей які проживають в віддалених або важкодоступних регіонах.

Також сприяє ранній діагностиці, за умови відсутності фізичної можливості бути присутнім на прийомі у лікарі онлайн-моніторинг з боку лікаря пацієнта підвищує шанси на раннє виявлення хвороби чи його ускладнення. Дозволяє проводити моніторинг хронічних пацієнтів, зменшуючи необхідність повторних візитів.

Дозволяє ефективно використовувати ресурси за рахунок зменшення навантаження на медичні установи та забезпечення більшого доступу до медичної допомоги при обмежених ресурсах.

За необхідністю, здійснює взаємодію лікарів із спеціалістами для консультацій та обміну досвідом у випадках складної патології.

Розвиток телемедицини відкриває нові можливості для поліпшення доступу до медичної допомоги та оптимізації систем охорони здоров'я.

Запровадження телемедицини в Україні може внести значний внесок у покращення доступності та якості медичних послуг.

На даний момент нормативні акти, що стосуються телемедицини включають : Закон України «Про основи законодавства України про охорону здоров'я»-містить загальні положення щодо медичної допомоги та охорони здоров'я та є основою, Постанова КМУ України « Про затвердження Переліку медичних послуг, які можуть бути надані за допомогою телекомунікацій, «Концепція розвитку телемедицини в Україні на 2021-2023 роки», «Порядок здійснення медичної практики за допомогою телекомунікаційних технологій».

Послуги телекомукації офіційно внесені у вимоги щодо контракування на 2024 рік у пакеті «Первинна медична допомога».

Враховуючи тенденції до збільшення людей, які потребують комплексних послуг та погіршення індексу здоров'я населення України на тлі війни тема інтеграційної медицини буде потребувати активного розвитку.

Наступним кроком , який активно реалізується є впровадження єдиного державного порталу Е-Здоров'я, мета якого є об'єднання медичних даних з різних медичних закладів та доступ до медичної інформації для лікарів та пацієнтів. Уряд постійно працює над розробкою та стандартизацією електронних медичних записів для забезпечення сумісності та безпеки даних.

Внесення даних регулюється наказом МОЗ № 587 від 28.02.2020 «Деякі питання введення Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я».

Згідно нього, всі заклади охорони здоров'я незалежно від форми власності повинні вносити інформацію у електронну систему.

На первинній медичній ланці у 2023 році НСЗУ запровадило 5 пакетів , що стосуються первинної медичної допомоги, за кожним із них медичні працівники повинні вчасно та коректно вносити дані в ЕСОЗ, від цього залежить обсяг фінансування від НСЗУ.

На даний час періодично виникають спірні ситуації щодо реалізації цієї концепції і вона пов'язана з такими чинниками як неготовність персоналу до внесення великого об'єму даних за короткий період прийому (від 15-30 хвилин), технічні перепони з боку системи, погане володіння ком'ютерною технікою та алгоритмами роботи на ком'ютері (особливо для лікарів старшої вікової категорії), формальний підхід до організації навчання та контролю за внесенням даних.

Паралельно приділяється увага питанням конфіденційності та безпеки даних медичних записів.

3.2. Охорона здоров'я населення як головний чинник соціального прогресу територіальних громад

Дослідження питань соціального розвитку територіальних громад, і особливо охорони здоров'я, є актуальною проблемою сьогодення, оскільки кожен українець, що проживає в сільській, селищній чи міській громаді, як її мешканець, потребує рівних можливостей в доступності до всіх видів медичної допомоги. «Люди бажають, щоб органи влади гарантували реалізацію їхнього права на загальний доступ до якісної медичної допомоги без страху фінансових труднощів, вони бажають мати дієвий захист на випадок надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я та можливість благополучно жити у здоровому суспільстві, в якому дії у сфері громадського здоров'я та відповідна державна політика сприяють поліпшенню життя в умовах економіки добробуту» [36]. Розвиток охорони здоров'я жителів територіальних громад в умовах російсько-української війни і особливо в післявоєнний період повинен сприяти задоволенню потреб в якісних, доступних медичних послугах військових з інвалідністю, постраждалих цивільних від дій агресора, ветеранів війни і членів їхніх родин. Всі вони заслуговують на високоякісні медичні послуги, що в свою чергу сприятиме зміцненню здоров'я людського капіталу, який виступає основним фактором відновлення української економіки, що понесла значні прямі та опосередковані втрати внаслідок воєнної агресії з боку Росії.

Одним з пріоритетів соціального розвитку територіальних громад є охорона здоров'я. Завдання кожної територіальної громади – суттєво покращити якість медичних послуг, що надаються місцевому населенню. Щоб правильно оцінити якість медичних послуг, варто звернутись до визначення ВООЗ, де виділяють сім параметрів: ефективність, безпечність, своєчасність, справедливість, орієнтованість на пацієнта, фінансова ефективність, інтегрована допомога. Якщо коротко охарактеризувати кожен з даних параметрів, то можна відмітити, що ефективність означає найшвидше та

найоптимальніше досягнення очікуваного результату, а також уникнення надмірного та неправильного догляду.

Важливим параметром якості медичних послуг є безпека, що означає уникнення шкоди для пацієнтів від допомоги, яка має на меті допомогти їм. Проте безпека пацієнтів залишається однією з найбільш серйозних проблем у будь-якій системі охорони здоров'я. Так, ймовірність того, що людина постраждає під час подорожі літаком, становить 1 на мільйон, в той же час ймовірність того, що пацієнт постраждає під час надання медичної допомоги, становить 1 на 300. За статистикою, навіть галузі промисловості з підвищеним ризиком, такі як авіаційна або атомна промисловість, мають набагато кращі показники безпеки, ніж сектор охорони здоров'я. У США помилки медиків займають 5-е місце серед причин смертності [56]. У цей же час в Україні за 2020 рік їх не зареєстровано зовсім. Звісно ж, це зовсім не означає, що в Україні ідеальна медична система. Причиною статистичної відсутності медичних помилок в Україні є брак системи обліку та реєстрації цих помилок.

Особливого значення серед параметрів якості медичних послуг набуває скорочення часу очікування та шкідливих затримок для пацієнтів, тобто своєчасність надання медичної допомоги.

Орієнтованість на пацієнта: надання допомоги, яка чутлива до потреб пацієнта. Залишаються проблеми з доступністю послуг лікарів. У 21,7% домогосподарств, у яких хто-небудь з осіб при потребі не отримав медичну допомогу, хворі не мали можливості відвідати лікаря (у сільській місцевості таких домогосподарств було 25,3%) [56].

Для створення системи охорони здоров'я, яка відповідатиме потребам населення та для усунення нерівності в доступі до якісного медичного обслуговування проводиться медична реформа, основний акцент якої направлений на створення нової моделі охорони здоров'я, коли гроші йдуть за пацієнтом. Метою реформи є поліпшення показників здоров'я населення та забезпечення фінансового захисту від надмірних витрат на охорону здоров'я

«з кишені» пацієнтів. Реформа повинна була впроваджуватися шляхом модернізації та інтеграції системи надання послуг, запровадження змін до механізмів оплати надавачам медичних послуг, які б стимулювали ефективність, а також шляхом покращення якості медичних послуг. Кульмінацією реформи став новий закон про фінансування системи охорони здоров'я «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [51], яким було запроваджено гарантований пакет медичних послуг під назвою Програма медичних гарантій (ПМГ) і створено Національну службу здоров'я України (НСЗУ) в ролі стратегічного закупівельника послуг для цієї програми. На кінець 2020 р. 68 відсотків сукупних державних видатків на охорону здоров'я було консолідовано в рамках Програми медичних гарантій (ПМГ) [32]. Проте, органи місцевого самоврядування (ОМС) досі відіграють важливу роль у фінансуванні, оскільки вони відповідають за оплату комунальних послуг закладів охорони здоров'я, власниками яких вони є, а також можуть надавати додаткові ресурси для фінансування поточних і капітальних витрат. Оскільки наявні ресурси, а також готовність спрямовувати їх на охорону здоров'я значно відрізняються в різних громадах, фінансування на рівні ОМС також є джерелом нерівності. Для зменшення нерівності уряд міг би розглянути включення вартості комунальних послуг закладів охорони здоров'я до ПМГ. Крім того, фінансування медичних закладів четвертинної ланки медичної допомоги можна було би інтегрувати до ПМГ.

Прототипом української медичної реформи була взята Британська система охорони здоров'я. Ця система фінансується з коштів платників податків і надає безкоштовно більшість медичних послуг будь-кому, хто легально живе у цій країні. Фінансовою основою є надходження від податків, які становлять 90% бюджету охорони здоров'я. Кожен британець платить за медицину відповідно до своїх доходів. Національна система надає безкоштовну медичну допомогу з огляду на потреби пацієнта, а не на його відрахування. Не всі послуги Національної системи охорони здоров'я є безкоштовними. У вигляді прямих платежів пацієнти оплачують приватне

лікування, безрецептурні лікарські засоби, офтальмологічну та стоматологічну допомогу. За стоматологічні послуги і рецептурні препарати із пацієнтів стягуються співплатежі, від яких звільнені громадяни віком до 16 і понад 60 років, а також незаможні верстви населення. Щодо ліків, то за рецептом лікаря будь-які з них мають стандартну ціну, незважаючи на собівартість. Фінансування за рахунок загальних податкових зборів забезпечує 82% витрат на утримання установ і 100% зарплати лікарів, медичних сестер та незалежних лікарів загальної практики. Додаткові джерела фінансування (18%) представлені пожертвами, державним страхуванням, комерційною діяльністю установ [52].

Хто сьогодні повинен взяти на себе функції по реформуванню охорони здоров'я – держава чи органи місцевого самоуправління? Звернемось до досвіду не зарубіжного, а власного, до II половини XIX ст. Саме до компетенції виборних земських установ – земських зборів та земських управ – входили медична опіка і санітарна справа. В Україні земства були введені з 1865 по 1870 рік у 5 лівобережних і степових губерніях, та в 1911 – 1912 рр. у трьох правобережних. Фінансувалася земська медицина за рахунок окремих податків, прибутків із земських підприємств та з відрахувань із загальнодержавного скарбу.

У 1870 р. 70 повітових земств України витратили на охорону здоров'я 300 тис. крб., а в 1912 р. – вже 10 млн. крб. Фінансування земських медичних закладів відбувалося за рахунок загального оподаткування населення; лікування було безкоштовним, лише деякі земства збирали незначну оплату.

Принципово не займаючись приватною практикою, земські лікарі тим самим відкидали західноєвропейську концепцію медичної допомоги у вигляді ринкових взаємин між лікарем та пацієнтом.

Праця лікаря в земстві не була особистою послугою за рахунок хворого, не була також і благодійним вчинком, вона була суспільною службою, що пристойно оцінювалася. Лікар мав відпустку до чотирьох місяців за казенний кошт, яку використовував насамперед для фахового вдосконалення.

У 1913 р. Україна посідала I місце в Російській імперії за приростом населення – 20,7 осіб на 1000 душ населення. За переписом населення СРСР 1926 року перше місце серед етносів Радянського Союзу займали українці – 81,2 млн.чол. За даними 1869 року у Російській імперії було зареєстровано 12,5 млн. українців. За неповні шістьдесят років майже вшестеро побільшало українців, не дивлячись на декілька воєн та революцій. Такі позитивні результати – це і функціонування земських медичних закладів.

I власний історичний досвід, і світовий дали можливість теоретично обґрунтувати та розпочати медичну реформу, яка в територіальних громадах України вступила в наступний, так званий інфраструктурний етап. У реформі на даний момент задіяні ті території, де не ведуться активні бойові дії. Однак, відразу після деокупації та стабілізації ситуації розпочнеться формування спроможної мережі лікарень в звільнених областях.

Під час реформування первинного рівня медичної допомоги змінили принцип фінансування та управління закладами охорони здоров'я. Інфраструктурний етап докорінно змінює мережу закладів охорони здоров'я, де мешканці будь-якої громади будуть отримувати медичну допомогу. Кожна область визначена як єдиний госпітальний округ, який складається з госпітальних кластерів. Мережа закладів включає три типи лікарень, які визначені у ЗУ 2347-ІХ, а саме:

- загальна лікарня – територіально найближчий ЗОЗ, що обслуговує територію, на якій проживає від 40-80 тис. населення. Має базовий перелік медичних послуг, 6-11 медичних сервісів: терапія, гінекологія, травматологія, консультативна поліклініка, відновлювальна реабілітація тощо;
- кластерний ЗОЗ, що за прогнозами буде обслуговувати від 150 тис. населення з радіусом доїзду до лікарні з території обслуговування до 90 хв.

Такі заклади будуть потужними та багатопрофільними, матимуть від 13 медичних сервісів і зможуть надавати якнайширший перелік пріоритетних послуг;

– надкластерний ЗОЗ – це найпотужніший заклад регіону, зазвичай обласна лікарня, під парасоллю якої будуть об'єднані всі вузькоспеціалізовані заклади регіону [50].

Завершився процес планування госпітальних округів з акцентом на формування кластерів, а це породжує подальші практичні аспекти імплементації інфраструктурного етапу медичної реформи в територіальних громадах. В умовах формування спроможної мережі закладів охорони здоров'я в рамках інфраструктурного етапу медичної реформи особливу увагу власники тих спеціалізованих закладів охорони здоров'я, які потенційно не увійдуть до спроможної мережі приділяють аспектам подальшого контрахтування в рамках Програми медичних гарантій (ПМГ). Для них актуальною є подальша співпраця з Національною службою здоров'я України (НСЗУ) та підходи до управління такими закладами, а саме:

- реорганізація через об'єднання декількох закладів охорони здоров'я з різними місцями надання медичних послуг;
- злиття менш потужного закладу охорони здоров'я з більш потужним;
- оптимізація за браком необхідного фінансового ресурсу в місцевому бюджеті для того, щоб фінансувати подальше функціонування таких закладів охорони здоров'я.

Безумовно, війна внесла свої корективи у реалізацію реформи. Проте реформа системи охорони здоров'я продовжується, і перед громадами постають нові виклики і можливості і в мирний час, і за воєнного стану охорона здоров'я беззаперечно залишається одним з пріоритетних напрямків соціальної діяльності територіальних громад, які визначають заклади охорони здоров'я як головні об'єкти критичної інфраструктури. Адже здорова нація і якісний людський капітал є тією основою, на якій будується успішна економіка будь-якої держави. Саме тому для збереження та покращення тривалості і якості життя населення одним з ключових завдань територіальних громад і конкретно органів місцевої влади особливо під час воєнного стану є забезпечення безперебійного функціонування системи охорони здоров'я та

задоволення медичних потреб населення. Цьому сприяло те, що з початку війни Міністерство охорони здоров'я прийняло ряд першочергових рішень які дозволили закладам охорони здоров'я територіальних громад спростити доступ громадян до медичних послуг в складних воєнних умовах. Це стосується спрощення правил користування електронними інструментами (електронні направлення, виписки, рецепти і т.д.). Заклади охорони здоров'я отримали можливість не вносити дані в електронну систему охорони здоров'я у тих випадках, коли відсутня технічна можливість це робити – відсутність світла, мережі інтернет, відповідної комп'ютерної техніки. Також Національна служба здоров'я України внесла зміни в методику виплат за договорами в рамках пакету медичних гарантій – зафіксовано місячні виплати на рівні 1/12 бюджету річного договору на рівні спеціалізованої медичної допомоги та на рівні, що відповідав кількості укладених декларацій з вибору лікаря станом на 1 березня 2022 року для первинної медичної допомоги.

Варто відзначити, що на реалізацію програми медичних гарантій у 2023 році передбачено 142,7 млрд грн, а в 2024 вже 159 млрд грн. Базова капітаційна ставка на 2023 рік встановлена у розмірі 786,65 гривень. До базової капітаційної ставки у 2023 році застосовуються коригувальні коефіцієнти залежно від вікової групи пацієнта. При розрахунку основних показників бралось до уваги, що кількість громадян, які отримують медичні послуги (з врахуванням внутрішньо-переміщених осіб) у 2023 році складе 39,3 млн осіб. Проте, науковці стверджують, що фактично кількість населення України складає від 29 до 31млн. осіб.

Для територіальних громад надважливими сьогодні є два питання, відповіді на які дадуть можливість визначити стратегічні пріоритети розвитку. По-перше, які з напрямів медичних послуг у конкретній громаді є критично важливими? По-друге, які ресурси, зовнішні і внутрішні, потрібні для забезпечення стабільного надання цих послуг?

Для всіх громад, що мають на своїх територіях пункти долікарської допомоги, важливим є питання діяльності фельдшерських пунктів та пунктів

здоров'я, а саме збільшення фінансування в рамках Програми медичних гарантій (ПМГ) для пакету «Первинна медична допомога», особливо там, де є низька щільність населення та ускладнені логістичні умови. Представники деяких громад пропонують введення сільського коефіцієнту, проте це суперечить принципу реформи, за якою передбачається оплата саме медичної послуги.

Україна і сьогодні, і після перемоги потребує значних фінансових коштів для системи охорони здоров'я. Без зовнішньої допомоги вирішити цю проблему буде дуже складно. Прикладом такої допомоги є співпраця з Агентством США з міжнародного розвитку (USAID), що є провідною установою Уряду США з виконання програм міжнародної економічної та гуманітарної допомоги. Ця організація працює за такими напрямками, як зміцнення системи охорони здоров'я, боротьба з туберкульозом та ВІЛ/СНІД, вакцинація, підтримка психічного здоров'я, реабілітація. USAID щороку інвестує близько 100 млн. доларів у розвиток української системи охорони здоров'я. Варто звернутись до світового досвіду в пошуках додаткових джерел фінансування охорони здоров'я. Так, Цільова група високого рівня з міжнародного фінансуванню систем охорони здоров'я обґрунтувала, що збільшення акцизного збору з тютюнових виробів на 50% дозволить зібрати додатково 1,42 млрд. дол. в 22 країнах з низьким доходом. Якщо ці кошти будуть направлені на потреби охорони здоров'я, це дозволить збільшити бюджетні витрати на 25%, а в деяких країнах на 50%. Підвищення податків на алкоголь до 40% від роздрібною ціни знизить споживання більше ніж на 10% і податкові надходження збільшаться більше ніж в три рази і досягнуть 38% від усіх видатків на охорону здоров'я.

Однією з проблем на рівні територіальних громад залишається функціонування комунальних аптек, низький рівень використання та недостатня логістична доступність програми «Доступні ліки», що стримує одержання фармацевтичних послуг жителями громади. Обласним державним адміністраціям доручено забезпечити розподіл закуплених лікарських засобів

та медичних виробів згідно з обсягами відповідних медичних послуг, що підлягають оплаті за програмою медичних гарантій у 2023 році, між усіма надавачами медичних послуг, які уклали договір з Національною службою здоров'я.

Традиційно на адміністрацію медичного закладу, що надає послуги з охорони здоров'я, покладають ще й відповідальність за харчування, прибирання, обслуговування обладнання тощо. Ці послуги найчастіше стають дотаційними та б'ють по кишені місцевого бюджету. Водночас рівень цих послуг залишає бажати кращого. Для розв'язання цього питання застосовують бізнесову модель, а саме, значну кількість адміністративних функцій у медичних закладах виконують аутсорсингові компанії. Наприклад, це стосується харчування, прибирання території, обслуговування будівель, електромереж.

Після передачі частини послуг на аутсорс у 98% випадків вони стали коштувати громаді дешевше, а їхня якість істотно покращилася. У деяких громадах послуга харчування медичним закладам стала коштувати менше на 40%, ніж це було раніше. На послугах охорони вдається зекономити близько 50% раніше витрачених грошей. Медичні заклади відмовилися від охоронників: значно практичніше виявилось користуватися сигналізацією.

Проте, ті лікарні, які свого часу передали харчування та інші послуги на аутсорсинг, але були чи й досі залишаються тимчасово окупованими стикнулись з особливими викликами. В умовах окупації більшість приватних підприємств та бізнесменів були змушені згорнути свою діяльність, а отже не могли виконувати свої зобов'язання згідно укладених договорів.

Процес відновлення та відбудови країни після війни, забезпечення сталого функціонування територіальних громад включає в себе таку важливу складову, як здоров'я та працездатність нації. Тому створювати умови та можливості для цього необхідно вже зараз. Адже коли Україна переможно закінчить війну, потреба в якісних, доступних медичних послугах зросте в рази, що обумовлено збільшенням військових з інвалідністю та постраждалих

цивільних від дій агресора. Ветерани війни і члени їхніх родин заслуговують на високоякісні послуги. Відповідно, медична система повинна бути готова надати кваліфіковану безбар'єрну медичну допомогу, забезпечити доступ до необхідних послуг і програм в першу чергу за місцем проживання пацієнтів, а це означає, на рівні територіальної громади.

Особливої уваги з боку територіальних громад потребує забезпечення медичними послугами тимчасово переміщених осіб (ТПО). За даними ООН, від початку повномасштабного вторгнення російських військ в Україну 5,4 млн. українців стали внутрішньо переміщеними особами [52]. Громади допомагають співвітчизникам і поширюють пільги, які існують на території громади за кошти місцевого бюджету (пільгові медикаменти, виробі медичного призначення, соціальні пільги, працевлаштування і т.д.), на ТПО, які мають тимчасову реєстрацію. Важливо подбати про соціально-медичну підтримку таких людей, оскільки війна, крім фізичної руйнації, призводить ще й до масштабної гуманітарної катастрофи.

Підбиваючи підсумки, треба зазначити, що територіальні громади проявляють найбільшу зацікавленість в практичній реалізації інфраструктурного етапу медичної реформи. Це відображає їхнє стратегічне бажання підлаштуватися під нові реалії та впровадити нові підходи до управління як на первинній, так і на спеціалізованій ланці медичної допомоги. Громадам необхідно закріпити бачення розвитку сфери охорони здоров'я у документах громади, місцевих програмах та визначитись із мінімумом медичних послуг, який необхідний мешканцям громади, із маршрутами пацієнтів до отримання цих послуг. Це дасть змогу впоратись із тими викликами, що ставить перед ними критично важлива фаза медичної реформи.

3.3. Ресурсне забезпечення як основа забезпечення збереження спроможності реалізації подальшого реформування первинної медичної допомоги на рівні країни та територіальних громад

Наразі хотілось зупинитися та проаналізувати деякі аспекти фінансування та реалізації послуг первинної медичної допомоги на місцях, у громадах:

Фінансування за надані медичні послуги, здійснюється згідно Постанови КМУ від 27 грудня 2022 р. № 1464 «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2023 році», за подушним принципом (капітаційною ставкою), яка щорічно аналізується, затверджується Кабінетом Міністрів України та становить:

Рік	Розмір капітаційної ставки, грн
2019	370
2020	від 600,48 до 651,6
2021	651,60
2022	786,65
2023	786,65

Капітаційна ставка – тариф за надання медичних послуг одній особі протягом року.

Має коефіцієнти, в залежності від вікової структури населення. Коефіцієнти щорічно переглядаються та в 2023 році становлять:

- від 0 до 5 років – 2,465;
- від 6 до 17 років – 1,356;
- від 18 до 39 років – 0,616;
- від 40 до 64 років – 0,739;
- більше 65 років – 1,232;

– 1,2 – гірський коефіцієнт, згідно Закону України «Про статус гірських населених пунктів в Україні».(для населених пунктів гірської місцевості).

Окремо існують так звані «понижуючі» понадлімітні коефіцієнти, які встановлюються для оплати в тому випадку, якщо лікар заключає декларації понад верхньою межею ліміта.

Рівень перевищення ліміту :

– Від 100% ліміту + одна декларація до 110% ліміту включно – 0,616
(педіатр – 901-990, терапевт 1801-1980, сімейний лікар 2001-2200)

– Від 110% ліміту + одна декларація до 120% ліміту включно – 0,493
(педіатр – 991-1080, терапевт 1981-2160, сімейний лікар 2201-2400)

– Від 120% ліміту + одна декларація до 130% ліміту включно – 0,37
(педіатр – 1081-1170, терапевт 2161-2340, сімейний лікар 2401-2600)

– Від 130% ліміту + одна декларація до 140% ліміту включно – 0,246
(педіатр – 1171-1260, терапевт 2341-2520, сімейний лікар 2601-2800)

– Від 140% ліміту + одна декларація до 150% ліміту включно – 0,123
(педіатр – 1261-1350, терапевт 2521-2700, сімейний лікар 2801-3000)

– Медичні послуги, надані за деклараціями, поданими після досягнення 150% ліміту плюс одна декларація, НСЗУ не оплачуються [23].

Базову капітаційну ставку та коригувальні коефіцієнти на 2023 рік залишили на рівні минулого року. При цьому, гірський коефіцієнт понизили з 1,25 до 1,2, в порівнянні з 2022 роком.

На ранніх етапах впровадження ПМГ пріоритетними були витрати на ПМД, на які припадало 20% видатків бюджету ПМГ у 2020 році, зараз

у 2023 році він становить лише 18% видатків бюджету ПМГ. Наразі державні видатки на ПМД в Україні залишаються одними з найнижчих у Європейському регіоні, згідно з інформацією ВООЗ і, за прогнозами, залишатимуться такими й надалі. Таке недофінансування означає, що Україна може все більше залежати від міжнародної допомоги для забезпечення потреб ПМД, що підвищує ризик неефективності та фрагментованості.

Розраховано, що кількість громадян, які отримають медичні послуги (з врахуванням внутрішньо-переміщених осіб) у 2023 році склала 39,3 млн осіб.

В поняття «капітаційної ставки» закладено забезпечення багатьох складових на рівні ЦПМСД : це і оплата праці, амортизація приміщень, медичні вироби та ліки, господарчі матеріали, транспорт та його обслуговування, будівельні матеріали, дезінфекція, технічне обслуговування та обладнання.

Згідно аналізу даних Всеукраїнської Асоціації об'єднаних територіальних громад на 2024 рік планується залишити на сталому рівні - 786,65 грн і це пов'язано з недостатнім фінансуванням медичної галузі в умовах тривалого військового конфлікту.

Вже зараз, аналізуючи вікову структуру населення, із загальної кількості декларацій всього 32 млн. 30 тис. осіб – чисельність декларацій, укладених з населенням старше 40 років становить - 17.4 млн. декларацій та типом населеного пункту (таб.4) : місто 22.01 млн. село та СМТ-10,19 млн, міграційними процесами, що створюють перевантаження на первинну медичну ланку в одних областях та обмеження медичної допомоги, у зв'язку з військовим конфліктом в інших, зрозуміло, що існують ризики дефіциту фінансування та можуть створювати додаткове фінансове навантаження на органи місцевої влади. Особливо цей момент можуть відчувати громади сільської місцевості(особливо громади з малою щільністю населення), так як досі не затверджений коефіцієнт сільської місцевості та в багатьох місцях є дефіцит кадрів (медичних працівників, що створює передумови подвійного навантаження на лікарів сусідніх ЦПМСД, амбулаторій та включає механізм застосування «понижуючого» понадлімітного коефіцієнта в оплаті, що створює нерівноцінні умови з громадами міського типу.

Також не треба забувати, що в сільській місцині через багато факторів (географічне розташування –віддалені райони, хронічний дефіцит медичних кадрів, політичні рішення) досі функціонує мережа ФАПів, які не мають

юридичного статусу перед НСЗУ і не входять в розрахунок тарифів, тому створюють додаткове навантаження на бюджет громад .

Наразі триває інфраструктурний етап медичної реформи і він супроводжується централізацією спеціалізованого рівня медичної допомоги, за таких процесів – у закладів ПМСД з'являються широкі можливості для розвитку додаткових функціональних напрямів та підписання додаткових пакетів із НСЗУ. Потенційно, за умови раціонального планування роботи медичних закладів це може покращити фінансову спроможність та зробити медичні послуги більш комплексними й логістично доступними для мешканців громад.

Наступним фактором, що також впливає на кінцевий результат діяльності первинної ланки є інфляційні процеси, підвищення мінімальної заробітної плати, постійне удосконалення нормативів щодо штату ПМСД з боку НСЗУ (без урахування особливостей умов надання медичних послуг різними формами власності).

Впроваджена капітаційна ставка вже зараз створює нерівноцінні правила надання медичних послуг для різних форм власності медичних закладів.

Також потрібно враховувати, що згідно даних НСЗУ структура надавачів послуг первинної медичної допомоги в 2023 р. склала:

- **Комунальні установи** 1217 (1050 в 2019 р.)
- **ФОП** 817 (248 в 2019 р.)
- **Приватні установи** (без ФОП) 384 (168 в 2019 р.)

Із них майже 50 % структури це приватний сектор, які мають договори з НСЗУ на надання медичних послуг з первинної медичної допомоги як правила не мають жодних дотаційних фінансувань від місцевих громад і повинні розраховувати самі на себе в забезпеченні всіх статей розходів, що значно збільшує вартість послуги і спонукає до додаткового навантаження на кишеню пацієнту за рахунок платних послуг чи виконання неповного спектру

закладених зобов'язань, скорочення штату персоналу за рахунок середніх працівників.

Постійне удосконалення електронної системи Е-здоров'я (E-Health), потребу у постійному оновленні та модернізації комп'ютерної мережі створює додаткове навантаження на фінансову спроможність ЗОЗ та створює додаткове фінансове навантаження .

Капітаційна ставка, в тому вигляді яка є на сьогоднішній день, створює ризики щодо недостатньої мотивації медичного персоналу, спонукає персонал частіше перенаправляти пацієнтів на вторинний спеціалізований рівень (про що свідчить підвищення рівня виписаних направлень за останні 2 роки) відмовляти у надання медичної допомоги переміщеним особам або наполягати на їх перереєстрації.

Тому механізми оплати договорів з НСЗУ потребують додаткового аналізу та перегляду.

Другим важливим аспектом, який важливо розглянути є участь та фінансова спроможність громад та громадянська активність у забезпеченні ПМД на місцевому рівні.

Кожна громада, яка містить на своїй території ЦПМСД та його філіали може мати різні підходи для здійснення контролю за роботою закладів ЗОЗ та різний рівень фінансування та можливості.

Діяльність громади та робота первинної ланки медицини тісно переплітається у багатьох питаннях, що безпосередньо або опосередковано стосуються роботи медичних закладів сімейної медицини або їх навантаження та результативності.

За допомогою SWOT-аналізу проаналізуємо взаємодію громади на ПМД на місцевому рівні

Таблиця 3.1.

SWOT-аналіз взаємодії громади та ПМД на місцевому рівні

Сильні сторони	Слабкі сторони
<p>1. Вплив як засновника на процеси діяльності закладу ПМД (фінансова мотивація медичних працівників знаходиться в компетенції керівників медичних закладів, але керівник підпорядковується місцевій владі) (вибірково)</p> <p>2. Наявність розгалуженої сітки ПМД</p> <p>3. Для сільської місцевості наявність додаткових структур ПМД- ФАПів та пунктів здоров'я.</p> <p>4. За допомогою грамотної політики управління закладом та стратегічного планування можна прогнозувати та впливати на показники здоров'я громади (вибірково)</p>	<p>1. Низький рівень згуртованості та соціальної активності громади</p> <p>2. Відсутність далекоглядних стратегій через фрагментарність дій з боку державної влади</p> <p>3. Для сільської місцевості наявність додаткових структур ПМД – ФАПів та пунктів здоров'я є значним додатковим навантаженням так як не фінансується НСЗУ.</p> <p>4. Старіння населення – погіршення демографічної ситуації в перспективі додаткове навантаження на медичну та соціальну сферу .</p> <p>5. Недостатньо розвинена спортивна інфраструктура(вибірково)</p> <p>6. Неналежний контроль за екологією (Сміттеві звалища, промислові та фермерські господарства)</p> <p>7. Низький рівень залучення інвестицій.</p> <p>8. Недостатній рівень або повна його відсутність інформаційних компаній первинної профілактики.</p> <p>9. Наявність аптеки (важливо для віддалених районів, сільської місцини)</p> <p>10. Відсутність затверджених критеріїв щодо ефективності праці ЦПМСД та проектного менеджменту у громадах.</p> <p>11. Слабка підзвітність може формувати формальний підхід до виконання контролю за діяльністю центру ПМСД</p>

Продовження Таблиці 3.1.

Можливості	Загрози
<ol style="list-style-type: none"> 1. Залучення грантових коштів для медичної сфери. 2. Залучення медичного персоналу за допомогою розробки програм «Місцевих стимулів»(житло, транспорт, первинний капітал) 3. Планування трудових ресурсів на етапі навчання(стимулювання, співдоплата і т.д.) 4. Стимулюючі заходи щодо народжуваності (наявність дитячих садків, шкіл) 5. Покращення доступності для людей з обмеженими можливостями 6. Організація мобільних бригад та дистанційного консультування для надання медичної допомоги для місць, що постраждали від збройного конфлікту. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Продовження військового конфлікту через агресію Росії або його замороження 2. Додаткове навантаження на бюджет у зв'язку з недостатнім фінансуванням медичної галузі 3. Зростання цін на енергоносії (комунальні послуги ПМД) 4. Дорожньо-транспортна інфраструктура (вчасна надана медична допомога, можливість доїзду до ЗОЗ) 5. Для районів, що зазнали нападу та окупації – додаткові капіталовкладення в ремонт та відбудову ПМД структури. 6. Зростання міграційних процесів, у т.ч. за рахунок працездатного населення(ризики щодо зниження рівня оподаткування, дефіцит кадрового потенціалу, збільшення кількості осіб похилого віку, що потребують додаткового нагляду).

Згідно результатів аналізу стає зрозуміло, що центральну роль у формуванні позитивних тенденції показників здоров'я громади становить якісна первинна медична допомога.

Якісна первинна допомога можлива при правильній організації функціонування ЦПМСД та його підпорядкованих структур. На даний момент не існують законодавчо затверджені єдині індикатори належної практики, які б всебічно і системно могли б допомогти на місцевому рівні з одного боку якісно здійснювати контроль за діяльністю центру, а з іншого боку посилювати підзвітність місцевих органів перед громадою та іншими державними інституціями виконавчої влади.

Враховуючи вищенаведене, можна стверджувати, що визначення якості надання ПМД має носити комплексний характер. Саме з цієї причини за

останні десятиліття розвиненими країнами було витрачено чимало зусиль для розробки і впровадження, постійного оновлення та актуалізації індикаторів якості надання медичної допомоги, які допомагають безперервно підвищувати рівень надання медичної допомоги і, відповідно, здоров'я населення.

В той же час, в реаліях нашої держави, лікарі, організатори та інші стейкхолдери в системі охорони здоров'я стикаються переважно з необхідністю першочергового вирішення питань загально-організаційного та матеріально-технічного характеру, тому що через їх нерозв'язаність ускладнюється або й зовсім гальмується вирішення завдань з кола «лікар-пацієнт». Також ці індикатори можуть стати: для головних розпорядників коштів – орієнтиром при заключенні договорів про надання первинної медичної допомоги; для закладів первинної медичної допомоги – характеристикою їх конкурентоздатності та мотиватором до змін; для пацієнтів – важливим джерелом інформації для усвідомленого вибору закладу ПМД (амбулаторії, ЦПМСД) та прикріплення до нього.

Згідно з цими рекомендаціями для всебічного охоплення поняття

« належна практика» потрібно оцінити 5 груп індикаторів:

Методичні рекомендації призначені для застосування при організації моніторингу і оцінки якості надання ПМД населення на місцевому рівні (Центр ПМСД, амбулаторія ЗП-СМ, громада). Також ці методичні рекомендації виступають інструментом планування, який дозволяє визначити напрямок і пріоритети розбудови ПМД на певному етапі її розвитку, а також розвитку системи громадського здоров'я, яка щільно переплітається в реалізації своїх засад з первинною ланкою [24].

Таблиця 3.2. згідно методичних рекомендацій належної практики (для закладів первинної медичної допомоги)[24]

Що варто знати про заклад пацієнту, пацієнтським організаціям, громаді, наглядовим радам.	
Індикатори доступності надання ПМД.	<p>Рівень фізичної доступності закладу</p> <p>Кадрова політика (Рівень відновлення лікарських кадрів)</p> <p>Рівень матеріально-технічного забезпечення, оснащеності автотранспортом</p> <p>Рівень ефективності використання робочого часу медсестер</p> <p>Рівень фізичної та економічної доступності лабораторних досліджень</p> <p>Врахування особливих потреб працюючих пацієнтів у організації прийому у зручний для них час</p> <p>Застосування економічного стимулювання продуктивної праці</p> <p>Рівень раціонального використання робочого часу лікаря</p> <p>Рівень фізичної доступності місць продажу ліків та виробів медичного призначення</p> <p>Рівень вторинної профілактики (контрольованого лікування) найбільш поширених хронічних неінфекційних захворювань</p> <p>Наявність ліків для надання допомоги у невідкладних станах.</p>

<p>Індикатори якості надання ПМД.</p>	<p>Рівень кваліфікації лікарських кадрів</p> <p>Рівень кваліфікації сестринських кадрів</p> <p>Рівень інтенсивності безперервного професійного розвитку лікарів та медсестер</p> <p>Підготовленість медичного персоналу закладу до надання допомоги пацієнтам у невідкладних станах</p> <p>Підготовленість лікарів до інтегрованого ведення дітей</p> <p>Підготовленість лікарів до обслуговування хворих на депресію, ПТСР</p> <p>Готовність надавати послуги пацієнтам з групи ризику ВІЛ/СНІД та пацієнтів з ВІЛ/СНІД, Застосування сучасної (DOTS) стратегії діагностики туберкульозу</p> <p>Рівень застосування інтегрованого надання ПМД у сімейному контексті</p> <p>Рівень проведення первинної профілактики</p> <p>Рівень охоплення пацієнтів доказовим скринінгом (на виявлення ранніх стадій захворювань): неінфекційних захворювань (артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця, цукровий діабету, онкозахворювання візуальних форм, туберкульозу</p> <p>Рівень охоплення жінок консультаціями з питань планування вагітності</p> <p>Рівень охоплення підлітків консультуванням</p> <p>Рівень економічного стимулювання якості</p> <p>Рівень задоволеності пацієнтів отриманою первинною медичною допомогою</p> <p>Рівень задоволеності медичних працівників умовами праці</p>
--	--

	<p>Рівень уваги до думки надавачів ПМД</p> <p>Рівень довіри до медичного персоналу закладу</p> <p>Стан запровадження в закладі системи безперервного поліпшення якості</p> <p>Рівень стандартизації медичної допомоги</p>
<p>Індикатори ефективності/результативності надання ПМД.</p>	<p>Рівень інмунізації від керованих інфекцій</p> <p>Частота дефектів у виявленні окремих видів захворювань у ранніх стадіях</p> <p>Рівень запобігання виникненню невідкладних станів, що потребують екстреної медичної допомоги</p> <p>Рівень запобігання формуванню захворювань і станів, що потребують стаціонарного лікування</p>
<p>Індикатори безпеки надання ПМД.</p>	<p>1.Дотримання вимог інфекційного контролю</p>
<p>Індикатори, що показують чутливість до потреб пацієнтів безпосередньо не пов'язаних з медичним обслуговуванням.</p>	<p>Дотримання безбар'єрного доступу</p> <p>Комунікація з населенням громади, сервісність прийому</p> <p>Рівень доступності місць для сповивання немовлят</p> <p>Наявність умов для зберігання візків, наявність виділеної зони для дітей</p> <p>Наявність інструменту громадського нагляду за роботою закладу</p>

Примітка: Таблиця складена автором згідно методичних рекомендацій належної практики (для закладів первинної медичної допомоги) [24].

Частина пунктів зазначена в цій таблиці вже реалізована в нормативних актах (наказ МОЗ від 03.08.2021 № 1614 Про організацію профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах / закладах надання соціальних послуг / соціального захисту населення, 01 березня 2023 року набрали чинності ДБН В.2.2-10:2022 Заклади охорони здоров'я (де враховані питання доступності людей з інвалідністю), наказ МОЗ 19.03.2018 № 504 від Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги та низка інших нормативних актів, але як показує практика при відсутності затверджених критеріїв, які були б взірцем для досягнення та оцінки ефективності ми маємо неоднорідний результат щодо контролю та реалізації.

Що треба робити вже зараз адміністративній команді громади?

1. Провести комплексний аудит системи надання медичних послуг шляхом залучення думки населення, чого їм бракує, аналіз матеріально-технічної бази, трудових ресурсів, тощо.

2. Створити візію громади: яким ви бачите стан здоров'я мешканців громади за умов її розвитку через 3-5-7 років.

3. Проаналізувати успішний досвід інших громад, які вже знайшли рішення тих проблем, з якими стикнулась ваша громада.

4. Активно здійснювати пошук додаткових інвестицій для розвитку ПМД та брати участь у залученні грантових коштів від грантових проектів .

Вже декілька років поспіль обговорювалась необхідність посилення контролю з боку незацікавлених осіб за діяльністю медичного закладу. Результатом обговорення було нещодавно прийнята Постанова КМУ від 21.11.2023 р. № 1221 “Про наглядову раду закладу охорони здоров'я”. В свою дію вона вступить п.4 «набирає чинності через шість місяців після припинення або скасування воєнного стану, але не раніше завершення

формування спроможної мережі закладів охорони здоров'я відповідних госпітальних округів».

Критерії діяльності наглядової ради:

1. Наглядова рада діє на засадах незалежності, професійності, компетентності, відкритості та прозорості.

2. Наглядова рада утворюється за рішенням власника закладу.

3. Кількість членів наглядової ради визначається залежно від статусу закладу охорони здоров'я у спроможній мережі закладів охорони здоров'я відповідного госпітального округу і становить:

від 1 до 7 осіб — для загального закладу охорони здоров'я та/або іншого закладу охорони здоров'я;

від 7 до 11 осіб — для кластерного закладу охорони здоров'я;

від 11 до 15 осіб — для надкластерного закладу охорони здоров'я.

Наглядова рада складається з представників власника — від двох до семи осіб та незалежних членів наглядової ради — від трьох до восьми осіб.

Наглядова рада, в якій кількість представників власника перевищує кількість незалежних членів наглядової ради, не є правомочною.

6. Кандидат у члени наглядової ради повинен відповідати таким вимогам:

а) вища освіта не нижче першого (бакалаврського) рівня. При цьому перевага надається кандидатам із спеціальностями галузей знань “Охорона здоров'я”, “Управління та адміністрування”, “Публічне управління та адміністрування”, “Право”, “Соціальні та поведінкові науки” (спеціальність “Економіка”);

б) досвід роботи не менш як п'ять років в одній або сукупно у кількох зазначених галузях;

в) вільне володіння державною мовою.

Члени ради вибирають на конкурсній основі, терміном на 5 років.

До повноважень наглядової ради можна віднести: аналіз та погодження планів розвитку закладу, фінансових планів, розробка індикаторів якості, створення системи контролю, пропозиції щодо удосконалення роботи медичного закладу, оцінювання ефективності роботи керівника медичного закладу, погодження використання коштів, у вигляді премій та інш.

З одного боку це гарна концепція, яка вже багато років працює в країнах ЄС, США, але враховуючи що компетентність громад і їх очільників в своїй більшості залишає бажати кращого, тому навіть створення наглядових рад може не дати позитивного ефекту. Важливим компонентом є експертна функція, тому потрібно сприяти здійсненню саме професійного аудиту діяльності публічних закладів охорони здоров'я. Для цього повинні бути впроваджені єдині критерії оцінки діяльності ЦПСМД.[67]

Ще одним викликом на рівні громади стане додаткове фінансове утримання медичних закладів, що увійшли до мережі як «загальні лікарні». Враховуючи що, щодо стратегії розвитку охорони здоров'я 2030 планується поступове скорочення загальної кількості ліжкового фонду відповідно до показників окремих країн Європейського Союзу, зменшення кількості стаціонарних закладів, шляхом об'єднання у територіальні медичні об'єднання, функціональні об'єднання, перепрофілізацію на хоспісну допомогу лікарень переважно стаціонарними послугами загальної терапії охорони здоров'я та/або створення територіальних об'єднань з іншими лікарнями в межах районів (формат медичного центру). Частина з них поступово змінить свої функції виключно на хоспіси, будинки сестринського догляду. Актуальність необхідності та ефективності надання стаціонарних терапевтичних послуг у зазначених лікарнях буде переглянута в залежності від демографічних тенденцій, попиту на медичні послуги та аналізу рівня доступності, об'єму амбулаторної спеціалізованої та первинної медичної допомоги на території охоплення зазначених закладів. Такі зміни

потребуватимуть залучення їх власників - територіальних громад та прийняття обґрунтованих рішень щодо подальшої діяльності медичних закладів.

Офіційно, НСЗУ не планує відмовляти у контактуванні таким закладам, якщо вони відповідатимуть заявленим вимогам. Але якщо врахувати загальний підхід до контактування відповідно до статусу ЗОЗ, то можна зробити висновок, що перелік доступних пакетів для контактування з НСЗУ для ЗОЗ поза спроможною мережею може бути доволі обмежений. Тому якщо громада є власником такого закладу або якщо мешканці громади користуються послугами закладу, що потенційно не включений в спроможну мережу, то варто вже зараз замислитись над тим, яким шляхом можна організувати отримання цих послуг у майбутньому. Можливими підходами можуть бути міжмуніципальна співпраця громад у сфері охорони здоров'я задля спільного фінансування певного медичного закладу, злиття низки закладів в один, більш укрупнений, з певними відділеннями чи філіалами на базі тих закладів, що не ввійшли до спроможної мережі, укладення договору на державно-приватне партнерство на базі ЗОЗ. Також варто проаналізувати та змоделювати можливість впровадження місцевих програм для надання ширшого спектра невідкладної допомоги на первинному рівні, залучення додаткових профільних спеціалістів на консультаційні прийоми, розвиток додаткових спеціалізацій у лікарів первинного рівня, впровадження телемедичних технологій.

Тому проактивна та уважна позиція органів місцевого самоврядування щодо реалізації наказу спроможної мереж ЗОЗ, є важливими завданнями, що постають перед органами місцевого самоврядування у секторі охорони здоров'я.[68]

Було проаналізовано процеси впровадження трансформації первинної ланки та розглянуто декілька проблемних питань, що виникли в ході реалізації реформування первинної медичної допомоги.

Немає меж досконалості, але в будь-якому процесі трансформації завжди є прогнозовані результати і також є неочікувані фактори, які виникають під дією різних чинників.

Зараз система первинної ланки трансформується в режимі максимальних викликів і в деяких питаннях навіть випереджає реальну об'єктивність.

Проаналізувавши основні етапи трансформації і перші очікувані результати в першу чергу хочеться звернути увагу на проблемні питання, які виникають в процесі реалізації реформи.

Основною проблемою вітчизняної системи охорони здоров'я в цілому та сімейної медицини зокрема є недостатнє фінансування бюджетної галузі, яке нівелює її спроможність забезпечити населення необхідним рівнем обслуговування.

Належного фінансування галузі можна очікувати тільки в разі закінчення військового конфлікту та зростання економіки.

Одна з основних проблем, яка заважає становленню сімейної медицини в Україні – корупція в керівній ланці, що призводить до значних втрат бюджетних коштів через їх нераціональне і нецільове використання. Ефективне вирішення питання можливе тільки при проведенні прозорих конкурсів на керівні посади ЗОЗ та стимулювання професійного розвитку як керівників ЗОЗ так і адміністративного складу громад.

Необхідною складовою успішності реформи ПМД є швидке і якісне правове забезпечення всіх аспектів життєдіяльності галузі (економічного, матеріально-технічного, оплати послуг і праці медиків, захисту прав лікарів і пацієнтів, проведення ліцензування, тендерів тощо), тому постійна

комунікаційна політика необхідна для вичерпного інформування населення про реформи та активного залучення їх для контролю за їх реалізацією.

Наразі у сфері ПМД дедалі більшої актуальності набуває питання формування лікарського і професійного самоврядування для забезпечення прав та інтересів пацієнтів, лікарів й інших працівників галузі, здійснення контролю за реалізацією реформи, формування пропозицій і вимог для внесення необхідних змін на марші, забезпечення контролю над процесом безперервної професійної післядипломної освіти медиків і якісного надання гарантованого мінімуму медичної, психологічної та соціальної допомоги населенню.

ВИСНОВКИ

У ході даного дослідження було виявлено ключові аспекти та проблеми, пов'язані із реформуванням первинної ланки медичної допомоги в Україні. Аналізуючи сучасний стан системи та враховуючи міжнародний досвід, можна визначити наявні можливості для покращення та оптимізації надання медичних послуг на першому рівні. Висновки дозволяють визначити конкретні шляхи розвитку та вдосконалення системи первинної медичної допомоги в Україні з урахуванням особливостей та перспектив на майбутнє. Насамкінець, важливо підкреслити необхідність інтеграції інноваційних механізмів державного управління для ефективного впровадження реформ та забезпечення доступності та якості медичних послуг населенню.

Зокрема, на основі аналізу поточного стану реформування було визначено такі необхідні подальші стратегічні цілі реформи первинної ланки медичної допомоги:

1. Забезпечити посилення та підтримку стратегічних і координаційних функцій Міністерства охорони здоров'я, а також координацію центральних/ регіональних/ місцевих органів влади та збір даних. Потрібно також враховувати, що наразі спроможності центральних інституцій є обмеженими, так само як і можливості отримання та поширення інформації. Важливо сприяти координації з місцевими органами влади, які мають повноваження для ухвалення рішень та відповідають за заклади охорони здоров'я на місцях. Також необхідно намагатись узгодити заходи з відновлення на всіх рівнях для забезпечення спільного бачення та відповідності реформі

2. Стратегічно використовувати механізми оплати та укладання договорів як важіль для формування мереж ПМД та використовувати

мережі для забезпечення рівного доступу до послуг ПМД у недостатньо охоплених послугами районах у їхній місцевості [22].

3. Переглянути критерії укладання договорів з надавачами ПМД та розмір капітаційної ставки для забезпечення спроможності надавачів ПМД і не створювати стимулів для надмірного направлення до спеціалістів.

4. Станом на травень 2023 року 80% розрахункової чисельності населення України зареєструвалися у надавача ПМД, проте досі зберігаються стійкі диспропорції між регіонами. Нині відповідальність за моніторинг охоплення населення не покладено на жодну установу, а також бракує політик, які б забезпечували доступ до послуг для тих, хто не зміг зареєструватися у лікаря ПМД. Необхідний подальший аналіз для кращого розуміння таких міжрегіональних відмінностей, а також відмінностей у частці населення з деклараціями, які перебувають в активному контакті зі своїм лікарем ПМД.

Покращити рівень охоплення декларуванням населення країни та розробити чіткі умови перереєстрації пацієнтів, особливо для осіб, що найбільше постраждали від конфлікту.

6. Розробити систему моніторингу для збору та аналізу різних аспектів (статистичних даних) надання послуг ПМД та розробити єдині критерії належної практики для подальшої реалізації трансформації первинної медичної допомоги та орієнтиру оцінювання власникам закладів, наглядовій раді, громадським організаціям.

7. Якість надання первинної медичної допомоги напряму залежить від вибору керівника закладу охорони здоров'я тому потрібно покращити якість навчання щодо підготовки керівників закладів охорони здоров'я та встановити КРІ для керівників медичних закладів.

8. Забезпечити належне фінансування та пріоритетність ПМД під час розподілення бюджетних коштів згідно затвердженій стратегії. Зараз

визначений бюджет ПМД ґрунтується на історичних витратах і не коригується у відповідь на зміни таких показників, як інфляція та мінімальна заробітна плата.

Капітаційна ставка розраховується шляхом ділення розрахованого бюджету ПМД на кількість осіб, з яким укладено декларації. Згідно з результатами комплексного аналізу витрат для оплати послуг надавачів ПМД, капітаційна ставка є недостатньою для покриття повних витрат на надання послуг в рамках пакету ПМД.

Ризик дефіциту фінансування ще більше зростає у випадках, коли місцева влада не виконує своїх зобов'язань щодо покриття витрат комунальних надавачів ПМД на оплату комунальних послуг, що робить надавачів залежними від інших джерел надходжень. Вони можуть, звісно, включати платні послуги, якщо вони вважаються необхідними для покриття таких витрат. Коли приватні надавачі не мають доступу до коштів місцевих органів влади для покриття витрат на оплату комунальних послуг (та інших витрат, пов'язаних з приміщеннями), неминуче виникають питання щодо справедливості конкурентного середовища.

Методика, розроблена в рамках цього дослідження про витрати, може бути використана для покращення процесу підготовки річного бюджету шляхом забезпечення прозорих розрахунків щодо впливу на бюджет різних пропозицій щодо політики у сфері ПМД, якщо вони підкріплені доказами. Розглянути можливість включення до бюджету ПМГ витрат надавачів на оплату комунальних послуг, обладнання та приміщення з метою подолання фрагментованості та нерівності у фінансуванні між регіонами, а також між комунальними та приватними надавачами.

9. Враховуючи ризики щодо подальшого стабільного фінансування всієї медичної системи та фінансування галузі на рівні до 3 % ВВП потрібно вести більш активну комунікаційну політику щодо переваг

добровільного медичного страхування, корпоративного страхування та розглянути питання щодо введення співоплати за отримання деяких медичних послуг з боку пацієнта на базі приватних закладів .

10. Необхідно взяти до уваги проблематику сільської медицини та переглянути адекватність виплат надавачам, які працюють у регіонах із низькою щільністю населення, тривалим часом доїзду до закладів ПМД та/або осередками надзвичайно високих потреб у медичній допомозі.

11. Нарешті, існує проблема додаткового навантаження на ланку ПМД щодо безкоштовного обслуговування внутрішньо переміщених осіб (ВПО), оскільки нині надавачі ПМД зобов'язані надавати допомогу ВПО, не отримуючи на це фінансування, що з часом може виявитися несталим рішенням з фінансової точки зору можна було б добре запровадити механізми оплати за обслуговування цієї категорії осіб.

12. Покращити залученість людей та громад визначення проблем та потреб. Забезпечити проведення регулярних громадських обговорень на всіх рівнях для більш чіткого визначення проблем і потреб. Це дозволить систематично вирішувати ці проблеми на державному рівні. Є гостра необхідність проведення ефективних інформаційних кампаній. З метою популяризації свідомого ставлення до свого здоров'я. Це поняття включає в себе здоровий спосіб життя, вчасне звернення по медичну допомогу, відповідальне вживання антибіотиків і неприпустимість самолікування, а також вчасне проходження обстежень і щеплень.

13. Потребу у розвитку кадрового потенціалу медичної сфери — це оновлення системи медичної освіти. Адже розвиток будь-якого спеціаліста ґрунтується на якості та сучасності отриманих ним знань. Саме тому більшість учасників вважає, що осучаснене та практикоорієнтоване навчання в найближчому майбутньому сформує потужний кадровий ресурс, який матиме змогу та знання для інтеграції нашої системи охорони здоров'я

в європейські системи, а також трансформує кращі світові практики у вітчизняній медицині. А також окрему увагу приділити єдиній методології оцінки цифрових навичок. [67]

Багато пропозицій мають дискусійний характер тому, що на даний момент ефективній реалізації їх перешкоджають складні часи для нашої макроекономіки. Тому важливо на рівні держави перманентно проводити моніторинг всіх галузей та вчасно реагувати на проблемні питання для запобігання колапсу тієї чи іншої галузі.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Ткаченко В. І. Історія розвитку та сучасний стан первинної медичної допомоги за кордоном та в Україні, нормативно-правова база впровадження сімейної медицини в Україні. *Семейная медицина*. 2015. № 3. С. 12-17. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/simmed_2015_3_6.
2. Австралійська медична модель: доступна, якісна та ефективна. – URL: <http://cost.ua/news/352-med-australia>
3. Деякі аспекти розвитку сімейної медицини в Україні. Кількість сімейних лікарів, терапевтів, педіатрів в Україні. – URL: <http://zet.in.ua/statistika-2/zdravooxranenie/deyakiaspekti-rozvitku-simejnoi-medicini-v-ukraini-kilkist-simejnih-likariv-terapevtiv-pediatriciv-v-ukraini/>
4. Міжнародний досвід реформування системи охорони здоров'я (досвід країн Європейського Союзу). URL: Режим доступу: <http://euinfocenter.rada.gov.ua/uploads/documents/29185.pdf>
5. Стечак Г. Зарубіжний досвід професійної підготовки сімейних лікарів/ *Педагогіка і психологія професійної освіти*. 2014. № 4. С. 273-278. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pippo_2014_4_31.
6. Чорна В. В. Порівняльний аналіз фінансування сфери охорони здоров'я України та країн Європейського Союзу. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2021. № 1 (87). С. 45-49.
7. Лехан В. М., Крячкова Л. В., Заярський М. І. Аналіз реформ охорони здоров'я в Україні: від здобуття незалежності до сучасності. *Здоров'я нації*. 2018. № 4 (52) С. 5-11.
8. Беланюк М. В., Радзієвська О. Г., Маньгора Т. В. Трансформація системи охорони здоров'я в Україні. *Інформація і право*. 2019. № 4 (31). С. 119-128.
9. Барзилович А. Д. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти. Інвестиції: практика та досвід. 2020. № 2. С. 134-140.

10. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 р. № 504. URL : http://moz.gov.ua/uploads/0/4207-dn_20180319_504.pdf.
11. Про схвалення концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. № 1013-р. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#Text>.
12. Український Медичний Часопис – новини медицини і здоров'я. Медична практика в Україні. *Український Медичний Часопис – новини медицини і здоров'я. Медична практика в Україні*. URL: <http://www.umj.com.ua/>.
13. Лукашук Л. Медична реформа: що зміниться в 2020-му. *Медична справа*. URL: <https://www.medsprava.com.ua/article/1873-medichna-reforma-v-2020-rots-chogo-ochkuvati>.
14. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років. URL: <http://moz.gov.ua>
15. Дем'янишин В. Г., Сіташ Т. Д. Модель системи фінансування охорони здоров'я: концептуальні засади й альтернативи. *Фінанси України*. 2011. № 6. С. 45-53. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Fu_2011_6_6
16. Лехан В.М., Крячкова Л.В., Заярський М.І. Аналіз реформ охорони здоров'я в Україні: від здобуття незалежності до сучасності. Україна. *Здоров'я нації*. 2018. № 4 (52). С. 5-11.
17. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 рр. URL: <https://moz.gov.ua/strategija>
18. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я: Закон України від 06.04.2017 р. № 2002VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/200219>
19. Про затвердження Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року : Постанова Кабінету Міністрів України

- від 13.06.2007 р. № 815. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/8152007%D0%BF>
20. Музика І.С. Реформа охорони здоров'я: проблеми, аналіз, напрями реалізації (на прикладі Карпатського Регіону України). URL: [http://ird.gov.ua/sep/sep20162\(118\)/sep20162\(118\)_038_MuzykaI.pdf](http://ird.gov.ua/sep/sep20162(118)/sep20162(118)_038_MuzykaI.pdf)
21. Національна стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/Стратегія/UKR Health Strategy Feb 24.2022.pdf>
22. Пріоритети у відновленні системи охорони здоров'я України спільний документ для обговорення / ВООЗ, Представництво Європейського Союзу в Україні, Агентство США з міжнародного розвитку в Україні (USAID Україна), Світовий банк. URL: <https://www.who.int/ukraine/uk/publications/priorities-for-health-system-recovery-in-ukraine-joint-discussion-paper>
23. Про затвердження Методики розрахунку тарифів: Наказ МОЗ України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1270-19#Text>
24. Лехан В. М., Надутий К. О., Гриценко Л. О. Оцінка діяльності замовника медичних послуг керівниками закладів первинної медичної допомоги. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2021. № 3. С. 36–41. URL: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2021.3.12624>.
25. Надутий К. О., Лехан В. М., Толстанов О. К. Методичні підходи до стандартизації оцінки діяльності закладів первинної медичної допомоги. *Ukrainian medical journal*. 2019. URL: <https://doi.org/10.32471/umj.1680-3051.131.157991>.
26. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я, затверджена розпорядженням КМУ від 30 листопада 2016 р. № 1013-р; 26. Концепція розвитку системи громадського здоров'я, затверджена розпорядженням КМУ від 30 листопада 2016 р. № 1002-р;
27. Концепція розвитку електронної охорони здоров'я, схвалена розпорядженням КМУ від 28 грудня 2020 р. № 1671-р;

28. Державна стратегія реалізації державної політики забезпечення населення лікарськими засобами на період до 2025 року, затверджена постановою КМУ від 5 грудня 2018 р. № 1022.
29. Здоров'я нації. *Україна. Здоров'я нації*. Том 1 № 4 (2018) URL: <http://healtnation.uzhnu.edu.ua/issue/view/11590>
30. Безрук Т. О. Медична реабілітація в практиці лікарів первинної ланки медичної допомоги : thesis. 2021. URL: <http://dspace.bsmu.edu.ua:8080/xmlui/handle/123456789/18565>
31. Бойко Т. Я. Роль первинної ланки у профілактиці артеріальної гіпертензії серед дорослого населення. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*. 2016. Т. 26, № 2. URL: <https://doi.org/10.11603/1811-2471.2016.v26.i2.6309>.
32. Бреденкамп К., Далє Е., Дорошенко О., Джигир Ю., Хабіхт Я. та ін. (2022). Реформа фінансування системи охорони здоров'я в Україні: прогрес та майбутні напрями. Всесвітня організація охорони здоров'я. Європейське регіональне бюро і Світовий банк. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/366374>.
33. Горачук В. В. Акредитація як інструмент підвищення якості медичної допомоги. *Oral and general health*. 2023. Т. 4, № 1. С. 6–9. URL: <https://doi.org/10.22141/ogh.4.1.2023.144>.
34. До питання оптимізації первинної ланки системи охорони здоров'я / L. V. Smirnova та ін. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*. 2016. Т. 26, № 2. URL: <https://doi.org/10.11603/1811-2471.2016.v26.i2.6340>.
35. Досвід перехідного періоду реформування екстреної медичної допомоги в Харківській області / В. S. Fedak та ін. *Emergency medicine*. 2013. № 2.49. С. 65–67. URL: <https://doi.org/10.22141/2224-0586.2.49.2013.90265>.
36. Європейська програма роботи, 2020-2025: Спільні дії для міцнішого здоров'я. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ; 2021. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345924/WHO-EURO-2021-1919-41670-59496-ukr.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

37. Іваць-Чабіна А. Р. Оцінка якості надання медичної допомоги на рівні первинної ланки населенням м. Ужгорода та ужгородського району. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2020. № 2. С. 35–38. URL: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2020.2.11408>.
38. Качан Я., Римар Ж. Основні завдання первинної медичної допомоги на місцевому рівні. *Актуальні питання у сучасній науці*. 2023. № 4(10). URL: [https://doi.org/10.52058/2786-6300-2023-4\(10\)-110-120](https://doi.org/10.52058/2786-6300-2023-4(10)-110-120).
39. Ковтун Л. М. Шляхи удосконалення надання медичної допомоги сільському населенню : master's thesis. 2021. URL: <https://essuir.sumdu.edu.ua/handle/123456789/87220>.
40. Коса Т. В. Удосконалення екстреної медичної допомоги відповідно до медичної реформи на різних етапах її надання. *Медсестринство*. 2021. № 3. С. 25–31. URL: <https://doi.org/10.11603/2411-1597.2020.3.11680>.
41. Лемішко Б. Б. Громадське здоров'я – основа становлення громадянського суспільства. *Ефективність державного управління: збірник наукових праць Львівського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентові України / За заг.ред.чл.-кор.НАН України В.С.Загорського, доц..А.В.Ліпенцева. Львів: ЛРІДУ НАДУ, 2007. Вип.13. С. 163-169.*
42. Лемішко Б. Б. Механізми державного управління системою охорони здоров'я у процесі реформування первинної медико-санітарної допомоги на регіональному рівні : автореф. дис. ... д-ра наук з держ. упр. : 25.00.02 / Лемішко Борис Богданович ; Класич. приват. ун-т. – Запоріжжя, 2013. 40 с.
43. Литвин О. Л. Особливості надання медичної допомоги в умовах воєнного стану. *Прикарпатський юридичний вісник*. 2022. Т. 42, № 1. С. 82–85. URL: [https://doi.org/10.32837/pyuv.v0i1\(42\).997](https://doi.org/10.32837/pyuv.v0i1(42).997)
44. Мартинюк І. О., Лемішко Б. Б. Безперервний професійний розвиток фахівців сімейної медицини. *Практична медицина*. 2008. № 1, Т.ХІХ. С. 139-143.

45. Навчук І. В. Реформування первинної медико-санітарної допомоги в Україні з урахуванням світового досвіду: thesis. 2020. URL: <http://dspace.bsmu.edu.ua:8080/xmlui/handle/123456789/18315>
46. Навчук І. В., Білик І. С., Вацик М. З. Оцінка якості надання медичної допомоги: thesis. 2013. URL: <http://dspace.bsmu.edu.ua:8080/xmlui/handle/123456789/8462>
47. Навчук І. В., Товкач Ю. В., Бакун В. О. Реформування перинної медичної допомоги населенню України відповідно до світових тенденцій: thesis. 2014. URL: <http://dspace.bsmu.edu.ua:8080/xmlui/handle/123456789/8519>
48. Охорона здоров'я як пріоритет соціального розвитку територіальних громад / В. Костюк та ін. *Актуальні питання у сучасній науці*. 2023. № 9(15). URL: [https://doi.org/10.52058/2786-6300-2023-9\(15\)-45-58](https://doi.org/10.52058/2786-6300-2023-9(15)-45-58)
49. Охорона здоров'я як пріоритет соціального розвитку територіальних громад / В. Костюк та ін. *Актуальні питання у сучасній науці*. 2023. № 9(15). URL: [https://doi.org/10.52058/2786-6300-2023-9\(15\)-45-58](https://doi.org/10.52058/2786-6300-2023-9(15)-45-58)
50. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>
51. Резолюція WHA58.33. Стійке фінансування охорони здоров'я, загальне охоплення і медико-соціальне страхування. В кн.: *Fifty-eighth World Health Assembly, Женева, 16-25 May, 2005*. Женева, Всесвітня організація охорони здоров'я, 2005 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_33-en.pdf)
52. Реформування медичної галузі: досвід для України / Ladonko L. S. та ін. *State formation*. 2020. № 1. URL: <https://doi.org/10.34213/db.20.01.11>
53. Розробка медичної інформаційної системи для медичних закладів первинної ланки / О. Panasiuk та ін. *Technologies and engineering*. 2022. № 6. С. 9–18. URL: <https://doi.org/10.30857/2786-5371.2021.6.1>
54. Савка І. Г., Калинюк Н. М. Про права медичних працівників під час надання медичної допомоги в контексті реформування системи охорони

- здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2019. № 1. С. 62–67. URL: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2019.1.10285>
55. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2021 році (за даними вибіркового обстеження умов життя домогосподарств)/https://ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2022/gdvvdg/Arh_snsz_u.htm
56. Сидорчук Л.П., Білецький С.В., Христич Т.М. Деякі особливості підготовки сімейних лікарів у США: аналіз Зальцбургських Duke семінарів. *Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції "Підготовка сімейних лікарів та моделі впровадження сімейної медицини в Україні"*. Чернівці, 2005. С. 41.
57. Сікора С. М., M S. S. Дослідження стратегічних перспектив реформування первинної ланки медицини у Вишнівецькій об'єднаній територіальній громаді, на прикладі комунального некомерційного підприємства «Вишнівецька амбулаторія загальної практики – сімейної медицини»: master's thesis. 2020. URL: <http://elartu.tntu.edu.ua/handle/lib/33886>
58. Сміянов В. А., Дрига Н. О., Жалдак Д. О. Оцінка ефективності впровадження дистанційного медичного сервісу в системі управління якістю медичної допомоги на рівні первинної ланки. *New trends and unresolved issues of preventive and clinical medicine*. 2020. URL: <https://doi.org/10.30525/978-9934-588-81-5-2.58>
59. Сучасні теоретичні якості медичної допомоги : thesis / В. А. Сміянов та ін. 2012. URL: <http://essuir.sumdu.edu.ua/handle/123456789/27013>
60. Murray A., Safran D.G. The Primary Care Assessment Survey: a tool for measuring, monitoring and improving primary care. *In Handbook of Psychological Assessment in Primary Care Settings (ed. M.E. Maruish)*. 2000. 12. P. 623-665.

61. Hood, C. M., K. P. Gennuso, G. R. Swain, and B. B. Catlin. 2016. County health rankings: Relationships between determinant factors and health outcomes. *American Journal of Preventive Medicine* 50(2):129-135.
62. Prüss-Ustün, Annette & Wolf, Jennyfer & Corvalan, Carlos & Bos, Robert & Neira, María. (2016). Preventing Disease through Healthy Environments, a global assessment of the burden of disease from environmental risks.
63. The Health in All Policies (HIAP) approach, codified in the TFEU and the Charter of Fundamental Rights of the European Union (the Charter), responds to the cross-sectoral nature of public health issues and aims at integrating health aspects in all relevant policies (Articles 9 and 168(1) of the TFEU; Article 35 of the Charter).
64. UK Public General Act 28.04.2022 c.31 Chapter 31 “Health and Care Act 2022.”
65. <https://www.gov.uk>
66. *Проект «Створення центрів комплексного реагування та надання підтримки: Інтеграція базової допомоги постраждалим від тендерно-зумовленого насильства (ГЗН) на Сході та Півдні України» реалізується Представництвом [“Право на здоров’я” \(HealthRight International\) в Україні та FHI 360.](#)*
67. Публічна консультація «Стратегія здоров’я 2030» Звіт за результатами публічної консультації МОЗ України грудень 2021
68. Аліса Макаріхіна, експертка «U-LEAD з Європою» з питань охорони здоров’я, Володимир Гарасюк, радник «U-LEAD з Європою» з питань охорони здоров’я Які зміни несе новий закон щодо удосконалення надання медичної допомоги? 2022
69. Пілотний проєкт «Медична сестра з розширеними повноваженнями на первинній ланці» Україно-Швейцарський проєкт
70. Аналітичний звіт ВООЗ «Фінансування первинної медичної допомоги в Україні: аналіз ситуації та політичні міркування.