

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВАДИМА ГЕТЬМАНА**

Факультет економіки та управління

Кафедра національної економіки та публічного управління

ОСВІТНЬО-ПРОФЕСІЙНА ПРОГРАМА

Цифрове врядування

Галузь знань 28 Публічне управління та адміністрування

Спеціальність 281 Публічне управління та адміністрування

Форма навчання: заочна

КВАЛІФІКАЦІЙНА МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

на тему

**«ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ
ІНСТИТУТУ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ
В УМОВАХ ТРАНСФОРМАЦІЇ СФЕРИ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я»**

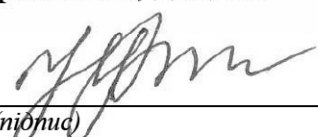
здобувача **Красножон Юлії Андріївни**



(підпис)

Науковий керівник: кандидат наук з державного управління, доцент

Васюк Наталія Олегівна



(підпис)

**Робота допущена до захисту перед екзаменаційною
комісією з атестації здобувачів вищої освіти (ЕК)**

Завідувач кафедри:

доктор наук з державного управління, професор,
Карпенко О.В.

Київ 2023

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВАДИМА ГЕТЬМАНА**

Факультет економіки та управління

Кафедра національної економіки та публічного управління

ОСВІТНЬО-ПРОФЕСІЙНА ПРОГРАМА

Цифрове врядування

Галузь знань 28 Публічне управління та адміністрування

Спеціальність 281 Публічне управління та адміністрування

ПОГОДЖЕНО

Керівник проєктної групи (гарант)
освітньо-професійної програми

_____ О.В.Карпенко

_____ 2023р.

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри

_____ О.В.Карпенко

_____ 2023р.

ІНДИВІДУАЛЬНЕ ЗАВДАННЯ

здобувачу вищої освіти Красножон Юлії Андріївні

заочної форми навчання

на підготовку кваліфікаційної магістерської роботи

на тему

«Державне регулювання інституту сімейної медицини
в умовах трансформації сфери охорони здоров'я»

Тему затверджено наказом ректора Університету від 23 жовтня 2023 р .№ 1960-ст

Кваліфікаційна магістерська робота виконується на матеріалах нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я, фундаментальних положень з теорії публічного управління та адміністрування, наукових праць українських і зарубіжних учених за темою дослідження.

План кваліфікаційної магістерської роботи

Розділ 1	Теоретико-правові засади державного регулювання інституту сімейної медицини
Розділ 2	Аналіз сучасного стану розбудови інституту сімейної медицини в Україні
Розділ 3	Напрями удосконалення державного регулювання інституту сімейної медицини в умовах трансформації сфери охорони здоров'я в Україні

Об'єкт дослідження:	сфера охорони здоров'я
Предмет дослідження:	державне регулювання інституту сімейної медицини в умовах трансформації сфери охорони здоров'я
Мета кваліфікаційної магістерської роботи:	теоретичне обґрунтування державного регулювання інституту сімейної медицини в умовах трансформації сфери охорони здоров'я та вироблення практичних рекомендацій щодо шляхів його удосконалення

Конкретні завдання, які здобувач повинен виконати для досягнення поставленої мети:

- У розділі 1** дослідити теоретичні засади забезпечення якості надання медичної допомоги як основи національної політики в сфері охорони здоров'я; проаналізувати наукові дослідження проблем розвитку та державного регулювання інституту сімейної медицини
- У розділі 2** охарактеризувати особливості ресурсного забезпечення первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини в Україні; проаналізувати стан нормативно-правового регулювання якості надання медичної допомоги на первинному рівні в Україні;
- У розділі 3** запропонувати напрями удосконалення механізмів державного регулятивного впливу на процеси розбудови інституту сімейної медицини в умовах трансформації сфери охорони здоров'я в Україні з урахуванням зарубіжного досвіду

Завдання підготував
науковий керівник

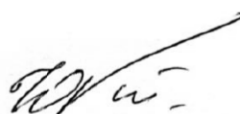


(підпис)

Н.О. Васюк

«24» жовтня 2023 р.

Завдання одержав
здобувач



(підпис)

Ю.А.Красножон

«24» жовтня 2023 р.

Реферат

Кваліфікаційна магістерська робота містить 109 сторінок, 3 рисунки, 1 таблицю, список використаних джерел налічує 75 найменувань.

«Державне регулювання інституту сімейної медицини в умовах трансформації сфери охорони здоров'я»

Об'єктом дослідження є сфера охорони здоров'я.

Предметом дослідження є державне регулювання інституту сімейної медицини в умовах трансформації сфери охорони здоров'я

Мета і завдання дослідження. Метою магістерської роботи є теоретичне обґрунтування державного регулювання інституту сімейної медицини в умовах трансформації сфери охорони здоров'я та вироблення практичних рекомендацій щодо шляхів його удосконалення

Завдання дослідження:

- дослідити теоретичні засади забезпечення якості надання медичної допомоги як основи національної політики в сфері охорони здоров'я;
- охарактеризувати особливості ресурсного забезпечення первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини в Україні;
- проаналізувати стан нормативно-правового регулювання якості надання медичної допомоги на первинному рівні в Україні;
- вивчити зарубіжний досвід надання первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини;
- запропонувати напрями удосконалення механізмів державного регулятивного впливу на процеси розбудови інституту сімейної медицини в умовах трансформації сфери охорони здоров'я в Україні

Теоретична, методична та практична значущість отриманих результатів. Під час дослідження автором запропоновано низку ключових напрямів удосконалення механізмів державного регулятивного впливу на процеси розбудови інституту сімейної медицини в умовах трансформації сфери охорони здоров'я в Україні.

Практичні результати дослідження полягають в тому, що основні теоретичні положення й висновки магістерської роботи сформульовані, як конкретні завдання і можуть бути впроваджені в практичній діяльності в процесі трансформаційних змін сфери охорони здоров'я. Основні теоретичні положення магістерської роботи та запропоновані висновки можуть бути використані: у практичній діяльності закладів охорони здоров'я, органів державної влади та місцевого самоврядування; у науково-дослідній роботі закладів системи МОЗ та НАМН України, МОН України, а також під час викладання відповідних дисциплін освітньо-професійної програми «Цифрове врядування».

Рік виконання кваліфікаційної магістерської роботи – 2023. Рік захисту роботи – 2023.

Ключові слова: сфера охорони здоров'я, державне регулювання, інститут сімейної медицини, державна політика, трансформаційні зміни.

В і д г у к
про кваліфікаційну магістерську роботу
здобувача факультету економіки та управління
освітньо-професійної програми
«Цифрове врядування»

Красножон Юлії Андріївни

**на тему «Державне регулювання інституту сімейної медицини
в умовах трансформації сфери охорони здоров'я»**

1. Актуальність теми. Питання якості медичної допомоги та медичних послуг становлять проблему практично в усіх країнах світу, незалежно від їхньої політичної, ідеологічної та економічної спрямованості, а також моделі організації медичної допомоги. На сучасному етапі реформування системи охорони здоров'я якість медичної допомоги вважається основною цільовою функцією і водночас критерієм діяльності системи охорони здоров'я. Забезпечення якості при наданні медичної допомоги у більшості країн розглядається як основа національної політики в сфері охорони здоров'я, що є особливо актуальним для розбудови інституту сімейної медицини в Україні. Вищезазначене засвідчує актуальність обраної теми дослідження.

2. Позитивні риси кваліфікаційної магістерської роботи: достовірність положень, висновків і рекомендацій, представлених в роботі, не викликає сумнівів з огляду на доцільне та результативне використання адекватно дібраної методології та сучасних підходів теоретичного наукового дослідження, а одержані наукові результати належно обґрунтовані у відповідних розділах магістерського дослідження.

3. Наявність самостійних розробок автора. Автором запропоновано низку ключових напрямів удосконалення механізмів державного регулятивного впливу на процеси розбудови інституту сімейної медицини в умовах трансформації сфери охорони здоров'я в Україні.

4. Цінність теоретичних висновків та практичних рекомендацій: здійснено теоретичне обґрунтування державного регулювання інституту сімейної медицини в умовах трансформації сфери охорони здоров'я та

вироблення практичних рекомендацій щодо шляхів його удосконалення. Отримані в процесі дослідження результати свідчать про досягнення мети, вирішення поставлених завдань, що дало змогу сформулювати низку узагальнюючих висновків, пропозицій та рекомендацій, що мають теоретичне і практичне значення.

5. Наявність недоліків: суттєвих недоліків у кваліфікаційній магістерській роботі не має. Наявні технічні недоліки не знижують загальної високої оцінки магістерського дослідження.

6. Загальна оцінка кваліфікаційної магістерської роботи та її допущення до захисту перед ЕК: робота є закінченим науковим дослідженням, відповідає вимогам галузевого стандарту вищої освіти за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування», може бути допущена до захисту перед екзаменаційною комісією і заслуговує високої оцінки.

Науковий керівник:
кандидат наук з державного управління,
доцент



Васюк Н. О.

“___” _____ 20__р.

Рецензія
на кваліфікаційну магістерську роботу здобувача вищої освіти

Красножон Юлії Андріївни

**Тема «Державне регулювання інституту сімейної медицини
в умовах трансформації сфери охорони здоров'я»**

Актуальність теми кваліфікаційної магістерської роботи і доцільність її розроблення. У сучасному світі серед ключових напрямів діяльності будь-якої розвиненої держави провідне місце відводиться створенню умов не лише для інноваційного розвитку економіки, соціального прогресу, але й для ефективного технологічного забезпечення сучасної сфери охорони здоров'я. Однією з найважливіших умов реформування та модернізації системи охорони здоров'я є надання доступної та якісної первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини. Серед пріоритетів – досягнення покращення здоров'я, зменшення нерівності в громадському здоров'ї та задоволення очікувань пацієнтів. У цьому зв'язку дослідження державного регулювання інституту сімейної медицини в умовах трансформації сфери охорони здоров'я є надзвичайно актуальним.

Якість проведеного дослідження. Наукові положення, висновки і рекомендації, сформульовані в роботі, базуються на опрацюванні широкого кола наукових джерел, зокрема праць українських та зарубіжних авторів, які спеціалізуються на дотичній проблематиці, що дозволяє зробити висновок про обґрунтованість результатів дослідження.

Позитивні риси кваліфікаційної магістерської роботи. Кваліфікаційна магістерська робота є оригінальним, цілісним, комплексним, завершеним науковим дослідженням на актуальну тему, що містить обґрунтовані теоретичні висновки, і відповідає встановленим вимогам. Одержані наукові результати належно обґрунтовані у відповідних розділах магістерського дослідження.

Зауваження. Робота виграла б у разі надання конкретних пропозицій який саме досвід якої країни варто імплементувати у вітчизняну практику.

Разом з тим, зазначена дискусійна пропозиція до кваліфікаційної магістерської роботи не знижує загальної високої оцінки наукової цінності дослідження.

Практична значимість висновків і рекомендацій. Основні теоретичні положення й висновки магістерської роботи сформульовані, як конкретні завдання і можуть бути впроваджені в практичній діяльності в процесі трансформаційних змін сфери охорони здоров'я. Основні теоретичні положення магістерської роботи та запропоновані висновки можуть бути використані: у практичній діяльності закладів охорони здоров'я, органів державної влади та місцевого самоврядування; у науково-дослідній роботі закладів системи МОЗ та НАМН України, МОН України, а також під час викладання відповідних дисциплін освітньо-професійної програми «Цифрове врядування».

Місце роботи та посада рецензента

Науковий ступінь, учене звання (за наявності)

(підпис, ПІБ)

Підпис засвідчую:

Місце печатки організації, де працює рецензент

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ІНСТИТУТУ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ	7
1.1. Теоретичне підґрунтя забезпечення якості надання медичної допомоги як основи національної політики в сфері охорони здоров'я.....	7
1.2. Наукові дослідження проблем розвитку та державного регулювання інституту сімейної медицини.....	19
1.3. Законодавчі основи розвитку інституту сімейної медицини в Україні.....	25
РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ РОЗБУДОВИ ІНСТИТУТУ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ	41
2.1. Особливості ресурсного забезпечення первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини в Україні.....	41
2.2. Стан нормативно-правового регулювання якості надання медичної допомоги на первинному рівні	51
2.3. Результати опитування медичних працівників щодо рівня організації та розвитку сімейної медицини в Україні	62
РОЗДІЛ 3 НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ІНСТИТУТУ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В УМОВАХ ТРАНСФОРМАЦІЇ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ	70
3.1. Імплементация зарубіжного досвіду надання первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини.....	70
3.2. Удосконалення механізмів державного регулятивного впливу на процеси розбудови інституту сімейної медицини в умовах трансформації сфери охорони здоров'я в Україні.....	75
ВИСНОВКИ	87
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	93
ДОДАТКИ	102

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Однією з ключових цінностей людини і суспільства є здоров'я населення. Воно є фундаментом життя та важливим фактором сталого розвитку у різних сферах діяльності. Основною метою будь-якої держави є забезпечення охорони здоров'я громадян, а збереження та покращення їхнього здоров'я вважається найважливішим напрямом соціально-економічної політики, відображеним у програмах урядів різних країн.

В Україні питання розвитку сфери охорони здоров'я завжди були пріоритетними, хоча реалізація пропонованих ініціатив залишається невиразною. Це привело до ситуації, коли гарантована безкоштовна медична допомога має в основному декларативний характер. Основна причина цього полягає у невідповідності економічної здатності держави виконати взяті на себе зобов'язання. Особливої ваги проблема забезпечення охорони здоров'я громадян набуває сьогодні, під час воєнного стану держави у зв'язку із повномасштабним російським вторгненням на територію України.

Майже всі країни світу вивчали економічні моделі систем охорони здоров'я, щоб забезпечити гарантований обсяг безкоштовної медичної допомоги належної якості для свого населення. Аналіз їхнього досвіду показує, що це можливо лише через пріоритетний розвиток первинного рівня медичної допомоги. Також, Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) пропонує країнам приймати рішення щодо систем охорони здоров'я на основі чотирьох стратегічних напрямків: всезагальне охоплення; націленість на потреби населення; включення здоров'я в усі політичні та управлінські рішення, засноване на консультативно-переговорному підході, а не адміністративно-командному [1].

Для України, яка обирає європейський курс і дотримується рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) у плані реформування системи охорони здоров'я, розвиток інституту сімейної медицини в умовах

трансформації медичної сфери стає однією з ключових завдань в сучасних програмах реформ.

В межах нашого дослідження ми маємо намір детально розглянути ключовий аспект проблеми забезпечення якості медичної допомоги, а саме розвитку інституту сімейної медицини в Україні в умовах трансформації сфери охорони здоров'я. Ми вважаємо, що не менш важливою є не лише експансія мережі первинного рівня медичної допомоги, але і створення умов, за яких ця допомога буде своєчасною, доступною та високоякісною.

Аналіз наукових розробок вітчизняних та зарубіжних вчених підтверджує, що загальні аспекти розвитку системи охорони здоров'я та державного регулювання інституту сімейної медицини в умовах трансформації сфери охорони здоров'я стали актуальними науковими проблемами, якими опікуються дослідники. Зокрема, вітчизняні вчені ведуть активний науковий пошук щодо вирішення проблем розвитку системи охорони здоров'я, зокрема: Т.Авраменко, М. Білинської, Н. Васюк, О. Галацана, З. Гладуна, О. Корвецького, М. Корецького, Б. Криштопи, В. Лехан, А. Нагорної, Я. Радиша, І. Солоненка, М. Хвисяка та інших.

Проблеми щодо забезпечення якості медичної допомоги розкриваються у дослідженнях Л. Матюхи, М. Хобзея, Н. Ярош, А. Степаненко.

Однак, незважаючи на значний обсяг наукових праць з даної теми, наукові дослідження поки не включають цілісної концепції розвитку інституту сімейної медицини. Також, світовий досвід надання медичної допомоги на цьому етапі демократичних перетворень та розвитку ринкової економіки ще не досліджено в повній мірі. Крім того, питання забезпечення якості медичної допомоги на первинному рівні потребує подальших наукових пошуків. Це визначає важливість розгляду даної теми в галузі публічного управління та адміністрування. З урахуванням актуальності цього питання та необхідності впровадження ініціатив у сфері охорони здоров'я, видається необхідним детальне вивчення аспектів якості надання медичної допомоги на первинному

рівні як умови трансформаційних змін у державному регулюванні проблем сімейної медицини. Це визначило вибір теми для магістерської роботи та дозволило сформулювати її мету та завдання.

Об'єкт дослідження – сфера охорони здоров'я.

Предмет дослідження – державне регулювання інституту сімейної медицини в умовах трансформації сфери охорони здоров'я.

Мета дослідження полягає в теоретичному обґрунтуванні державного регулювання інституту сімейної медицини в умовах трансформації сфери охорони здоров'я та вироблення практичних рекомендацій щодо шляхів його удосконалення.

Поставлена мета визначає основні *завдання дослідження*, а саме:

- дослідити теоретичні засади забезпечення якості надання медичної допомоги як основи національної політики в сфері охорони здоров'я;
- охарактеризувати особливості ресурсного забезпечення первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини в Україні;
- проаналізувати стан нормативно-правового регулювання якості надання медичної допомоги на первинному рівні в Україні;
- вивчити зарубіжний досвід надання первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини;
- запропонувати напрями удосконалення механізмів державного регулятивного впливу на процеси розбудови інституту сімейної медицини в умовах трансформації сфери охорони здоров'я в Україні.

Практичне значення отриманих результатів полягає в тому, що основні теоретичні положення й висновки магістерської роботи сформульовані, як конкретні завдання і можуть бути впроваджені в практичній діяльності в процесі реформування сфери охорони здоров'я. Основні теоретичні положення магістерської роботи та запропоновані висновки можуть бути використані: у практичній діяльності ЗОЗ, органів державної влади та місцевого самоврядування; у науково-дослідній роботі закладів системи МОЗ та НАМН

України, МОН України, а також під час викладання відповідних дисциплін освітньо-професійної програми «Цифрове врядування».

Інформаційна база дослідження: чинне законодавство України, закордонний досвід трансформаційних державної політики у сфері охорони здоров'я; аналітичні, статистичні та соціологічні дані; актуальна інформація періодичних та інформаційних видань тощо.

Апробація результатів дослідження. Деякі положення магістерського дослідження оприлюднені у співавторстві на міжнародній науково-практичній конференції.

Васюк Н. О., Красножон Ю. А. Нормативно-правові засади розвитку інституту сімейної медицини в умовах трансформації сфери охорони здоров'я в Україні. *Модернізація вітчизняної правової системи в умовах світової інтеграції*: матеріали Міжнар. наук.-практ. конф., м. Кропивницький, 22-23 березня 2023 р. / за заг. ред. О. Р. Антонова, С. І. Москаленко. Кропивницький : ЛА НАУ, 2023. 351 с. С. 27-29.

Структура й обсяг магістерського дослідження. Магістерська робота складається із вступу, трьох розділів, висновків та списку використаних джерел. Повний обсяг роботи складає 119 сторінок, налічується 75 найменувань літературних джерел.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ІНСТИТУТУ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

1.1. Теоретичне підґрунтя забезпечення якості надання медичної допомоги як основи національної політики в сфері охорони здоров'я

На сучасному етапі розвитку системи охорони здоров'я, якість медичної допомоги визнається основною цільовою функцією та критерієм ефективності діяльності системи. Вона є важливим показником якості медичних закладів, починаючи від первинної медичної допомоги та закінчуючи вищими рівнями управління, такими як Міністерство охорони здоров'я України. Забезпечення якості при наданні медичної допомоги вважається основою національної політики в сфері охорони здоров'я, і багато країн вже впровадили програми забезпечення якості медичної допомоги.

Усе ж, деякі дослідження вказують на те, що велика кількість медичних втручань, включаючи країни Європейського Союзу, проводиться на рівні, що нижче від очікуваного. Зазначається, що значна частка клінічних процедур у закладах охорони здоров'я є неефективною та нерентабельною [3]. Довідкова інформація свідчить про те, що від 20% до 30% медичних втручань може бути визнано неефективними, непотрібними або навіть шкідливими. Надто виявлено значні відмінності в результатах медичної допомоги як між країнами чи регіонами, так і між окремими медичними закладами та медичним персоналом.

Питання якості медичної допомоги та медичних послуг становлять проблему практично в усіх країнах світу, незалежно від їхньої політичної, ідеологічної та економічної спрямованості, а також моделі організації медичної допомоги.

Згідно з досвідом Японії, підвищення якості можливе лише за умови активної участі всіх працівників, від керівників до рядового персоналу.

Важливо, щоб всі учасники трудового процесу мали спеціальні знання з контролю якості.

Проблема контролю якості медичної допомоги є відносно новою та актуальною в системі охорони здоров'я будь-якої країни. Хоча проблеми якості медичної допомоги є внутрішньовідомчими та не новими (обговорення етики, деонтології, впровадження нових економічних механізмів, початок розвитку медичного страхування та, в результаті, впровадження позавідомчого контролю якості), актуалізація цих питань виникла після ухвалення закону "Основи законодавства України про охорону здоров'я".

Термін "якість" означає сукупність характеристик, які виділяють річ серед інших і роблять її унікальною та схожою на інші. Якість є парною категорією, що має численні характеристики.

Термін "кількість" вказує на числові аспекти, величину та чисельну визначеність, які розрізняють речі за їхньою кількістю та відмінністю одна від одної.

У філософії, згідно з Гегелем, концепція якості та кількості взаємодіють і на певному етапі кількість переростає в якість, що визначається законом взаємопереходу. Сутність предметів і явищ об'єднана в єдності, де якісні та кількісні аспекти взаємопов'язані.

Міжнародні стандарти серії ISO 9000 розробляються Міжнародною організацією зі стандартизації ISO, світовою федерацією національних органів стандартизації. Національний орган зі стандартизації України, як учасник ISO, приймає ці стандарти як ідентичні національні стандарти ДСТУ.

Згідно з міжнародним стандартом ISO 9001, якість визначається як "сукупність властивостей і характеристик продукції або послуги, які визначають їх здатність задовольняти встановлені або передбачувані вимоги".

У вересні 2015 року були прийняті нові версії стандартів ISO 9000:2015 та ISO 9001:2015 Міжнародною організацією зі стандартизації ISO. Це п'ята редакція цього сімейства стандартів, і їхня суттєва відмінність включає явне

застосування ризик-орієнтованого підходу. Цей підхід дозволяє організаціям ідентифікувати фактори, які можуть впливати на їхні процеси та системи управління якістю, і встановлювати запобіжні заходи для мінімізації негативних впливів та використання можливостей [4].

Поняття "якість" визначається як визначеність, яка включає сукупність властивостей об'єкту, що дозволяють йому задовольняти різні рівні потреб і знаходяться в постійному русі, зміні та перетворенні.

Це визначення розвинулося із з концепції "суспільного споживання", яка була сформована в середині XX століття. Споживач є центральною фігурою у суспільстві, і його вимоги, якщо вони соціально безпечні, захищаються державою і суспільством. Здоров'я є пріоритетною потребою серед людських потреб, і медична допомога повинна бути орієнтована на потреби пацієнта і його сім'ї, включаючи не лише об'єктивно встановлені потреби, але й бажання та запити пацієнта [5].

Вимоги до рівня надання медичної допомоги постійно змінюються відповідно до розвитку суспільства. В Україні це особливо актуально, оскільки система охорони здоров'я в країні адаптується до ринкової економіки та враховує багатокладні форми власності у сфері охорони здоров'я. Ці зміни зумовлені підвищенням вимог населення, яке дедалі більше прагне до отримання якісних медичних послуг. Також спостерігається збільшення уваги до кінцевих результатів медичної діяльності. Важливим фактором є поява нових підходів до управління якістю в охороні здоров'я, таких як впровадження доказової медицини, стандартизація медичних послуг і використання сучасних медичних технологій [5].

Якщо говорити про якість з медичної точки зору, то наукова література містить безліч визначень якості медичної допомоги, і ці визначення часто розходяться між собою, навіть доходячи до суперечок. Це свідчить про велику складність і неоднозначність понять "медична допомога" і "якість медичної допомоги". Одне з визначень якості медичної допомоги залежно від контексту

може мати різне значення. Наприклад, якість медичної допомоги для окремого пацієнта може визначатися іншим чином, ніж якість на рівні медичних закладів або в цілому по країні. Різні групи, такі як лікарі, пацієнти і органи охорони здоров'я, можуть мати власні підходи до оцінки якості. За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) від 1988 року, якість медичної допомоги визначається як виконання різних медичних втручань з точністю відповідно до встановлених стандартів. Ці втручання мають бути безпечними, доступними фінансово для конкретного суспільства і мати позитивний вплив на показники смертності, захворюваності, непрацездатності і раціонального харчування [6].

Згідно з визначенням Г.А.Попова, якість медичної допомоги представляє собою сукупність результатів профілактики, діагностики та лікування хвороб, які відповідають встановленим вимогам та стандартам, заснованим на досягненнях медичної науки та практики.

Вчений Аведіс Донабедіан визначив термін якості медичної допомоги в 1980 році, вказавши, що він визначається використанням медичною наукою технологій з найбільшою користю для здоров'я людей при мінімізації ризику. Рівень якості визначався як ступінь досягнення балансу між користю та ризиком.

А.Донабедіан охарактеризував якість медичної допомоги за трьома аспектами: якістю структури, процесу та результату. Під якістю структури він розумів якість будівель, обладнання, інструментів та фармацевтичних засобів. Важливими аспектами якості процесу були інформаційне програмне забезпечення, обмін інформацією та доступ пацієнтів до неї. Значна увага приділялася також кадровому складу фахівців із відповідним рівнем кваліфікації [7].

Європейська хартія прав пацієнтів (Рим, 2002 рік) чітко визначає права пацієнтів, серед яких доступ, інформація, свобода вибору, приватність та конфіденційність, а також право на компенсацію.

За визначенням Європейського інституту Пікера (Оксфорд), пацієнт має отримувати задоволення від якісної медичної допомоги, а всі види цієї допомоги повинні бути узгоджені між собою. Пацієнт повинен бути інформованим та мати емоційну підтримку, включаючи залучення родини та друзів до процесу лікування.

У системі охорони здоров'я можна виділити різні групи товарів, такі як медична інформація (література, інформаційно-пошукові системи), медичні заклади, кадри (спеціалісти), медичні послуги (профілактичні, діагностичні, лікувальні, реабілітаційні) і засоби медичного призначення.

Якісна медична допомога точно відповідає визначеним вимогам, використовуючи сучасні знання і ресурси, щоб забезпечити максимальну користь від її надання та мінімізувати ризик [6].

Якість медичної допомоги може розглядатися як об'єкт управління, властивість процесу взаємодії лікаря і пацієнта. Ця властивість обумовлена кваліфікацією професіонала, його спроможністю виконувати медичні технології, зменшувати ризик прогресування захворювань, оптимально використовувати ресурси медицини та забезпечувати задоволеність пацієнта від взаємодії з медичною системою.

Задоволення певних потреб і очікувань пацієнта, а також потреба в медичній допомозі, що пов'язана зі станом здоров'я, представляють суб'єктивний аспект якості. Медична допомога як виробничий процес має особливість у тому, що основним суб'єктом і об'єктом праці виступає людина.

З позиції концепції безперервного управління якістю, споживачем в процесі медичної діяльності є як пацієнт, так і медичний працівник (внутрішній споживач). Задоволення їхніх потреб, включаючи вимогу "робити роботу належним чином", є важливим елементом управління якістю медичної допомоги [6].

Пацієнти оцінюють отриману допомогу з суб'єктивної точки зору, але через відсутність спеціальних знань не завжди можуть аналізувати

раціональність вибору і використання діагностичних і лікувальних методів. Важливо, щоб персонал, який надає медичну допомогу, мав відповідні науково-технічні знання і можливість діяти на користь пацієнта згідно сучасним вимогам.

Об'єктивний аспект якості медичної допомоги включає сукупність характеристик діяльності, організації, системи або окремої особи, які визначають їхню здатність задовольняти встановлені або передбачувані потреби. Це може включати процеси, технічні аспекти, організаційні здібності та інші аспекти, які визначають якість надання медичної допомоги.

Медична допомога, розглядана як комплекс лікувально-діагностичних, профілактичних і організаційно-технічних заходів, має значення в об'єктивному аспекті поняття якості медичної допомоги. Це визначається конкретними технологіями, які використовуються з метою досягнення позитивного результату для пацієнта.

Медична допомога може бути трактована як вузьке (індивідуальне) і широке (колективне) поняття. У вузькому розумінні вона охоплює конкретне лікування конкретного пацієнта, яке здійснюється медичним працівником в медичному випадку. У широкому розумінні це включає в себе організаційні та системні аспекти, такі як функціонування медичних закладів, механізми надання послуг на рівні регіону чи країни.

У вузькому контексті, медична допомога може бути розглянута як індивідуальна взаємодія між лікарем і пацієнтом, зорієнтована на конкретний медичний випадок. У широкому контексті, вона включає систему медичних послуг та організаційні аспекти, такі як регулювання та стандартизація медичної допомоги, координація між різними рівнями надання послуг, і загальний доступ до медичних ресурсів.

Це двозначне розуміння важливе для аналізу та вдосконалення системи охорони здоров'я в цілому, оскільки воно враховує як індивідуальні, так і колективні аспекти медичної допомоги.

Концепція оптимальної якості, яку представив Х. Вуорі (H. Vuori) в 1985 році, ґрунтується на вартості виробництва послуг і користі від них як основних визначальних факторах. Ця концепція наголошує на економічній межі для підвищення якості, доводячи, наприклад, що суворі критерії можуть призвести до значних витрат на медичну допомогу, що становитиме до 50% ВВП та може негативно вплинути на здоров'я населення через розповсюдження ятрогенних захворювань та обмеження доступу до продуктів харчування. В умовах бюджетної охорони здоров'я як споживачі та надавачі можуть прагнути до вищого рівня якості, але поняття "найкраща медична допомога" залежить від конкретних обставин [8].

З погляду пацієнта важко говорити про досконалу якість послуг, оскільки будь-яке задоволене послугою створює нову потребу у вищій якості. Це є типовою ситуацією у багатьох країнах, що призводить до різкого підвищення вартості медичного обслуговування та конфліктів між споживачами, лікарями та адміністрацією, яка повинна враховувати вартість вищої якості, яка може бути не завжди обов'язковою. Важливо розуміти, що поняття якості є відносним.

Концепція логічної якості, яку вперше висунув А. Donabedian в 1966 році, визначається релевантністю інформації та її ефективним використанням. Важливо, щоб потрібна інформація використовувалася максимально ефективно, оскільки надлишок інформації може призвести до ускладнень при ухваленні управлінських рішень, викликати випадкові помилки та збільшувати кількість уточнюючих процедур. Наприклад, збільшення частоти проведення лабораторних досліджень з 95% до 97% може не призвести до змін у лікувальній тактиці, але значно збільшить витрати на медичне обслуговування. Збір зайвої та дублюючої інформації може призводити до низької логічної якості, наприклад, якщо лабораторні дослідження проводяться лише при підозрі на конкретне захворювання, в інших випадках це може бути даремною тратою фінансових ресурсів та часу [7].

Концепція безперервного удосконалення якості, яку в 1995 році представив Дж. Едвард Демінг з групою колег, розглядає накопичення знань і навчання, а також взаємозв'язок теорії і практики.

Демінг пропонував метод вибіркового статистичного контролю якості для фахівців у Японії, використовуючи системний підхід, відомий як "Цикл Демінга" (план, виконання, перевірка, дія). Згідно з цим циклом, перший крок полягає в розробці припустимої дії для покращення роботи. Далі йде реальне виконання дії та оцінка її впровадження. Третій етап - оцінка впливу нововведення на систему. На заключному етапі приймається рішення закріпити нововведення чи стандартизувати його, або відмовитися від його впровадження [9].

Важливою умовою реалізації системного підходу є постійне накопичення знань і навчання, що визначає процес безперервного покращення роботи. Між теорією і практикою встановлюється зв'язок за допомогою вимірів, що допомагає здійснити ефективні зміни.

У системі охорони здоров'я клініцисти регулярно використовують таку модель: встановлення попереднього діагнозу, визначення очікуваного конкретного результату та подальша оцінка отриманого результату.

Серед принципів Демінга, які застосовуються в менеджменті та є основою для забезпечення якості, можна виділити наступні:

1. відсутність покарань, і контроль повинен бути лише для самого удосконалення процесів;
2. помилки розглядаються як можливість для вдосконалення;
3. безперервний контроль здійснюється самими працівниками, а не зовнішніми органами перевірки;
4. більшість працівників має бажання працювати на найкращому рівні;
5. велика частка помилок в роботі виникає через дефекти в системі, а не через помилки окремих виконавців.

За Демінгом якість на 80% залежить від системи управління і лише на

20% – від людського фактору [9].

За твердженням Дяченка В.Г., у сфері медицини 20% помилок медичного персоналу виникає через особисті якості, тоді як 80% зумовлено дефектами організаційних і медичних технологій. Він підкреслює, що сучасні методи підвищення якості повинні базуватися на співпраці з працівниками, надавати їм необхідні ресурси і відчуття власної значимості, щоб стимулювати їхню бажану покращити свою роботу. Дяченко підкреслює важливість самостійності лікарів та інших спеціалістів, вказуючи на те, що бюрократизація заважає цьому процесові.

Згідно з концепційним підходом ВООЗ до якості, більшість причин низької якості полягає в недоліках системи організації медичної допомоги, а не в окремих постачальниках медичних послуг або виробів медичного призначення.

Якщо розглядати медичну допомогу як виробничий процес і застосовувати принципи Дж. Едварда Демінга, можна виділити три основні аспекти: структурний, процесуальний та результативний, які утворюють систему якості медичної допомоги. Структура якості медичної допомоги охоплює різноманітні ресурси, які використовуються для надання медичних послуг. Якість будівель і споруд включає безпеку їх проектування і конструкцій, функціональність планування, а також належність санітарно-технічних засобів, таких як водопровід та каналізація. Забезпечення якості медичної апаратури та інструментів передбачає їхню відповідність характеру і обсягу медичних втручань, які проводяться в закладах охорони здоров'я, а також враховує справність, калібрування, безпеку експлуатації та регулярне технічне обслуговування [9].

Важливим елементом є якість фармацевтичних препаратів і витратних матеріалів, яка включає наявність дозволу на їх використання в медичній практиці, дотримання умов і термінів зберігання та інші аспекти. Також до якості структури відносять медичні технології, які використовуються в

зкладах охорони здоров'я відповідно до визначених стандартів. Ключовими факторами для забезпечення якості медичної допомоги є наявність достатньої кількості кваліфікованого медичного персоналу в ЗОЗ та його інформаційне забезпечення. Рівень кваліфікації лікарів і середнього медичного персоналу, їхня постійна підготовка та оновлення знань, а також забезпечення необхідними навичками визначають їхню здатність надавати якісну медичну допомогу пацієнтам.

Останні дані свідчать про те, що успішність медичних закладів, як складних медико-виробничих комплексів, залежить не лише від рівня фінансування, але й від якості організації та управління. Вирішальний вплив на цю якість має професійна майстерність керівників, що визначає якість структури, включаючи кваліфікаційний рівень управлінської ланки.

Дії персоналу, здійснювані через використання ресурсної бази, отримали назву процесів медичного обслуговування і подання медичної допомоги. Якість процесу визначається порядком і механізмом використання ресурсів, що гарантує адекватність застосування і належне виконання втручань відповідно до потреб пацієнта. Сюди входить дотримання технології діагностики, лікування, профілактики, а також організація взаємодії лікаря і пацієнта, різних підрозділів і служб.

Незважаючи на важливість якості ресурсів і процесів, їхній успіх втрачає сенс, якщо не досягається очікуваний результат лікування. Якість результатів є ключовим елементом в оцінці якості медичного обслуговування в цілому та якості функціонування окремих служб. Ефективність медичних втручань також залежить від психологічного аспекту - позитивного сприйняття процесу лікування пацієнтом і його задоволеності медичним обслуговуванням. Іншими словами, досягнення результативності визначається поєднанням реальної технічної якості та якості, яку пацієнт оцінює.

Модель системи якості медичної допомоги, відповідно до принципів А. Донабедіана, є вкрай складним багатовимірним об'єктом, який має багато

компонентів і характеризується динамічним внутрішнім змістом. Ця модель дозволяє врахувати як об'єктивні, так і суб'єктивні аспекти поняття якості медичної допомоги. За структурним підходом оцінюються та забезпечуються якість ресурсів, стан об'єкта, інфраструктура та організаційні форми медичної допомоги. Процесуальний підхід включає в себе методи та технології подання медичної допомоги, аспекти "технічної якості", що відображають виконання лікарем своїх функцій, а також взаємовідносини між лікарем і пацієнтом. Результативність охоплює оцінку функціонування та змін у стані здоров'я окремих пацієнтів або груп, якість життя, захворюваність, смертність населення, його трудовий потенціал, а також задоволеність споживача медичної послуги [7].

Політика і стратегія ВООЗ з приводу національних програм безперервного удосконалення якості відображені в кількох ключових документах. Люблянська Хартія (1996 р.) [10] встановлює, що будь-яка реформа охорони здоров'я повинна спрямовуватися на безперервне покращення якості медичної допомоги та підвищення її ефективності. "Здоров'я населення в Європі" (1997 р.) [14] засвідчує важливість покращення якості медичної допомоги у визначенні стратегій здоров'я для населення. "Джакартська декларація про продовження діяльності з укріплення здоров'я в 21-му столітті" (1997 р.) визначає важливість тривалої діяльності з укріплення здоров'я та покращення якості медичної допомоги. "Досягнення здоров'я для всіх у 21-ому сторіччі" (1998 р.) зосереджується на досягненнях, які сприяють здоров'ю, включаючи покращення якості медичної допомоги. "Здоров'я-21: Основи політики та досягнення здоров'я для всіх в Європейському регіоні ВООЗ" (1999 р.) [13] розглядає основні аспекти політики та досягнень, спрямованих на поліпшення якості медичної допомоги [11].

Політика безперервного удосконалення якості медичної допомоги є національною для багатьох країн, включаючи Данію, Бельгію, Словенію, Польщу, та знаходиться на стадії розробки в Угорщині, Литві та інших країнах.

Ця політика спрямована на впровадження структур, процесів і технологій, що забезпечують безперервне підвищення якості медичного обслуговування. Методи контролю оцінки, удосконалення та забезпечення якості, а також принципи управління Е.Демінга використовуються для досягнення цієї мети [7].

Основні завдання для країн-членів ВООЗ щодо поліпшення якості медичної допомоги включають [1]:

Спрямування керівництва сектором охорони здоров'я на кінцеві результати:

- співставлення результатів лікування з їх економічною ефективністю;
- визначення національного механізму безперервного моніторингу та удосконалення якості медичної допомоги, зокрема, на первинній ланці, для конкретних захворювань, таких як атеросклероз, злоякісні новоутворення, ожиріння, цукровий діабет, гіпертонія, психічні розлади, амілоїдоз, дегенеративні порушення центральної нервової системи, порушення імунної системи;
- здійснення оцінки результатів лікування, економічної ефективності та ступеня задоволеності пацієнта.

Використання критеріїв якості медичної допомоги (за концепцією Європейського бюро ВООЗ): ефективність – співвідношення витрат і результатів; економічність; адекватність – використання належних заходів, технологій і ресурсів для досягнення цілей; науково-технічний рівень; своєчасність; доступність – відсутність перешкод при отриманні медичної допомоги; достатність; репрезентативність; технологічне виконання – дотримання стандартів; безпека – мінімізація ризиків.

Врахування компонентів якості ВООЗ: кваліфікація лікаря; оптимальність використання ресурсів; ризик для пацієнтів; задоволеність пацієнта медичною допомогою.

Впровадження концепції безперервного покращення якості: розробка і впровадження механізмів для забезпечення постійного процесу підвищення якості медичної допомоги; використання новітніх технологій в медичній галузі.

Ці завдання відображають стратегічний підхід до забезпечення високої якості медичної допомоги та покращення результатів лікування, економічної ефективності та задоволеності пацієнтів [1].

1.2. Наукові дослідження проблем розвитку та державного регулювання інституту сімейної медицини

Реалізація державної політики з охорони здоров'я в Україні відбувається на основі законодавчих засад та залучає органи державної влади. Основні аспекти організаційної структури та розподілу відповідальності в цій сфері в Україні наступні. Президент України: відповідає за гарантування права громадян на охорону здоров'я; особисто чи через систему органів державної виконавчої влади визначає та реалізує державну політику охорони здоров'я. Парламент та Кабінет Міністрів України: Парламент приймає законодавство, що регулює питання охорони здоров'я; Кабінет Міністрів реалізує виконання законів та розробляє стратегії в цій галузі. Органи державної виконавчої влади: Міністерство охорони здоров'я України відіграє ключову роль у визначенні та реалізації стратегії в галузі охорони здоров'я; інші органи, такі як Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками, Національне агентство з питань запобігання корупції у сфері охорони здоров'я та інші, виконують свої функції відповідно до законодавства. Регіональні та місцеві органи влади: обласні та міські департаменти охорони здоров'я відповідають за виконання державної політики на місцевому рівні; лікарні, поліклініки, медичні установи входять до системи надання медичної допомоги на регіональному та місцевому рівні. Ця структура спрямована на забезпечення національної політики охорони здоров'я та гарантування доступу населення до якісних медичних послуг [15].

Державне управління охороною здоров'я в Україні виконується Кабінетом Міністрів України, Міністерством охорони здоров'я України та місцевими державними адміністраціями (департаменти, управління охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, відділи охорони здоров'я районних державних адміністрацій).

Кабінет Міністрів України здійснює організацію розробки та впровадження комплексних та цільових загальнодержавних програм, створює економічні, правові та організаційні механізми для підтримки ефективної діяльності в галузі охорони здоров'я, сприяє розвитку мережі медичних закладів, укладає міжурядові угоди та координує міжнародне співробітництво у сфері охорони здоров'я.

Міністерство охорони здоров'я України виступає як спеціально уповноважений центральний орган виконавчої влади в галузі охорони здоров'я. Міністерство та інші органи державної виконавчої влади розробляють програми та прогнози в галузі охорони здоров'я, встановлюють єдині науково обґрунтовані державні стандарти, критерії та вимоги для підтримки здоров'я населення, формують та розміщують державні замовлення для матеріально-технічного забезпечення галузі. Вони також здійснюють державний контроль і нагляд та виконують інші виконавчо-розпорядчі функції у галузі охорони здоров'я.

Основні напрями державної політики в охороні здоров'я визначає Верховна Рада України, закріплюючи конституційні та законодавчі основи, мети, головні завдання, принципи та пріоритети, встановлюючи обсяги бюджетного фінансування та розробляючи систему відповідних регуляторів, таких як кредитно-фінансові, податкові, митні тощо.

Основним законодавчим актом, що регулює функціонування системи охорони здоров'я України, є Основи законодавства України про охорону здоров'я, що були прийняті 19 грудня 1992 року Верховною Радою України. Цей документ визначає правові, організаційні, економічні та соціальні основи

охорони здоров'я в державі та регулює громадські відносини в цій галузі з метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних та духовних сил, високої працездатності та довголітнього активного життя громадян, а також зниження рівня захворюваності, інвалідності та смертності [16]

Визначення первинної медичної допомоги було прийнято на 23-й сесії Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) 23 травня 1970 року. Згідно з цим визначенням, служби первинної медичної допомоги є загальними службами системи охорони здоров'я, з якими населення взаємодіє при першому зверненні за медичною допомогою. Це є місцем першого контакту між населенням і системою охорони здоров'я, де здійснюються як лікувальні, так і профілактичні заходи щодо індивідів та суспільства в цілому [1; 17].

Важливість та роль інституту сімейної медицини в структурі медичних послуг підтверджують його пріоритетність світовою спільнотою у процесі забезпечення здоров'я населення, що відзначено Європейською політикою щодо досягнення здоров'я для всіх у XXI столітті (2005 р.). Цей інститут також відіграє провідну роль у реформуванні системи охорони здоров'я.

Метою діяльності будь-якої системи охорони здоров'я є збереження життя та відновлення здоров'я населення. Тому порівняльний аналіз розвитку систем охорони здоров'я різних країн є важливим методом оцінки напрямків державного управління охороною здоров'я України. Це дозволяє розробляти зважену політику у напрямку реформування системи охорони здоров'я в Україні та покращення здоров'я її населення.

На сьогодні перед державним управлінням охороною здоров'я та фахівцями первинної медичної допомоги стоїть складне завдання – вивчення та адаптація зарубіжного досвіду в застосуванні системи сімейної медицини з метою підвищення ефективності та результативності охорони громадського здоров'я в Україні. Також важливо розробити методологічні підходи для успішного впровадження системи безперервного розвитку сімейної медицини національному рівні.

В контексті розвитку ринкової економіки в Україні останніми роками заклади охорони здоров'я активно створюються підприємствами, установами і організаціями різних форм власності, а також приватними особами. Цей процес регулюється законодавством України, яке визначає порядок і умови створення медичних закладів. Також законодавством встановлюються правила ліцензування медичної та фармацевтичної практики, а також процедури державної реєстрації та акредитації медичних закладів [18, 19, 20, 21].

За висновками дослідників, таких як В. Лехан, Л. Жаліло, А. Уваренко, В. Рудий і інші, організаційно-правові принципи місцевого самоврядування в галузі охорони здоров'я територіальних громад в Україні не відповідають сучасним суспільним потребам. Головною проблемою є існуюча модель управління та фінансування інфраструктури охорони здоров'я, яку можна охарактеризувати як "утримання" закладів охорони здоров'я. Дослідники з країн Європейського Союзу та США, такі як Р. Салтман і Дж. Фігейрас, визначають цю модель як інтегровану, де управління, фінансування та власність закладів охорони здоров'я знаходяться в одних руках, а саме - в управлінській сфері органів місцевого самоврядування в Україні [22, 23, 24].

За ініціативою Європейського Союзу, Мінрегіону України та МОЗ України на території України впроваджуються нові організаційно-правові засади участі органів місцевого самоврядування у вдосконаленні управління наданням послуг у сфері охорони здоров'я на рівні окремих адміністративних округів через створення госпітальних округів. Зазначений підхід в удосконаленні місцевого самоврядування в ОТГ передбачає введення моделі, що ґрунтується на розмежуванні фінансування та діяльності закладів охорони здоров'я [25].

За цими ініціативами були внесені зміни до законодавства, які дозволяють об'єднаним територіальним громадам не лише отримувати кошти з державного бюджету на первинну медичну допомогу, але й визначати, як саме ці послуги мають надаватися. ОТГ отримали можливість незалежно чи у

співпраці створювати Центри первинної медичної допомоги, розвивати амбулаторії чи фельдшерсько-акушерські пункти, або користуватися послугами лікарів загальної практики – сімейних лікарів, які здійснюють господарську діяльність в медичній сфері як фізичні особи-підприємці [27].

Процес реформування системи державного управління охороною здоров'я в Україні повинен враховувати існуючу інфраструктуру, що склалася протягом періоду адміністративно-командної системи. В цьому контексті виділяють галузеві, міжгалузеві та регіональні засади управління системою охорони здоров'я.

Галузеве управління також має ієрархічний характер: на національному рівні воно відноситься до компетенції міністерств, а на регіональному рівні - до відповідних регіональних органів виконавчої влади. Галузеве управління визначається вертикальними відносинами прямої підпорядкованості між органами управління та об'єктами управління. Однак управлінський процес зазвичай є більш складним, оскільки об'єктами галузевого управління є різноманітні суб'єкти адміністративно-політичної, господарської та соціально-культурної діяльності, що виконують функції у сфері охорони здоров'я населення. Підприємства і установи є важливими об'єктами галузевого управління, оскільки вони призначені для виробництва продукції, надання послуг та виконання інших робіт для задоволення суспільних потреб. При цьому форма власності визначає ступінь і форму галузевого впливу, але головним критерієм для віднесення підприємства чи установи до конкретної галузі є їхня місія в контексті виробничої чи іншої видів діяльності.

У сфері охорони здоров'я галузеве управління залишається вже досить традиційним за своєю структурою та функціями. Однак ця модель не відповідає вимогам сучасної системи охорони здоров'я, яка перебуває на стадії активних реформ. Важливим аспектом є тісне взаємозв'язане галузевого управління з міжгалузевим і регіональним управліннями, що дозволяє поєднувати централізоване керівництво з ініціативністю та автономією на місцях. Такий

підхід до управління в найбільшому обсязі відповідає вимогам перехідного періоду розвитку Української держави. При обговоренні адміністративної реформи в Україні акцентується увага на тому, що концентрація сил в управлінні розвитком суспільства можлива лише за умови застосування галузевого принципу управління [25].

Міжгалузеве управління включає виконавчу та розпорядчу діяльність, яку здійснюють органи державного управління, наділені повноваженнями щодо організацій, які не підпорядковані їм в ієрархічному сенсі. Під час цього процесу забезпечується згуртованість та єдність дій у вирішенні загальнодержавних і міжгалузевих завдань.

Відмінність міжгалузевого управління в тому, що воно охоплює горизонтальні відносини, а не тільки вертикальні, забезпечуючи спільні дії для суб'єктів, які не підпорядковані один одному організаційно. У міжгалузевій взаємодії державні комітети, служби, адміністрації та інспекції відіграють роль координаторів діяльності різних галузей, забезпечуючи їхню взаємодію та спільну координацію.

Враховуючи вищезазначене, можна зробити висновок, що сучасне розуміння державного управління в системі охорони здоров'я ґрунтується на наступних принципах:

Формування державної політики на центральному рівні. Цей принцип підкреслює важливість розробки стратегічних напрямків розвитку охорони здоров'я на рівні центрального уряду. Це включає в себе розробку програм, стандартів та правових актів для регулювання галузі.

Розширення принципів децентралізації управління для більш ефективного вирішення місцевих проблем та потреб населення.

Розвиток міжгалузевого управління, що забезпечить сприяння взаємодії різних галузей та служб для забезпечення комплексного та інтегрованого підходу до охорони здоров'я.

Забезпечення чіткого механізму діяльності медичних закладів різного

рівня, що включає в себе організацію роботи закладів охорони здоров'я, які надають медичну допомогу, та удосконалення маршруту пацієнта. Мета полягає в уникненні необґрунтованих госпіталізацій та забезпеченні ефективного медичного обслуговування, використовуючи належним чином ресурси. Ці принципи спрямовані на поліпшення доступності, ефективності та якості медичної допомоги для населення.

1.3. Законодавчі основи розвитку інституту сімейної медицини в Україні

Сімейна медицина в Україні розпочала свій розвиток наприкінці існування Радянського Союзу, коли фахівці з організації охорони здоров'я отримали можливість вивчати досвід розвинених країн. У 1987 році Міністерство охорони здоров'я Української РСР розпочало експеримент у Львівській області. Відповідно до постанови ЦК КПРС і Ради Міністрів СРСР від 20.06.1988 № 764 "Про заходи щодо дальшого поліпшення охорони здоров'я населення і зміцнення матеріально-технічної бази охорони здоров'я", постанови ЦК Компартії України і Ради Міністрів УРСР від 02.08.1988 № 218 затверджено заходи, які передбачали "провести у Львівській області в 1989–1990 роках широкомасштабний експеримент з опрацювання системи організації медичної допомоги за принципом сімейного лікаря" [27].

Першими розпорядчими актами для виконання цих заходів стали наказ МОЗ УРСР від 15.09.1988 № 186 "Про заходи з подальшого поліпшення охорони здоров'я населенню і зміцнення матеріально-технічної бази охорони здоров'я" та наказ Управління охорони здоров'я Львівської обласної державної адміністрації та Львівського державного медичного інституту від 20.09.1993 "Про перехід охорони здоров'я Львівщини до надання первинної медично-санітарної допомоги населенню за принципами сімейної медицини" [28].

Початок 1989 року ознаменувався відкриттям "Поліклініки сімейної

медицини" у Дніпродзержинську, протягом 1992 року відбулось створення амбулаторії сімейних лікарів у Дрогобичі, у 1998 році почала свою діяльність перша кафедра сімейної медицини у Львові.

Термін "сімейна медицина" вперше з'явився у нормативних актах державного управління у наказі Міністерства охорони здоров'я України № 168 від 21.11.1991 "Про подальше удосконалення атестації лікарів". Цим наказом була введена спеціальність "загальна практика - сімейна медицина" до номенклатури лікарських спеціальностей. Незважаючи на те, що в наказі МОЗ України від 27.08.1993 № 193 "Про внесення змін і доповнень до наказу МОЗ України від 21.11.1991 № 168 "Про подальше удосконалення атестації лікарів" термін "сімейна медицина" був об'єднаний з загальною практикою, проте у 1995 році (наказ МОЗ України від 01.06.1995 № 97, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 31.08.1995 за № 319/855 "Про внесення змін та доповнень до наказу МОЗ України від 21.11.1991 № 168 "Про подальше удосконалення атестації лікарів"), спеціальність "сімейна медицина" було відновлено і зайняло 8-е місце у номенклатурі лікарських спеціальностей як синонім загальної практики [28].

Наказом МОЗ № 68 від 24.03.1999 "Про затвердження програми підготовки медичних кадрів для сільської місцевості" була затверджена "Програма підготовки лікарів зі спеціальності "загальна практика - сімейна медицина" і підготовки медичних кадрів для роботи в закладах охорони здоров'я в сільській місцевості".

У середині 2000 року Кабінет Міністрів України ухвалив постанову № 989 "Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я". Це рішення спрямовувалося на підвищення якості та ефективності медичних послуг, поліпшення демографічної ситуації та зміцнення здоров'я населення України. Зазначені комплексні заходи передбачали фінансування за рахунок коштів місцевих та державних бюджетів, з асигнувань, щорічно виділяються Міністерством охорони здоров'я.

У період з 2001 по 2003 роки розвиток сімейної медицини отримував фінансову підтримку з державного бюджету у розмірах від 60 до 73 мільйонів гривень щорічно [28].

Указом Президента України від 7 грудня 2000 року, № 1313, була затверджена Концепція розвитку охорони здоров'я населення України. Основною метою цієї Концепції було реалізація положень Конституції та законів України, спрямованих на забезпечення доступної кваліфікованої медичної допомоги для кожного громадянина України, впровадження ефективних механізмів фінансування та управління в галузі охорони здоров'я, а також створення умов для формування здорового способу життя.

Концепція визначала основні цілі розвитку охорони здоров'я населення України, серед яких були:

- збереження та зміцнення здоров'я населення, продовження активного довголіття і тривалості життя людей;
- створення правових, економічних та управлінських механізмів для реалізації конституційних прав громадян України на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування;
- забезпечення гарантованого рівня надання безоплатної кваліфікованої медичної допомоги у визначеному законодавством обсязі;
- формування керованого ринку платних медичних послуг, сприяння діяльності закладів охорони здоров'я всіх форм власності та створення умов для задоволення потреб населення в медичних послугах;
- ефективне використання наявних кадрових, фінансових і матеріальних ресурсів;
- солідарна участь держави, роботодавців, територіальних громад та окремих юридичних і фізичних осіб у фінансуванні послуг з надання громадянам медичної допомоги. Концепція також передбачала розвиток первинної медичної допомоги на основі сімейної медицини, створення системи забезпечення та контролю якості медичної допомоги, удосконалення порядку

акредитації закладів охорони здоров'я та атестації медичних і фармацевтичних працівників [29].

Відповідно до прийнятого у 1998 році документу Всесвітньої організації охорони здоров'я під назвою "Політика досягнення здоров'я для всіх у двадцять першому столітті", всі члени Європейського регіонального офісу ВООЗ мали розробити та впроваджувати політику забезпечення здоров'я на державному, регіональному та місцевому рівнях за підтримки відповідних міністерств та інших центральних органів виконавчої влади. Це вимагало створення Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації" на період з 2002 по 2011 рік, яка була затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 10 січня 2002 року, № 14.

Ця програма була розроблена на виконання Указу Президента України від 8 серпня 2000 року, № 963, "Про додаткові заходи щодо поліпшення медичної допомоги населенню України". Її головною метою було задоволення потреб населення в охороні його здоров'я, забезпечення прав громадян на якісну і доступну медико-санітарну допомогу, а також створення умов для формування здорового способу життя. Розробка Програми ґрунтувалася на принципах державної політики у сфері охорони здоров'я, а також на принципах, визначених ВООЗ [30]. Завданням Програми було проведення реорганізації системи охорони здоров'я в цілому, включаючи пріоритетний розвиток первинної медичної допомоги (ПМД) та відповідну раціоналізацію та оптимізацію спеціалізованої та стаціонарної допомоги.

З метою забезпечення пріоритетного розвитку ПМД на основі сімейної медицини передбачалося ряд заходів, таких як:

- завершення створення нормативно-правової бази для реорганізації ПМД на засадах сімейної медицини і реструктуризації галузі;
- розробка стандартів роботи ланок ПМД;
- коригування кваліфікаційних характеристик (професіограм) лікарів загальної практики – сімейних лікарів, медсестер та інших працівників ПМД;

- розробка положень про порядок фінансування та оплати праці працівників ланок ПМД;
- визначення фактичного навантаження лікарів та медсестер загальної практики – сімейної медицини;
- встановлення типових штатів ланок ПМД та типових табелів оснащення;
- розробка положень про реструктуризацію первинної, вторинної та третинної медико-санітарної допомоги;
- організація взаємодії ланок ПМД із закладами вторинної та третинної медико-санітарної допомоги;
- створення мережі закладів (відділень) сімейних лікарів у міській та сільській місцевості.

Окремий розділ Програми був присвячений медичній допомозі сільському населенню з урахуванням соціально-економічних, демографічних особливостей села та забезпеченню пріоритетного розвитку мережі амбулаторій у селах. Також приділялася увага забезпеченню планової цільової підготовки кадрів для сільських медичних закладів, створенню системи забезпечення якості медичної допомоги та впровадженню електронної системи зв'язку та інформаційної комп'ютерної програми "Сімейна медицина" [30].

На початку 2000-х років відбулась переорієнтація економіки на багатоукладний формат господарювання, який призвів до появи недержавних форм власності у сфері охорони здоров'я, що вимагало створення нової системи контролю якості медичної допомоги. З цією метою було розроблено Державну програму забезпечення якісного надання медичної допомоги та Програму розвитку системи стандартизації у сфері охорони здоров'я.

Головних та позаштатних спеціалістів обласних (міських) управлінь охорони здоров'я визначено як експертів за контролем якості надання медичної допомоги. Особлива увага була приділена підготовці медичних кадрів, а також реформі системи підготовки та використання медичних сестер. Проводилися

заходи для приведення додипломної і післядипломної підготовки до міжнародних стандартів, з урахуванням розвитку медичної допомоги на засадах сімейної медицини.

Проект Європейського Союзу "Первинна система охорони здоров'я та профілактики", який стартував у 2002 році, спрямовувався на апробацію нової моделі надання медичної допомоги на первинній ланці. Експеримент проводився в трьох районах, а у 2003 році розпочався ще один проект Європейського Союзу "Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні", який передбачав реорганізацію медичних закладів та перехід до фінансування за допомогою договорів про закупівлю медичних послуг, а також впровадження локальної системи соціального медичного страхування. Ці заходи спрямовані на створення ефективної системи охорони здоров'я, яка враховує сучасні умови та вимоги.

За результатами проектів, проведених у 2005 році, була проведена конференція "Автономізація постачальників медичних послуг та запровадження контрактних відносин – головні складові реформи системи охорони здоров'я в Україні". На конференції були сформовані рекомендації для української влади, які включали такі напрями:

1. Збільшення управлінської та фінансової автономії медичних закладів.
2. Запровадження довірчих відносин між платниками та постачальниками медичних послуг, включаючи систему державних закупівель медичних послуг.
3. Розробка та затвердження єдиних державних тарифів на медичні послуги.
4. Запровадження соціального медичного страхування та встановлення пріоритету первинної медико-санітарної допомоги.
5. Уніфікація клінічних протоколів та стандартів якості медичних послуг.

У 2006 році була введена система національних рахунків охорони здоров'я, яка надавала інформацію про фінансові потоки у системі охорони

здоров'я у державному та приватному секторах.

Законом України від 22 січня 2010 року № 1841-VI була затверджена Загальнодержавна програма розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року. Метою програми було забезпечення зниження рівня захворюваності, інвалідності та смертності населення, формування і налагодження ефективного функціонування системи надання доступної і високоякісної первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. Програма визначала завдання щодо підвищення рівня підготовки медичного персоналу, розробки та впровадження стандартів та критеріїв оцінки якості медичних послуг, а також удосконалення системи рейтингових показників якості роботи лікувальних закладів. Серед показників якості було обрано питому чисельність пацієнтів, які починають і закінчують лікування на рівні ПМД, показник смертності працездатного населення від неінфекційних захворювань, показник первинного виходу на інвалідність у працездатному віці, кількість деструктивних форм туберкульозу з числа вперше виявлених випадків захворювання, кількість випадків онкологічних захворювань, виявлених на пізніх стадіях [31].

У липні 2011 року було прийнято Закон України № 3611-VI «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги». Цей закон вніс низку важливих змін та доповнень до системи охорони здоров'я України. Зміни включали в себе затвердження нових розділів, таких як "Заклади охорони здоров'я", "Фінансування медичної допомоги", "Система стандартів у галузі охорони здоров'я" та інші, що дозволило систематизувати законодавство про охорону здоров'я та визначити пріоритети галузі.

Особливу увагу цей закон приділив поняттю системи стандартів у сфері охорони здоров'я, включаючи державні соціальні нормативи та галузеві стандарти, які стали обов'язковими для всіх закладів охорони здоров'я та фізичних осіб - підприємців, які провадять господарську діяльність з медичної

практики. Цим Законом також вперше на державному рівні було затверджено визначення різних видів медичної допомоги, таких як екстрена, первинна, вторинна, третинна, паліативна, медична реабілітація. Закон визначив, які види медичної допомоги надаються відповідними закладами охорони здоров'я та іншими медичними працівниками. Також Законом було закріплено, що до 31 грудня 2019 року первинну медичну допомогу надають лікарі загальної практики – сімейні лікарі та інші медичні працівники під їх керівництвом, а також лікарі-терапевти дільничні, лікарі-педіатри дільничні та інші медичні працівники під керівництвом лікарів-терапевтів дільничних і лікарів-педіатрів дільничних [32].

Згідно з вищезазначеними завданнями, у липні 2011 року Верховною Радою України був прийнятий Закон України № 3612-VI «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві». Цей закон визначав організаційні та правові засади реформування системи охорони здоров'я у пілотних областях та місті Києві. Реформа мала на меті підвищення ефективності та доступності медичного обслуговування населення.

Основні положення цього закону включали:

1. Створення мережі ЗОЗ - створення системи медичного обслуговування, яка б була структурно розділена за видами медичної допомоги. Це включало відокремлення або об'єднання закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) для задоволення потреб населення у різних рівнях медичної допомоги.

2. Створення ЦПМСД - створення та забезпечення функціонування центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги (ЦПМСД) для задоволення потреб населення у первинній медичній допомозі.

3. Розмежування видатків між місцевими бюджетами на охорону здоров'я за видами медичної допомоги. Це означало, що сторони договору про медичне обслуговування населення визначали ЦПМСД та відповідні головні розпорядники бюджетних коштів.

4. Впровадження системи індикаторів якості - впровадження системи індикаторів якості для оцінювання надання різних видів медичної допомоги.

5. Умови оплати праці працівників ЗОЗ - визначення умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я, включаючи порядок встановлення заохочувальних виплат медичним працівникам, що враховував обсяг та якість виконаної роботи.

Цей закон був чинним до 31 грудня 2014 року [33]. Відповідно до Закону України № 2168-19, прийнятого 19 жовтня 2017 року, були встановлені пріоритети та державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення. Цей закон передбачав розвиток первинної медичної допомоги (ПМД) для забезпечення населення гарантованим безоплатним пакетом медичної допомоги.

Основні положення закону встановлюють, що: ПМД є медичною допомогою, яка включає в себе консультації, діагностику, лікування різних захворювань та станів, проведення профілактичних заходів, а також надання екстреної медичної допомоги у випадках, коли пацієнт не потребує екстреної, вторинної або третинної медичної допомоги; державні фінансові гарантії надання пацієнтам медичних послуг та лікарських засобів належної якості забезпечуються за рахунок коштів Державного бюджету України; програма державних гарантій для ПМД має стартувати з 1 січня 2018 року, а для всіх видів медичної допомоги - з 1 січня 2020 року.

Виконання цього закону передбачало удосконалення системи медичного обслуговування, забезпечення населення гарантованим безоплатним пакетом медичної допомоги та встановлення чітких фінансових гарантій для пацієнтів. З метою реалізації цих завдань, було прийнято ряд підзаконних актів, таких як постанови, розпорядження Кабінету Міністрів України, накази Міністерства охорони здоров'я України, методичні рекомендації та інструктивно-методичні матеріали [19]. Проте, статті 4, 6 та 9 зазначеного закону не відповідають вимогам статті 49 Конституції України, яка гарантує кожному право на охорону

здоров'я, безоплатну медичну допомогу та медичне страхування [24]. Згідно з прийнятим законом, оплата медичних послуг та лікарських засобів для громадян передбачена за рахунок коштів Державного бюджету України лише в межах, визначених програмою медичних гарантій, яка визначає перелік та обсяг медичних послуг і лікарських засобів на відповідний рік, відповідно до умов та порядку, установлених законодавством.

Зазначено, що передача компетенцій щодо медичних послуг на рівень підзаконного регулювання суперечить вимогам статті 64 та частини першої статті 92 Конституції України [15], які визначають, що конституційні права і свободи людини і громадянина не можуть бути обмежені, а основи соціального захисту та охорони здоров'я визначаються виключно законами України. Крім того, закон не визначає конкретних обсягів фінансування, зокрема відсотків від валового внутрішнього продукту, та не визначає джерел фінансування для галузі охорони здоров'я, таких як загальнообов'язкове державне медичне страхування. Також, закон пропонує зміни до ряду законів, які можуть призвести до обмеження прав громадян у сфері охорони здоров'я, порушуючи норми статті 22 Конституції України. На думку Конституційного Суду України, вказані у рішенні від 29.05.2002 року питання щодо обмеження безоплатної медичної допомоги в державних і комунальних закладах суперечать положенням статті 3, частини третьої статті 22 та інших статей Конституції України. Зазначено, що безоплатна медична допомога, забезпечена Конституцією України, повинна надаватись усім громадянам у повному обсязі, що відповідає їхнім потребам у збереженні або відновленні здоров'я [34].

При ухваленні закону врахування вказаного рішення Конституційного Суду України та питання введення загальнообов'язкового державного медичного страхування, ґрунтованого на принципах соціальної рівності та солідарної відповідальності, не були враховані. Однак передача функцій єдиного національного замовника медичних послуг новоствореному центральному органу виконавчої влади, який забезпечує цільове використання

бюджетних коштів, не гарантує дотримання таких принципів та створює ризики вчинення корупційних правопорушень.

Також новим законом вносяться зміни до статті 16 Основ законодавства України про охорону здоров'я, які дозволяють закладам охорони здоров'я (ЗОЗ) добровільно проходити акредитацію відповідно до визначених Кабінетом Міністрів України правил. Важливо відзначити, що такі зміни можуть призвести до погіршення якості медичної допомоги, яку надають заклади охорони здоров'я.

Прикінцеві та перехідні положення Закону передбачають, зокрема, внесення змін до статті 351 Основ законодавства України про охорону здоров'я та Закону України "Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги" від 7 липня 2011 року № 3611-VI, які регулювали надання первинної медичної допомоги.

Попередня редакція Основ визначала, що ПМД надають центри первинної медичної допомоги (ЦПМСД), які є ЗОЗ, та лікарі загальної практики – сімейні лікарі, які мають власну медичну практику як фізичні особи – підприємці. Однак новий Закон передбачає, що ПМД можуть надавати будь-які ЗОЗ та фізичні особи-підприємці, які отримали відповідну ліцензію, а також лікарі загальної практики – сімейні лікарі та лікарі інших спеціальностей.

Ці нові норми несуть ризик скасування заходів, проведених під час пілотного реформування та їх розширення на всю країну, включаючи пріоритетний розвиток ПМД, чітке визначення видів медичної допомоги та навчання спеціалістів загальної практики – сімейної медицини на засадах компетентнісного підходу та розбудови мережі закладів, які надають ПМД, для ефективнішого та доступного обслуговування пацієнтів [19].

Верховна Рада 14 листопада 2017 року прийняла Закон України № 7117 "Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості". Цей закон, що входить в медичну реформу, спрямований на поліпшення доступності та якості медичної допомоги для сільського населення.

Він намічає можливість спільного вирішення невідкладних проблем сільської медицини, таких як відсутність лікарів, неадекватно обладнані амбулаторії та ФАПів [68]. Однак закон є в основному декларативним, і деякі його положення не мають чіткого юридичного вмісту, не враховують ряд конституційних норм, зокрема щодо реалізації прав громадян на безоплатну медичну допомогу, що ставиться у залежність від ухвалення програми державних гарантій медичного обслуговування. Це може призвести до ризику звуження обсягу існуючих прав і свобод, а також суперечить Конституції України, яка не допускає залежність конституційних прав громадян від прийняття нових законів чи змін до чинного законодавства.

Отже, розвиток первинної медичної допомоги в Україні є пріоритетом, що відображено в чинному законодавстві. Однак для уникнення прийняття нових нормативно-правових актів, які порушують законодавство чи можуть обмежити права громадян, такі проекти вимагають обговорення не лише з громадськістю, але й глибокого аналізу ризиків з фінансово-економічним обґрунтуванням, особливо в професійному та експертному середовищах.

На сучасному етапі, розвиток ПМД регламентується Програмою діяльності Кабінету Міністрів України [35], Стратегією сталого розвитку "Україна – 2020" [36] та Коаліційною угодою [37] у частині реформування системи охорони здоров'я. Ці документи передбачають стимулювання розвитку ПМД у 2015 році, встановлюючи високі вимоги до професійних знань та досвіду лікарів та надаючи прозорі механізми фінансової мотивації.

Також Національна Стратегія у сфері прав людини, затверджена 25.08.2015 Указом Президента, передбачає забезпечення рівного доступу до високоякісної медичної допомоги, профілактику, раннє виявлення та ефективне лікування захворювань, а також адаптацію медичної інфраструктури до потреб територіальних громад [38].

Крім того, розпорядженнями Кабінету Міністрів України від 16.03.2016 № 161-р та від 08.08.2016 № 573-р затверджено Стратегію подолання бідності

[39] і План заходів на 2016 – 2017 роки з її реалізації, спрямований, зокрема, на підвищення рівня доступу, якості та своєчасності надання медичних послуг для населення у сільській місцевості [40]. Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 1013-р схвалено Концепцію реформи фінансування системи охорони здоров'я [41], а розпорядженням Кабінету Міністрів України від 15.11.2017 № 821-р. затверджено план заходів з реалізації цього документу на період до 2020 року [42].

Метою реформи фінансування системи охорони здоров'я (СОЗ) є впровадження нової моделі фінансування, яка забезпечить чіткі та прозорі гарантії держави стосовно обсягу безоплатної медичної допомоги, поліпшить фінансовий захист громадян у разі захворювання, ефективно та справедливо розподілить публічні кошти та скоротить неформальні платежі. Ключовими цілями нової моделі є створення стимулів для поліпшення якості медичної допомоги, яку надають державні та комунальні заклади охорони здоров'я.

Нова модель фінансування ґрунтується на принципі субсидіарності, що передбачає делегування повноважень щодо фінансування СОЗ та медичної допомоги на найнижчий можливий рівень влади. Це дозволяє забезпечити доступність, адекватну якість та максимальну економічну ефективність такої допомоги, а також забезпечити необхідні ресурси.

Концепція розроблена з урахуванням міжнародного досвіду та рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ). Для забезпечення якісного медичного захисту громадян без фінансового стресу пропонується перехід до моделі державного солідарного медичного страхування. Ця модель враховує кращі сучасні практики та досвід трансформації систем охорони здоров'я, особливо в Центральній та Східній Європі.

Основним джерелом фінансування оновленої системи охорони здоров'я залишаються кошти державного бюджету України, які надходять з загальнодержавних податків. Виплати за лікування конкретної особи не

залежать від розміру її індивідуальних внесків [41]. Бюджетні кошти для фінансування медицини розподіляються за допомогою нового, сучасного механізму стратегічних закупівель медичних послуг. Державною гарантією стає гарантований державний пакет медичної допомоги, який включає первинну, спеціалізовану, високоспеціалізовану та екстрену медичну допомогу та лікарські засоби. Усі громадяни України мають право на отримання цього пакета, і вартість його послуг буде покриватися системою страхування повністю чи частково. Структура та рівень тарифів на відповідні послуги, які фінансуються з державного бюджету, підлягатимуть річному затвердженню Кабінетом Міністрів України. Послуги первинної та екстреної медичної допомоги (зокрема, у стаціонарі) повинні повністю покриватись за допомогою державного солідарного медичного страхування.

Для впровадження первинної медичної допомоги (ПМД) на основі загальних принципів сімейної медицини відповідно до законодавства України та загальнодержавних програм було розроблено та затверджено ряд підзаконних актів. Зокрема, Кабінетом Міністрів України видані постанови від 20.06.2000 № 989 "Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я", від 30.12.2013 № 977 "Деякі питання оплати праці медичних працівників, що надають первинну медичну допомогу", від 19.08.2015 № 618 "Про затвердження формули розподілу обсягу медичної субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам", а також накази МОЗ України від 08.01.2004 № 1 "Про удосконалення моніторингу первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини та уніфікації відповідної облікової медичної документації" від 28.08.2010 № 728, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29.12.2010 за № 1396/18691 "Про диспансеризацію населення".

Навпаки, деякі накази МОЗ України, які стосувалися затвердження примірних положень про лікарів загальної практики – сімейної медицини, медичних сестер та відділень загальної практики – сімейної медицини у

початку 2000-х років, були скасовані з урахуванням накопиченого досвіду, отриманого під час пілотних проектів у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві.

У 2010 році, за участю МОЗ України та Українського інституту стратегічних досліджень, були розроблені методичні рекомендації, які визначали "Критерії класифікації закладів охорони здоров'я за рівнями надання медичної допомоги" [43]. Протягом пілотного періоду 2011–2013 років МОЗ України встановило значний нормативний корпус, який регламентував надання ПМД в обраних регіонах. Зміни були внесені до наказу МОЗ України від 28.10.2002 № 385 "Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я": наказом від 20.05.2011 № 301 введено ЦПМСД.

Наказом МОЗ України 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 м. Києві» було затверджено ряд важливих документів. Ці документи включають в себе: Порядок планування та прогнозування розвитку мережі комунальних закладів охорони здоров'я у пілотних регіонах. Порядок медичного обслуговування громадян ЦПМСД. Порядок організації медичного обслуговування та направлення пацієнтів до ЗОЗ, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу. Порядок розміщення та розрахунків кількості бригад швидкої медичної допомоги. Тимчасовий типовий перелік бюджетних програм та результативних показників їх виконання для місцевих бюджетів у галузі «Охорона здоров'я».

Також були затверджені:

Примірний статут, положення про ЦПМСД. Примірні штатні нормативи та таблиць матеріально-технічного оснащення закладів ПМД. Порядок вибору

лікаря, що надає ПМД. Положення про Єдиний електронний реєстр листків непрацездатності. Примірні договори про медичне обслуговування населення. Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики. Удосконалено державну акредитацію ЗОЗ.

Переглянуто Державні санітарні норми і правила «Санітарно-протиепідемічні вимоги до закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу».

З огляду на новий розвиток охорони здоров'я та адміністративну реформу, наказом МОЗ України від 29.07.2016 № 801 було затверджено Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положення про його підрозділи. Цим наказом встановлено, що здійснення матеріально-технічного, фінансового забезпечення, виконання господарської функції центру може здійснюватися виконавчим органом ОТГ [20]. Проте, після завершення пілотного проекту не відбувся належний аналіз його результатів, досягнень та помилок. Відсутність системного підходу та послідовної державної політики у проведенні реформ у сфері охорони здоров'я сьогодні, а також фрагментарне скасування наявної нормативно-правової бази без впровадження нових механізмів для реалізації заявлених змін, створює ризик зниження якості надання медичної допомоги населенню. Цей досвід має важливе значення для України у формуванні власної політики розвитку первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини, оскільки він не лише враховує успішний міжнародний досвід, але й віддзеркалює внутрішні особливості країни, такі як географічні, соціально-економічні, демографічні та культурні, для забезпечення населення високоякісною медичною допомогою.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ РОЗБУДОВИ ІНСТИТУТУ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ

2.1. Особливості ресурсного забезпечення первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини в Україні

Стан функціонування сфери охорони здоров'я в Україні є важливим компонентом соціальної безпеки країни. Соціальна безпека в галузі охорони здоров'я визначається рівнем захищеності інтересів особи у забезпеченні гарантованої якісної та доступної медичної допомоги всьому населенню України. Це має на меті уникнення передчасної смертності, втрати працездатності та необхідності в позаплановому догляді. У розвинених країнах ЄС це досягається через акцент на розвиток первинної медичної допомоги на основі сімейної практики та впровадження загального та приватного медичного страхування. Соціальна безпека в охороні здоров'я розглядається на різних рівнях: на рівні громадян, районів з відповідальністю ЗОЗ, відділів та управлінь охорони здоров'я, а також на загальнодержавному рівні, з урахуванням відповідальності МОЗ України та Кабінету Міністрів України.

Україна стикається з проблемою недостатнього розвитку та фінансування базового елемента соціальної безпеки в охороні здоров'я - первинної медичної допомоги. Це стає основною системною трудностю в цій сфері. Ситуація у сфері соціальної безпеки в охороні здоров'я України характеризується недостатньою спроможністю медичної галузі в сучасних умовах забезпечувати якісну та доступну допомогу всім верствам населення.

Більшість громадян вважає себе бідними, і будь-яке звернення за медичною допомогою, враховуючи неформальні платежі, може спричинити значні витрати для громадян. Існує інституційна несумісність інфраструктури охорони здоров'я з європейськими стандартами, зокрема щодо пріоритетного

розвитку первинної медичної допомоги на основі сімейної медицини [44].

За висновками Парламентських слухань щодо реформи охорони здоров'я в Україні, які були затверджені Верховною Радою України постановою від 21 квітня 2016 року № 1338-VIII, на даний момент Україна має один із найнижчих показників стану здоров'я громадян серед європейських країн. У рейтингу здоров'я громадян світу, складеному Агентством Bloomberg у 2013 році, Україна зайняла 99-те місце серед 145 країн (після країн пострадянського простору, таких як Грузія, Вірменія, Латвія, Литва, Таджикистан, Узбекистан) [45].

Ситуацію ускладнює відсутність свідомого ставлення громадян до необхідності приділяти увагу веденню здорового способу життя. Нерозсудливе харчування, використання низькоякісної води, відсутність фізичної активності через ігнорування занять спортом, алкоголь, куріння та інші шкідливі звички для багатьох українців стають нормою. При цьому система охорони здоров'я акцентує увагу переважно на лікуванні і практично не приділяє уваги профілактиці захворювань.

Негативний вплив дефіциту фінансування системи охорони здоров'я (СОЗ) в сфері охорони здоров'я поглиблюється через вкрай неефективне використання доступних коштів. Це викликано застарілою моделлю фінансування, де обсяг фінансування залежить від потужності закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), а не від обсягу, виду та якості наданої медичної допомоги. У результаті значна частина фінансових ресурсів, виділених для охорони здоров'я, витрачається на утримання персоналу та оплату комунальних послуг, залишаючи обмежені ресурси для придбання лікарських засобів, обладнання та модернізації інфраструктури. Зокрема, із загальних суспільних витрат на лікарні (загального профілю та спеціалізовані), 63,5% спрямовано на оплату праці, 8,1% – на комунальні платежі, 16,2% – на прямі витрати на виробництво послуг, та 12,2% – на інші витрати. Таким чином, основна частина суспільних коштів спрямовується на фінансування людського капіталу та комунальні

витрати [45].

Українська медична спільнота стикається з низьким рівнем заробітної плати, що суттєво відстає від середнього рівня в інших галузях економіки (менше, ніж в 1,5-2 рази). Дослідження, спрямоване на вивчення проблеми оплати праці та мотивації медичних працівників в Україні, з точки зору можливостей і обмежень стимулюючих механізмів для підвищення заробітної плати та покращення результатів та якості медичної допомоги, не проводилося. Для сфери охорони здоров'я України ця проблема є особливо актуальною, особливо в контексті реформування галузі. Недооцінка кадрових ресурсів, застарілі механізми управління та відсутність стимулів до високоефективної праці призвели до сучасного стану системи. В Концепції управління якістю медичної допомоги в охороні здоров'я до 2020 року [46], однією з основних проблем визначено відсутність економічної мотивації для поліпшення діяльності медичних працівників. Впровадження економічної мотивації, пов'язаної із зміною системи оплати праці в залежності від обсягу та якості медичної допомоги, може сприяти створенню значущого мотиваційного фактора для самої професії лікаря. За інформацією МОЗ України, галузь охорони здоров'я має невтішний рейтинг за рівнем середньомісячної зарплати, що стало стабільною тенденцією в порівнянні з іншими галузями економіки.

Уряд визначив фінансові гарантії для медичних працівників на 2023 рік, встановивши мінімальну зарплату для лікарів, фармацевтів та фахівців з реабілітації на рівні не менше 20 000 гривень, а для медичних сестер/братів – не менше 13 500 гривень за повний робочий день. Ці гарантії поширюватимуться на медичні заклади, які мають договори із Національною службою здоров'я України за Програмою медичних гарантій.

Фінансові гарантії також передбачають, що фонд оплати праці цих закладів не повинен перевищувати 85% грошового доходу, отриманого у поточному місяці, із врахуванням накопичених залишків.

Для лікарів «первинки» та медичних сестер важливо укласти мінімум

70% декларацій з пацієнтами для отримання вказаних зарплатних стандартів.

Міністр охорони здоров'я Віктор Ляшко зауважив, що уряд встановив лише мінімальний рівень оплати, і керівники закладів можуть додатково преміювати працівників, враховуючи складність та відповідальність роботи, кваліфікацію та результати праці.

Зазначений рівень оплати не є жорстким і може бути збільшений керівниками медичних закладів, забезпечуючи гідні умови праці для медичного персоналу та залишаючи кошти на розвиток закладу. Ляшко також вказав на важливість ефективного розподілу бюджету та управління коштами в лікарнях, де важливо спрямовувати 70-85% бюджету на фонд заробітної плати та залишати ресурси на закупівлю медикаментів і розвиток закладу [47].

Зміни, внесені до законодавства (зокрема, статті 95 Кодексу законів про працю України та статті 3 Закону України «Про оплату праці»), призвели до порушення міжпосадових (міжкваліфікаційних) співвідношень у розмірі оплати кваліфікованої і некваліфікованої праці працівників бюджетної сфери в Україні. Це означає, що некваліфіковані працівники (прибиральниці, сторожі, двірники) та кваліфікований персонал (лікарі, медичні сестри, фельдшери, юрисконсультанти, економісти, бухгалтери) можуть отримувати практично однакову заробітну плату.

МОЗ України пропонує кілька шляхів виходу з цієї ситуації. По-перше, забезпечення диференціації оплати через надбавки, які можуть фінансуватися як з державного бюджету, так і місцевого. По-друге, використання можливостей для автономії в плануванні штату працівників закладів охорони здоров'я, плануванні фонду оплати праці відповідно до постанови Кабінету Міністрів України. Це передбачає перехід на спрощену систему планування бюджету, що дозволяє медичним закладам мати більше автономії у встановленні рівнів заробітної плати та забезпечення її диференціації [48].

Постановою Кабінету Міністрів України від 13.12.2013 № 977 «Деякі питання оплати праці медичних працівників, що надають первинну медичну

допомогу» затверджено Порядок формування фонду оплати праці медичних працівників, що надають первинну медичну допомогу, та Порядок встановлення надбавок за обсяг та якість виконаної роботи. Ці порядки передбачають розрахунок фонду оплати праці в залежності від чисельності прикріпленого населення та нормативів навантаження на лікарів і медичних сестер. Механізм встановлення надбавок коригується з урахуванням фактичної чисельності та віково-статевої структури прикріпленого населення [49]. Ці заходи спрямовані на збереження диференціації в оплаті праці та вирішення проблем, що виникли внаслідок змін у законодавстві.

При цьому, постановою передбачено, що виплати, встановлені працівникам, здійснюються за умови забезпечення у повному обсязі бюджетними коштами обов'язкових виплат із заробітної плати працівникам. Проте моніторинг показав, що стимулюючі виплати в Україні здійснюються нерегулярно через відсутність відведених асигнувань у Державному бюджеті. Бюджетне фінансування галузі виявилось недостатнім, тому положення Постанови залишаються лише декларативними.

Реформування системи охорони здоров'я (СОЗ) України потребує аналізу ресурсного забезпечення галузі, з урахуванням потенціалу не тільки Міністерства охорони здоров'я України, але й усіх міністерств, відомств та приватного сектору медицини. Інвентаризація усіх закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) у 2008 році, незалежно від їхнього відомчого підпорядкування, показала важливі результати. Зокрема, виявлено, що при населенні в 46 мільйонів громадян державні кошти розподілялися на 52 мільйони громадян. Це призводило до нерівномірного виділення коштів та створювало нерівність у медичному обслуговуванні пацієнтів [50].

В 2022 році Україна стикнулася з викликами, пов'язаними з повномасштабним російським вторгненням на нашу територію. Ця ситуація суттєво вплинула на виконання та формування Державного бюджету України. За прогнозами Національного банку України, ВВП країни зменшилося на

30,3%, а Індекс споживчих цін зріс на 26,6%. Ці показники стали визначальними для економічного становища країни.

Уряд України в умовах воєнного конфлікту зосереджує увагу на кількох основних пріоритетах у бюджетній сфері:

Забезпечення безпеки та оборони. У зв'язку з військовим конфліктом велика увага приділяється фінансуванню сектору безпеки та оборони для забезпечення національної безпеки та обороноздатності країни.

Соціальні стандарти та державна допомога. Уряд прагне утримати соціальні стандарти на достатньому рівні та надавати державну допомогу тим, хто зазнав втрат та потребує підтримки через воєнний конфлікт.

Охорона здоров'я та освіта. Необхідним є уникнення різкого недофінансування сфери охорони здоров'я та освіти, щоб забезпечити нормальне функціонування цих галузей в умовах воєнного конфлікту.

Всі ці заходи були спрямовані на забезпечення стабільності та захисту національних інтересів в умовах важких викликів, що виникли внаслідок російського військового вторгнення.

Фінансування з державного бюджету України спрямовується на різні сфери медичної допомоги. Основні напрями включають в себе:

Військова медицина: з бюджету виділяються кошти для чотирьох структур, а саме Міністерства внутрішніх справ України, Міністерства оборони України, Служби безпеки України та Державної прикордонної служби України. Окремі кошти були призначені на медичне обслуговування прикріпленого контингенту, і сума становила понад 1,8 мільярда гривень.

Відомча медицина: Державне управління справами, Міністерство інфраструктури України та Національна академія наук України, отримують фінансування для медичного обслуговування прикріпленого контингенту.

Наукові установи Національної академії медичних наук України: фінансові ресурси спрямовуються на медичне обслуговування прикріпленого контингенту в цих наукових установах.

Цивільна медицина: медичні заклади Міністерства охорони здоров'я України та комунальні заклади охорони здоров'я також отримують значні. Однак важливим аспектом є те, що відомчі заклади охорони здоров'я не надають медичної допомоги неприкріпленому населенню, що може створювати нерівності у доступі до медичних послуг для громадян. Розвиток первинної медичної допомоги також реалізується за залишковим принципом, що може впливати на загальну ефективність системи охорони здоров'я.

Таблиця 2.1.

Питома вага лікарів загальної практики сімейної медицини у деяких зарубіжних країнах

Країна	Питома вага лікарів ЗПСМ, %
США	39,2
Канада	67
Португалія	51,1
Франція	50,44
Албанія	43,37
Бельгія	38,19
Туреччина	33,2
Румунія	28,6
Грузія	22,9
Італія	18,5
Молдова	18,5
Німеччина	17,2
Україна	7,3

**Джерело: складено автором за [51].*

Стан системи охорони здоров'я України на початку 2022 року відображав вплив не лише пандемії COVID-19, але й ситуації, пов'язано з воєнним вторгненням. Система охорони здоров'я ще не повністю відновилася внаслідок пандемії COVID-19. Зафіксовано істотне зниження її спроможності виконувати функції через безпекові ризики, логістичні труднощі, тимчасовий кадровий

дефіцит та зміни в настроях громадян. З квітня 2022 року система охорони здоров'я стикалася з викликами повномасштабної війни, що вимагала від неї адаптації до нових умов та стрімкого відновлення функціональності. Однак СОЗ не зазнала повного колапсу, і вона відновила свою функціональність у травні. Обслуговано понад 34 мільйони звернень громадян при населенні близько 39,3 мільйони осіб. Використання послуг первинної медичної допомоги (ПМД) оцінювалося на рівні 75%, що свідчить про високий рівень доступності до таких послуг. Систематичні атаки на енергетичну інфраструктуру мали невеликий вплив на здатність системи надавати медичні послуги, як свідчить стабільність кількості звернень [51].

Доступність лікарських засобів в Україні впродовж року залишалась обмеженою однак, у 2022 році погашено понад 10 мільйонів рецептів за програмою "Доступні ліки". Проте, програмою реімбурсації охоплено лише до 3% отриманих рецептів. План закупівель ліків виконано на 94% запланованого переліку ліків на суму 7,2 мільярда гривень. За деякими програмами (наприклад, "Інфекційні захворювання, що супроводжуються високим рівнем летальності") виконано лише 66,7%. Україна отримала гуманітарну допомогу у вигляді лікарських засобів на суму майже 13 мільярдів гривень. Загальний обсяг споживання ліків, вартість яких підлягає відшкодуванню, у 2022 році зменшився у грошовому вимірі та у натуральному. З бюджету відшкодовано лікарських засобів на суму 7,65 мільярда гривень. В період з лютого по вересень спостерігали прострочення платежів, але ситуація стабілізувалася до кінця року.

У той час, коли можливість отримання лікарських засобів обмежена залежно від регіону та конкретних нозологій, варто відзначити декілька ключових аспектів:

Фінансування медичних гарантій. За інформацією від МОЗ України, програма медичних гарантій у 2022 році отримала рекордне фінансування в розмірі 157 мільярдів гривень. Проте, в цій сумі відбулася економія бюджетних

коштів у розмірі близько 4,6 мільярда гривень, включаючи програму "Доступні ліки".

Стан медичної інфраструктури. Медична інфраструктура України серйозно постраждала внаслідок вторгнення, з пошкодженням 1218 об'єктів у закладах охорони здоров'я, включаючи 540 лікарень. Згідно з оцінками Світового банку, сфері охорони здоров'я завдано значні збитки на суму понад 1 мільярда доларів США.

Кількість медпрацівників та їхнє переміщення. Зараз у країні зареєстровано 2,2 тис. закладів, що надають медичні послуги, з комунальною формою власності на першому місці. Зареєстровано понад 325 тис. медичних працівників, при цьому 30 тис. з них приєдналися до Збройних Сил України або стали волонтерами, а 2,3 тис. виїхали за кордон.

Щеплення проти COVID-19. Незважаючи на бойові дії, у 2022 році продовжувалася вакцинація проти COVID-19, і за цей період було проведено майже 4,5 мільйона щеплень.

Всі ці фактори відображають складну ситуацію в охороні здоров'я України, де кризові обставини значно ускладнюють здатність надавати якісні медичні послуги [52].

Потребує також вирішення проблема кадрового забезпечення медичної галузі. 1 січня 2017 року набув чинності Закон України № 1662-VIII «Про внесення змін до Закону України «Про вищу освіту», який був прийнятий Верховною Радою України 6 жовтня 2016 року. Ці законодавчі зміни спрямовані на приведення нормативно-правових актів у відповідність до Конституції України, особливо в частині гарантування прав громадян на працю за власним вибором, а також забезпечення безоплатної вищої освіти у державних і комунальних навчальних закладах.

Цей Закон скасував обов'язкове відпрацювання для випускників вищих навчальних закладів, які отримували державне замовлення. Тепер випускники мають вільний вибір місця праці (за винятком військових), і вищі навчальні

заклади не зобов'язані здійснювати працевлаштування випускників.

Проте, в разі відсутності заходів від Уряду для забезпечення мотиваційних механізмів для лікарів загальної практики – сімейної медицини, можна прогнозувати негативний вплив на кадрове забезпечення медичними працівниками закладів первинної медичної допомоги [53].

У таких умовах виникає система соціально-економічних ризиків як для громадян, так і для суспільства в цілому. Серед найважливіших ризиків варто відзначити значні втрати виробництва ВВП через високу смертність в працездатному віці, недоцільність діяльності лікарів із великою ймовірністю отримання медичної допомоги від некваліфікованих медичних працівників, великі втрати часу пацієнтів, нерівномірне фінансування системи охорони здоров'я у різних регіонах та інші аспекти. Також виникає проблема низької медичної культури, опору змінам у медичному персоналі та відсутність відповідальності за власне здоров'я громадян.

Враховуючи пріоритети розвитку системи охорони здоров'я на основі загальноприйнятих міжнародних стандартів, ключові напрями забезпечення соціальної безпеки у сфері охорони здоров'я повинні включати:

- прискорення структурних змін на основі пріоритетного розвитку первинної медичної допомоги (ПМД) та відповідне фінансування (активна реорганізація системи охорони здоров'я з фокусом на розвиток первинної медичної допомоги та забезпечення необхідних фінансових ресурсів для цього напряму);

- детінізація галузі через впровадження обов'язкового державного страхування та підтримку розширення приватних форм надання медичної допомоги (зменшення залежності системи від державного фінансування та створення додаткових можливостей для громадян отримувати медичні послуги);

- запровадження ефективного контролю якості медичної допомоги (впровадження системи оцінки та контролю якості, що гарантує надання

високоякісних медичних послуг та відповідає вимогам міжнародних стандартів).

2.2. Стан нормативно-правового регулювання якості надання медичної допомоги на первинному рівні

Здоров'я, як найвища цінність, впливає на економіку та духовний розвиток суспільства, виступаючи як складова національного багатства. Тому кожна країна має пріоритетним завданням охорону, утримання та поліпшення здоров'я свого населення. Конституція України служить основою для подальших нормативно-правових актів, визначаючи право на охорону здоров'я, медичну допомогу та страхування у статті 49.

«Кожен має право на доступність якісного медичного обслуговування на основі специфікації і в точній відповідності до стандартів» (Європейська хартія прав пацієнтів, стаття 8. Право на дотримання стандартів якості) [14]. «Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування» (Конституція України, ч. 1 стаття 49) [15]; «Фізична особа має право на надання їй медичної допомоги» (ч. 1 статті 284 Цивільного кодексу України) [54].

Основні аспекти фінансування, планування та ефективності первинної медичної допомоги залежать від нормативно-правових механізмів. Наразі система охорони здоров'я регламентується Основами законодавства України про охорону здоров'я від 19 листопада 1992 року, які визначають принципи функціонування галузі. У ст. 6 Основ законодавства України про охорону здоров'я передбачено право на кваліфіковану медичну допомогу, включаючи вільний вибір лікаря, вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій і закладу охорони здоров'я [32].

Хоча закон пройшов кілька змін з часу прийняття, у ньому відсутні визначення та принципи сімейної медицини. Закон України «Про державні

фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19 жовтня 2017 року встановлює фінансові гарантії та відповідальність держави за надання медичних послуг.

Доступ до медичної допомоги представляє собою можливість кожного пацієнта використовувати свої права на отримання медичної допомоги, відповідно до його потреб, на основі принципів рівності та справедливості, відповідно до чинного законодавства. Надання медичної допомоги хворому відповідно до професійних стандартів, а також виконання своїх обов'язків медичними та фармацевтичними працівниками є обов'язковими, і неналежне їх виконання може призвести до наслідків у вигляді штрафів або обмеження волі, як передбачено законодавством (Кримінальний кодекс України, статті 139, 140) [55].

Згідно із Законом України «Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року», передбачено проведення ряду заходів для удосконалення сфери медичної практики у сфері загальної практики – сімейної медицини. Серед них важливими є ліцензування господарської діяльності. Закон передбачає удосконалення порядку ліцензування господарської діяльності в сфері медичної практики за спеціальністю «загальна практика – сімейна медицина». Це спрямовано на забезпечення високих стандартів та якості медичних послуг.

Що стосується державної акредитації закладів охорони здоров'я, то Закон визначає необхідність державної акредитації медичних закладів. Це сприяє контролю та забезпеченню відповідності закладів встановленим стандартам та нормам у сфері сімейної медицини. Крім того, Законом передбачено розробку стандартів первинної медико-санітарної допомоги та критеріїв для оцінки її якості. Це сприяє створенню єдиної системи оцінки та підвищенню якості надання послуг у сімейній медицині. Закон також передбачає удосконалення системи рейтингових показників, які визначають якість роботи лікувальних

закладів у сфері сімейної медицини, та систематизацію цих показників. Ці заходи спрямовані на покращення управління та надання якісних медичних послуг сімейними лікарями [31].

Необхідність власного закону для сімейної медицини визнається більшістю науковців. Проект Закону України №6634, зареєстрований у Верховній Раді, визначає основи функціонування та розвитку сімейної медицини. Прийняття цього проекту сприятиме поліпшенню якості первинної медичної допомоги, доступності послуг та розвитку цієї галузі.

Загальна висновок полягає в тому, що для ефективного розвитку сімейної медицини необхідні правові, організаційні, економічні та соціальні засади. Це дозволить забезпечити постійний медичний нагляд та опіку, сприятиме покращенню якості життя та зменшенню захворюваності, інвалідності та смертності серед населення. Система охорони здоров'я потребує негайного завершення реформ та приведення до відповідності міжнародним стандартам.

Концепція управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року, яку затверджено наказом МОЗ України від 01.08.2011 № 454, визначає стратегічні підходи до забезпечення якості медичних послуг. Цей документ відіграє важливу роль у внутрішньому регулюванні питань забезпечення ЯМД в Україні. Однією з ключових мет цієї концепції є захист інтересів пацієнта щодо отримання якісної медичної допомоги.

Посеред конкретних завдань реалізації Концепції виділяється створення ефективної системи стандартизації медичних послуг. Це вказує на важливість впровадження єдиної системи стандартів, яка визначатиме якість та надання медичних послуг відповідно до встановлених критеріїв. Такий підхід сприяє підвищенню рівня якості медичної допомоги та створенню умов для забезпечення оптимального рівня здоров'я населення [56].

Система стандартів у сфері охорони здоров'я включає державні соціальні нормативи та галузеві стандарти.

Державні соціальні нормативи у сфері охорони здоров'я регламентовані згідно з Законом України "Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії". Відповідно до статті 11 цього Закону визначаються Державні соціальні нормативи у сфері охорони здоров'я, які охоплюють:

- перелік та обсяг гарантованого рівня медичної допомоги для громадян у державних і комунальних закладах охорони здоров'я;
- нормативи надання медичної допомоги, включаючи обсяг діагностичних, лікувальних та профілактичних процедур;
- показники якості надання медичної допомоги;
- нормативи пільгового забезпечення окремих категорій населення лікарськими засобами та іншими спеціальними засобами;
- нормативи забезпечення стаціонарною медичною допомогою;
- нормативи забезпечення медикаментами державних і комунальних закладів охорони здоров'я;
- нормативи санаторно-курортного забезпечення;
- нормативи забезпечення харчуванням у державних і комунальних закладах охорони здоров'я [56].

Галузеві стандарти у сфері охорони здоров'я, відповідно до Основ законодавства України про охорону здоров'я, включають такі категорії:

Стандарт медичної допомоги (медичний стандарт) як сукупність норм, правил, і нормативів, а також показників (індикаторів) якості надання медичної допомоги відповідного виду; він розробляється з урахуванням можливостей системи охорони здоров'я конкретної країни на основі принципів доказової медицини або даних про найкращу медичну практику.

Клінічний протокол - документ, що визначає стандартні процедури та підходи до діагностики та лікування конкретних медичних станів чи захворювань; клінічні протоколи також ґрунтуються на доказовій медицині та сприяють уніфікації підходів до надання медичної допомоги.

Табель матеріально-технічного оснащення - документ, що визначає

перелік та обсяг необхідного обладнання та матеріалів для забезпечення надання медичної допомоги в конкретному закладі охорони здоров'я.

Лікарський формуляр - це перелік лікарських засобів, які рекомендується для використання в конкретному медичному закладі чи при наданні конкретних медичних послуг.

Ці галузеві стандарти розробляються та затверджуються центральним органом виконавчої влади, що відповідає за формування державної політики у сфері охорони здоров'я. Додержання цих стандартів є обов'язковим для всіх закладів охорони здоров'я та фізичних осіб - підприємців, які займаються медичною практикою.

Згідно з уніфікованою методикою, що була затверджена наказами Міністерства охорони здоров'я та Академії медичних наук України від 19.02.2009 № 102/18 та від 03.11.2009 № 798/75, передбачено створення та впровадження на різних рівнях системи охорони здоров'я різних видів документів, як-то: клінічні настанови, які надають конкретні рекомендації щодо діагностики та лікування різних медичних станів чи хвороб на державному рівні; уніфіковані клінічні протоколи медичної допомоги, які стандартизують процедури та методи надання медичної допомоги для конкретних хвороб чи станів та базуються на доказовій медицині; локальні протоколи медичної допомоги (клінічні маршрути пацієнта), які можуть бути розроблені на регіональному рівні і враховувати конкретні особливості та ресурси в межах конкретного медичного закладу чи регіону. Ці документи мають ґрунтуватися на принципах доказової медицини, що включає в себе вивчення, порівняння та аналіз найкращих наукових даних для забезпечення оптимальної медичної практики [57].

Система стандартизації в Україні, яка була впроваджена з 2011 року, відзначається наступними особливостями. Введення трьох нових типів документів - клінічні настанови, медичні стандарти та клінічні протоколи сприяє стандартизації та оптимізації медичної практики. Розробка клінічних

протоколів та медичних стандартів базується на принципах доказової медицини, використовуючи клінічні рекомендації як третинне джерело доказової медицини. Документи розробляються за темами (наприклад, "Артеріальна гіпертензія", "Ішемічний інсульт"), а не за медичною спеціальністю, що сприяє зручності та цільовому використанню. Розробка медико-технологічних документів включає участь представників усіх зацікавлених спеціальностей у мультидисциплінарних групах, що сприяє широкому огляду та комплексному розгляду питань. Уніфіковані клінічні протоколи, як правило, є національними документами, що регламентують надання медичної допомоги на різних етапах відповідного виду медичної допомоги.

Ці нововведення спрямовані на покращення системи надання медичної допомоги, забезпечення її якості та стандартизації заходів, що впливають на різні аспекти медичної практики. Окрім цього, розробляються протоколи надання первинної медичної допомоги, використовуючи підхід за синдромами. Клінічні рекомендації формуються на підставі конкретних методів і призначені для сприяння лікарю та пацієнту при ухваленні рішень про раціональне медичне втручання в різноманітних клінічних сценаріях. Створені документи підлягають регулярному оновленню і проходять стадію громадського обговорення. Основна увага приділяється уніфікованим клінічним протоколам і медичним стандартам, які включають показники якості для оцінки наданої медичної допомоги за певний період у конкретному медичному закладі, регіоні чи в системі охорони здоров'я України.

Згідно з вимогами наказу МОЗ України від 28.09.2012 № 751, на сьогодні існує 79 наказів, затверджених МОЗ України, які включають 93 адаптовані клінічні настанови, рекомендовані як джерела найкращої клінічної практики, 5 стандартів медичної допомоги, 123 уніфіковані клінічні протоколи медичної допомоги, 22 протоколи медичної сестри (фельдшера, акушерки) і 36 протоколів провізора (фармацевта) [58].

Розробка локальних протоколів медичної допомоги сімейними лікарями на основі доказової медицини є ключовим етапом у забезпеченні високої якості, доступності та ефективності надання медичних послуг, що відповідає вимогам медико-технологічних документів, схвалених МОЗ України. Методологічні підходи до цього процесу надані у Методичному посібнику для керівників Центру первинної медико-санітарної допомоги та сімейних лікарів [59].

Локальні протоколи медичної допомоги (ЛПМД) формуються на основі Уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги (УКПМД), що розробляється на підставі клінічної настанови з урахуванням можливостей системи охорони здоров'я. УКПМД визначає процес та результати надання медичної допомоги для конкретного захворювання чи клінічної ситуації, охоплюючи всі види медичної допомоги. Він спрямований на забезпечення єдності лікувально-діагностичного процесу та взаємодії в наданні медичної допомоги різними медичними установами.

На відміну від ЛПМД, УКПМД не враховує особливостей конкретних закладів охорони здоров'я, таких як матеріально-технічні умови чи організаційно-технологічні підходи, і регламентує загальний процес надання медичної допомоги. Обсяги медичної допомоги мають бути взаємообумовленими між різними закладами таким чином, щоб вони враховували вимоги УКПМД та не порушували їх. Розмежування цих обсягів виконується з урахуванням колегіальних рішень, щоб кожен керівник медичного закладу знав межі своєї компетенції.

Локальні протоколи медичної допомоги розробляються з урахуванням конкретних умов кожного закладу, зокрема матеріально-технічних можливостей та організаційно-технологічних підходів. До них додається клінічний маршрут пацієнта, який визначає алгоритм руху пацієнта в амбулаторії чи інших пунктах медичного обслуговування. Розробка ЛПМД вимагає створення робочої групи, яка включає представників різних сфер, таких як керівник амбулаторії, лікарі, представники страхових компаній та інші

зацікавлені особи.

ЛПМД також детально описує виконання конкретних заходів, вказуючи відповідальних лікарів або медичний персонал, клінічні індикатори якості та інші аспекти. Важливо враховувати ресурсні можливості амбулаторії при розробці ЛПМД. Остаточне затвердження ЛПМД проводиться структурним підрозділом органу місцевого самоврядування з питань охорони здоров'я, що дозволяє врахувати місцеві особливості та взаємодію з іншими закладами в обсязі та строках, визначених УКПМД [59].

За здійсненням поточного контролю за повнотою та адекватністю відображення Уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги (УКПМД) в Локальних протоколах медичної допомоги (ЛПМД) відповідають структурні підрозділи з питань охорони здоров'я обласних і Київської міської державних адміністрацій. Оцінка ЛПМД проводиться в контексті його відображення, виконання, результативності та впливу на стан здоров'я пацієнтів, включаючи використання інформаційних технологій.

В рамках кожного ЛПМД обов'язково визначаються індикатори якості медичної допомоги. Ці індикатори є показниками, за якими можливо оцінювати якість медичної допомоги, наданої відповідно до конкретного ЛПМД. Індикатори мають відповідати певним критеріям: важливість; випереджальний характер; кількісне вираження; розрахунок.

Формулярна система представляє собою новий етап вирішення проблем раціонального використання ліків та має стати складовою частиною державної політики у сфері обігу медикаментів. Вона включає ряд складових, таких як формулярна комісія, формуляр (список ліків), стандарти якості лікування та програма оцінки використання ліків. Основною метою формулярної системи є забезпечення якісного лікування пацієнтів, ґрунтуючись на розробці раціональних методів фармакотерапії для поширених захворювань.

Ключові компоненти формулярної системи включають формулярну комісію, яка відповідає за визначення та розробку проблемно-орієнтованих

методів фармакотерапії, формуляр – обмежений список ліків, стандарти якості лікування та програму оцінки використання ліків. Формуляр базується на міжнародних та національних стандартах лікування та використовує доказовий підхід до раціональної фармакотерапії, а також враховує дані досліджень щодо споживання ліків та вартості лікування різних захворювань.

Формуляр має обмежуючий характер, сприяючи використанню лише тих ліків, які входять до його складу. Це призводить до скорочення номенклатури ліків, підвищення терапевтичної ефективності та спрощення процесу лікарського забезпечення. На рівні міста (області) передбачається створення формулярного терапевтичного комітету, який відповідає за розробку обмеженого списку ліків для використання та закупівель місцевими лікувальними установами. Ідеально такий список формується на основі аналізу структури захворюваності з урахуванням регіональних особливостей. Після схвалення формулярним комітетом він стає обов'язковим для використання. Формулярний список регулярно переглядається не рідше одного разу на рік.

Нагальною формою системи є багаторівнева структура, яка функціонує на центральному, регіональному та місцевому рівнях, забезпечуючи ефективність і взаємодію на всіх рівнях охорони здоров'я [6].

Табель матеріально-технічного оснащення – це документ, який встановлює мінімальний перелік обладнання, устаткування та засобів, необхідних для комплектації конкретного типу закладу охорони здоров'я (ЗОЗ) або його підрозділу. Також, цей табель враховує необхідність для забезпечення діяльності фізичних осіб-підприємців, які займаються медичною практикою в певних спеціальностях. Примірний табель матеріально-технічного оснащення центру первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) та його підрозділів було затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України від 27 грудня 2013 року під номером 1150.

Для оцінки якості медичної допомоги (ЯМД) в будь-якому ЗОЗ важливо отримати первинну інформацію. Існуючі методи медико-соціологічного

дослідження використовуються для збору необхідної інформації та прийняття рішень щодо планування та підвищення ЯМД.

Однією з невід'ємних складових ЯМД є задоволення обґрунтованих потреб пацієнтів у медичному обслуговуванні. Оцінка задоволення пацієнтів результатами їх взаємодії з ЗОЗ повинна здійснюватися за допомогою об'єктивних стандартизованих методик соціологічних досліджень. Залучення пацієнтів або їх представників до розробки керівних документів зі стандартизації медичної допомоги також сприяє вирішенню проблем задоволення потреб пацієнтів.

Процес поліпшення ЯМД стає можливим завдяки клінічному аудиту – систематичній перевірці наданої медичної допомоги з використанням чітко сформульованих критеріїв та подальшим внесенням змін. Аналіз елементів структури, процесу та результатів медичної допомоги дозволяє визначити необхідні зміни для підвищення якості на індивідуальному, колективному або організаційному рівні.

Індикатори якості медичної допомоги (ЯМД) є важливим інструментом у системі загального професійного менеджменту в системах охорони здоров'я багатьох країн, включаючи країни Європейського Союзу, Австралію та США. Вони призначені для використання лікарями для контролю та покращення якості медичних послуг. Індикатори можуть включати різні аспекти, такі як безпека, результати, якість процесу та досвід пацієнтів.

Україна також використовує індикатори ЯМД, щоб забезпечити стратегічний курс на досягнення європейських стандартів якості в галузі охорони здоров'я. Деякі з ключових індикаторів ЯМД в Україні включають:

- доступність медичної допомоги: оцінка того, наскільки легко пацієнти можуть отримати необхідні медичні послуги;
- економічність медичної допомоги: оцінка ефективного використання ресурсів для надання медичних послуг;
- результативність медичної допомоги: оцінка досягнутих результатів,

включаючи покращення стану пацієнтів;

- ефективність медичної допомоги: оцінка того, наскільки ефективно медичні послуги вирішують проблеми пацієнтів;
- наступність медичної допомоги: оцінка послідовності та безперервності надання медичних послуг;
- науково-технічний рівень медичної допомоги: оцінка використання сучасних наукових та технічних досягнень у медицині;
- рівень дотримання технологічності медичної допомоги: оцінка використання сучасних медичних технологій у наданні медичних послуг;
- рівень якості диспансерного спостереження, діагностики, лікування, обстеження, профілактики і реабілітації: оцінка різних аспектів надання медичних послуг в зазначених областях;
- ступінь задоволення пацієнта: визначення рівня задоволення пацієнтів отриманою медичною допомогою.

Ці індикатори відіграють важливу роль у покращенні та забезпеченні якості медичних послуг у системі охорони здоров'я.

Так, ЯМД (якість медичної допомоги) є складною та багатовимірною категорією, яку слід оцінювати за допомогою різноманітних показників. Кількісні та якісні показники можуть включати в себе різноманітні аспекти, такі як навички та підготовка медичних спеціалістів, рівень технічної забезпеченості медичних установ, ефективність процесів діагностики та лікування, технологічні інновації та інші. Важливо враховувати, що ЯМД визначається не лише результатами, але й процесом надання медичної допомоги, а також сприйняттям пацієнтами отриманої ними медичної допомоги. Такий комплексний підхід дозволяє отримати більш повне розуміння якості медичної допомоги в конкретних умовах.

Всесвітня організація сімейних лікарів (WONCA) чітко визначає основні вимоги до сімейного лікаря, що включають уважне ставлення до інтересів пацієнта, вирішення певних проблем, комплексний підхід та цілісне уявлення

про захворювання. Оцінка якості медичної допомоги на первинному рівні потребує відповідних критеріїв та показників, які мають кількісне співставлення і визначають рівень якості. Для впровадження регіонального моніторингу ефективності первинної медичної допомоги рекомендується встановлення системи показників, інформація про яку періодично виявляє позитивні аспекти внутрішнього управління та зовнішньої гарантії якості надання медичної допомоги, що забезпечить інформування різних груп громадськості про ефективність системи охорони здоров'я в регіоні.

Таким чином, нормативно-правове регулювання якості медичної допомоги спрямоване на контроль та удосконалення діяльності системи охорони здоров'я, підвищення її ефективності через застосування практики, заснованої на доказах та використанні високоякісних клінічних досліджень як основи клінічної інформації. Якість визначається як похідна від багатьох факторів діяльності медичних та інших спеціалістів і взаємодії з пацієнтом, і вимагає від лікаря використання найнадійніших доказів, а від пацієнта – активної та інформованої участі в профілактичних програмах та під час медичного обслуговування.

2.3. Результати опитування медичних працівників щодо рівня організації та розвитку сімейної медицини в Україні

Розвиток сімейної медицини в Україні та забезпечення якості медичної допомоги на первинному рівні – це не лише питання самої медичної допомоги, але й важливий аспект організаційного та управлінського механізму. Впровадження індикаторів якості медичної допомоги у первинній ланці має декілька переваг, зокрема:

1. Сприяє підвищенню якості медичної допомоги, створюючи стимули для удосконалення процесів.
2. Стимулює роботу сімейного лікаря, надаючи фінансовий

заохочення за досягнення індикаторів якості.

3. Сприяє економії коштів шляхом підвищення профілактичної роботи лікаря первинної медичної допомоги та уникнення надмірного звертання до спеціалізованих медичних послуг (вторинний та третинний рівні).

Розвинені країни досить успішно використовують цей інструмент у власних системах охорони здоров'я. В Україні також є досвід використання цього механізму, як визначено постановою Кабінету Міністрів України від 30.12.2013 № 977 "Деякі питання оплати праці медичних працівників, що надають первинну медичну допомогу". Проте, варто відзначити, що цей досвід не є активним, оскільки виконання постанови не здійснюється, а цільового фінансування в Державному бюджеті не передбачено.

З метою визначення думки фахівців первинної медичної допомоги щодо ефективності та доцільності використання цього механізму в Україні, ми розробили анкету та провели анонімне опитування медичних працівників закладів охорони здоров'я, які надають первинну медичну допомогу (Додаток Б).

В опитуванні взяли участь 186 респондентів, з яких 32% – чоловіки та 68% – жінки. За віковою категорією розподіл опитаних виглядає наступним чином: 32% – молоді люди до 35 років, 33% – особи середнього віку 35–55 років, 13% – віком 55–60 років, та 22% – особи старше 60 років.

З погляду професійного статусу, більшість опитаних представляють молоді спеціалісти (41%), третина – особи, які не є молодими спеціалістами, але ще не досягли пенсійного чи передпенсійного віку (29%), 15% – особи передпенсійного віку, та всього 1,5% – працюючі пенсіонери (рис. 2.1.).

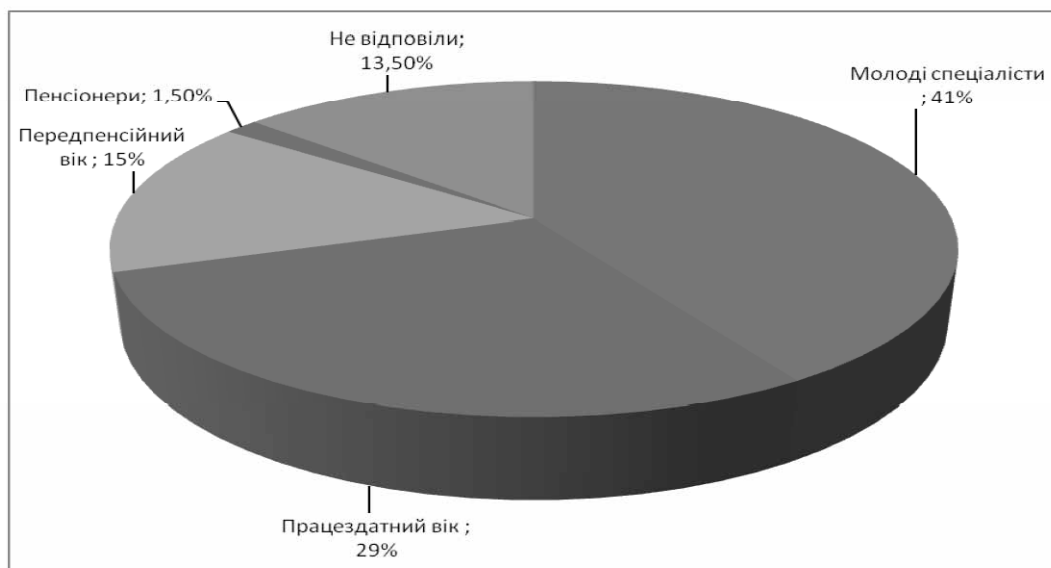


Рис. 2.1. Соціальний статус медичних працівників

Майже половина опитаних (44%) є лікарями, які надають первинну медичну допомогу (ПМД). Важливо зазначити, що 34% учасників опитування є керівниками закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), що свідчить про поєднання адміністративної роботи з лікарською практикою. Медичні сестри ПМД та фельдшери складають 12%, а інші спеціалісти та викладачі вищих навчальних закладів становлять 15% респондентів.

Щодо спеціалізацій, 40% мають кваліфікацію в галузі загальної практики – сімейної медицини, 25% не мають конкретної спеціалізації, інші не відповіли на це питання. За місцем роботи більшість медичних працівників (55%) працюють у містах, тоді як 34% обирають сільську місцевість.

Загальний стаж роботи коливається від 0 до 43 років, і 70% респондентів повідомили, що в їхньому місці роботи проводиться оцінка якості надання медичної допомоги, тоді як 18% відзначили відсутність такої оцінки.

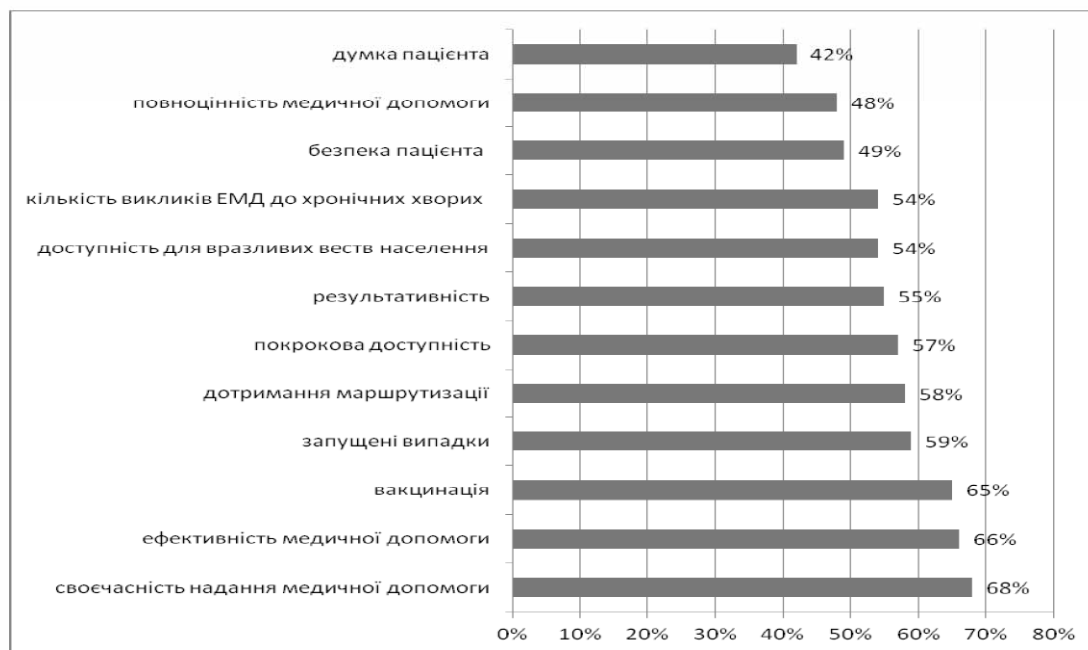


Рис. 2.2. Індикатори якості

Більшість респондентів (68%) визнали своєчасність надання медичної допомоги як ключовий індикатор якості на первинному рівні. До інших важливих індикаторів якості їхньої роботи вони віднесли ефективність лікування без помилок відповідно до стандартів (66%), охоплення вакцинацією та ускладнення від неї (65%), виявлення запущених випадків захворювань (59%), належність міжрівневої допомоги (58%), територіальну доступність (57%), результативність медичної допомоги (55%) і доступність для вразливих категорій населення (54%).

Додатково, майже половина опитаних (49%) відзначили важливість забезпечення безпеки пацієнтів, враховуючи ризики внутрішньолікарняних інфекцій, інфікування гепатитом, ВІЛ та інші аспекти. Повноцінність медичної допомоги, яка враховує, наскільки медичні послуги задовольняють потреби пацієнта (48%), та урахування думки пацієнтів через анкетування, скарги, задоволеність та участь в процесі прийняття рішень (42%) також були визнані як значущі критерії якості на первинному рівні (рис. 2.2).

Лікарі вважають, що для оцінки ЯМД на первинному рівні необхідно приділяти увагу показникам, таким як повікова смертність, своєчасність

проведених профілактичних оглядів, наявність скарг від колег, виписка пільгових рецептів, а також умови праці медичних працівників, включаючи місце роботи (місто/село), віддаленість від центру, щільність забудови та стан доріг.

Щодо доплат, чверть опитаних (26%) надали інформацію про те, за що вони отримують додаткові винагороди. Зокрема, доплати здійснюються за інтенсивність, складність і напруженість роботи (22%), збільшений обсяг роботи (17%), охопленість вакцинацією (10%), стаж та виписування пільгових рецептів по програмі "доступні ліки" (7%), відсутність запущених випадків, завідування, сумісництво, категорію, 10 критеріїв згідно з постановою (5%), виявлення онкопатології на ранніх стадіях, кінцеві результати роботи, навантаження у ВНЗ, дільничність, відсутність працівника (лікаря-лідера, відпустка) (2%).

За даними опитування, дві третини вважають, що доплати надаються лікарям, половина – медичним сестрам (54%), 11% стверджують, що доплати отримують усі медичні працівники, а 7% – молодші медичні сестри. Доплати керівникам ЗОЗ та тим, хто працює більше ніж на 1,5 ставки, зазначили лише 4% респондентів.

Більшість опитаних (дві третини) вважає, що ані їх заробітна плата, ані дохід не залежать від якості їх роботи (відповідно 75% і 74%). Заробітна плата визначається ЯМД у лише 22% випадків, а дохід – у 26% випадків. Щодо доплат за якість медичної допомоги у ЗОЗ, лише 17% респондентів заявили про їх наявність, в той час як 77% стверджують, що такі доплати не здійснюються. Важливо відзначити, що 67% опитаних вважають, що заробітна плата сімейного лікаря повинна нараховуватися не тільки відповідно до кількості прикріпленого населення, але й враховувати індикатори якості. Лише 3% опитаних не погоджуються з цим поглядом, а 30% не відповіли на це питання (рис.2.3).

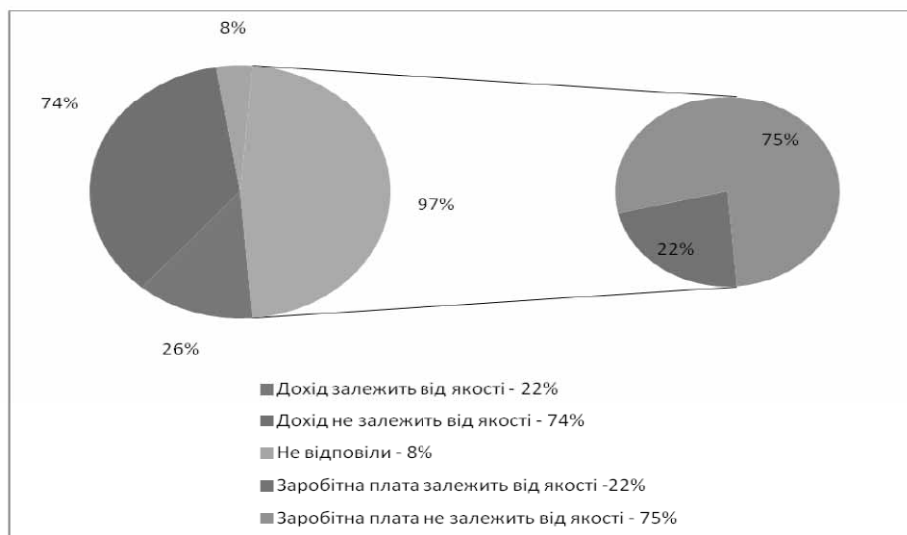


Рис. 2.3. Взаємозв'язок між доходом/зарплатою та якістю надання медичної допомоги.

Наявність доплат визначається в основному обсягом виконаної роботи, такими як кількість хворих, викликів та укомплектованість штату, у 22% випадків. Контроль за цими доплатами здійснюється, переважно, аналітичним відділом на основі статистичної звітності (28%), або адміністрацією ЗОЗ, такою як головний лікар чи завідувач амбулаторії (17%). Інші методи контролю включають працівників бухгалтерії (11%), медичну сестру, що відповідає за контроль виписки пільгових рецептів (11%), та тарифікаційну комісію (5,5%). Індикатори якості (17%), система оцінки нарахувань (11%), щомісячний моніторинг результативності (5,5%) і рейтингові показники (5,5%) також враховуються при контролі та нарахуванні доплат.

Незважаючи на те, що більшість опитаних вважає, що заробітна плата повинна залежати від індикаторів якості, які на сьогодні майже не враховуються, 67% опитаних виявили зацікавленість в наданні якісної медичної допомоги пацієнтам.

Для оцінки ЯМД будь-якого ЗОЗ, з практичної точки зору, важливо отримання первинної інформації. Існуючі методи медико-соціологічного дослідження використовуються саме для отримання необхідної інформації та

прийняття рішень та планування заходів щодо підвищення ЯМД. Засобом реалізації поставлених завдань є анкетування з використанням концепції "ключових питань". Однак отримання відповідей на поставлені питання без перевірки наданої інформації не може служити об'єктивному висновку щодо рівня якості надання окремого медичного підрозділу або ЗОЗ.

Отже, проведене анкетування в ході підготовки цієї роботи показало, що більшість медичних працівників, які надають ПМД, - це люди середнього віку, які тривалий час працюють на первинній ланці. Наявність спеціалізації з ЗПСМ у менше ніж половини опитаних підтверджує неефективність заходів, які вживає держава для утвердження філософії сімейної медицини.

Керівництво сектором охорони здоров'я повинно бути орієнтоване на кінцеві результати, включаючи співставлення результатів лікування та їх економічну ефективність. Проте це анкетування вказує на те, що оцінка якості медичної допомоги на первинній ланці часто має формальний характер і не сприяє конкретному підвищенню рівня якості. Воно не виступає стимулом для лікарів і медичних сестер з погляду покращення якості роботи, оскільки, в більшості випадків, не впливає на рівень їхньої заробітної плати та доходів.

Тим не менше, це анкетування свідчить про те, що медичний персонал ЗОЗ, який надає первинну медичну допомогу, виявляє зацікавленість у наданні якісної медичної допомоги. Це може свідчити про високі моральні принципи медичної спільноти.

Отже, дослідження сучасного стану розбудови інституту сімейної медицини в Україні, засвідчує, що ця проблема стає все більш актуальною в СОЗ України. Наразі, Якість Медичної Допомоги (ЯМД) вважається ключовою метою та критерієм для розбудови інституту сімейної медицини. Якісною вважається та медична допомога, яка відповідає стандартам при відсутності ускладнень та забезпечує задоволеність пацієнта. Оцінка якості у сфері охорони здоров'я є однією з найбільш актуальних проблем удосконалення медичного обслуговування. Специфіка галузі, спрямованої на збереження та зміцнення

здоров'я населення, робить її розв'язання складним завданням, яке вимагає нових концептуальних підходів та системних перетворень.

Медична допомога стає інтегральним показником ефективності системи охорони здоров'я, відображаючи результати її функціонування. Система мотивації та стимулів праці повинна базуватися на нормативному рівні трудової діяльності. Забезпечення ефективності роботи органів охорони здоров'я визначається політикою управління персоналом, включаючи мотиваційну політику.

В той час як держава активно розвиває систему охорони здоров'я та визначає першочергові завдання для цього, важливо затвердити стратегію розвитку галузі, закріпити гарантований рівень медичної допомоги та розробити систему контролю якості та стандартів. Також важливо активізувати інформаційну кампанію та роботу з громадськістю для роз'яснення етапів медичної реформи та підвищення медичної культури населення.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ІНСТИТУТУ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В УМОВАХ ТРАНСФОРМАЦІЇ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

3.1. Імплементація зарубіжного досвіду надання первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини

Загальний досвід у сфері охорони здоров'я, що узагальнено Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), свідчить, що розвиток первинної медичної допомоги (ПМД) на засадах сімейної медицини є найбільш ефективним методом досягнення справедливого розподілу та раціонального використання ресурсів, а також підвищення ефективності системи охорони здоров'я.

У відповідності до принципу доступності лікувально-профілактичної допомоги, кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування, і держава забезпечує умови для ефективного та доступного медичного обслуговування для всіх громадян.

У Франції функціонує модель державного регулювання системи охорони здоров'я, відома як модель соціального страхування. Законодавчим шляхом держава забезпечує участь роботодавців у фінансуванні медичної допомоги через лікарняні каси. Важливою рисою є існування незалежних страхових фондів, діяльність яких строго регламентується державою. ПМД для населення забезпечують сімейні лікарі, існує система угод (конвенцій) між лікарями та Державною організацією соціального страхування Франції "Security Social" з чітким визначенням цін на медичні послуги. Таким чином, в країні успішно функціонує принцип солідарної оплати медичної допомоги та доступності її для всього населення [60].

У Нідерландах діє потужна система первинної медичної допомоги (ПМД), яку обслуговують 7 тис. лікарів загальної практики - "сімейні лікарі". Ці фахівці пройшли спеціальну трирічну післядипломну підготовку. Кожен лікар загальної практики веде близько 2,6 тис. пацієнтів, які, як правило, проживають поблизу. Лікарі використовують стандартні діагностичні та лікувальні підходи на основі доказової медицини.

Лікарі загальної практики виступають як ключові фігури в системі охорони здоров'я, маючи право направляти пацієнтів до лікарень. Самовільний звертання до спеціаліста не допускається. Якщо пацієнт готовий сам оплатити послуги, він завжди повинен звертатися до свого лікаря загальної практики.

Лікарі загальної практики вважаються універсальними фахівцями в усіх галузях медицини: педіатрії, терапії, хірургії, дерматології тощо. Вони можуть лікувати 80% хвороб, що сприяє стримуванню витрат за рахунок уникнення непотрібних госпіталізацій. Лікарі загальної практики постійно підвищують свою кваліфікацію через систему безперервного навчання, активно займаючись профілактичною роботою.

Більшість лікарів загальної практики володіють комп'ютерною базою даних своєї практики, що включає не лише медичні інформації про пацієнтів, але й додаткові дані про їхні сім'ї, професійні аспекти, види медичного страхування та інше [60].

У Великій Британії діє унікальний механізм надання ПМД, який базується на державному принципі організації медичної допомоги. Кожен громадянин приписаний до конкретного медичного центру за місцем проживання. У випадку здоров'я пацієнт може записатися на прийом до закріпленого лікаря, зазвичай очікування триває від кількох днів до тижня. У випадках термінової консультації пацієнт очікує, поки лікар звільниться для непередбаченого прийому. Лікар первинної ланки встановлює діагноз, направляє на діагностичні обстеження та, за необхідності, до вузьких спеціалістів.

Цікавим аспектом є застосування організаційного механізму державного управління ПМД у регіонах Королівства - моделі організації ПМД на засадах командної роботи. Пацієнти та їх представники можуть вибрати, до якої команди звернутися, на підставі об'єктивних, загальнодоступних даних щодо показників роботи команди. Передбачається, що спеціалісти команди та лікарі ПМД співпрацюють, щоб визначити найбільш адекватну схему лікування для кожного хворого. Об'єктивність, доступність інформації щодо професійних якостей кожного члена команди є обов'язковими елементами даної моделі ПМД.

В Канаді надання первинної медичної допомоги (ПМД) організовано відповідно до принципів функціонування системи Беверіджа, за якої держава гарантує безкоштовний, широкодоступний і кваліфікований рівень медичної допомоги своїм громадянам. Управління ПМД в країні здійснюється на основі принципу профілактичної спрямованості. Первинну медичну допомогу надають сімейні лікарі як у державному, так і у приватному секторах. В країні є законодавчо сформована система медичного страхування "Медікер", основними принципами якої є: забезпечення медичною допомогою всіх громадян і тих, хто має право на проживання в країні, незалежно від їхнього фінансового стану; державне управління неприбутковими провінційними системами медичного страхування; забезпечення сучасного рівня медичної допомоги у всіх закладах охорони здоров'я [61].

У деяких країнах, таких як Фінляндія, Швеція, Німеччина, Австрія та інші, центри здоров'я обладнані консультантами-фахівцями, які забезпечують проведення рентгенівських та лабораторних досліджень.

У Швеції, Бельгії, Німеччині та Франції медична допомога для жінок і дітей надається не тільки лікарями загальної практики, але й гінекологами та педіатрами. Кількість населення, що обслуговується одним лікарем загальної практики, в різних країнах коливається від 1000 до 3000 чоловік. Лікарі загальної практики проводять консультації як у своїх амбулаторіях, так і вдома.

Робочий тиждень у деяких країнах, таких як Норвегія, Швеція, Фінляндія, складає до 40 годин, тобто з 8 до 20 годин. Кількість пацієнтів, які приймає лікар загальної практики, становить від 100 до 140 осіб на тиждень. Періодичність відвідування лікарями пацієнтів вдома коливається від 1 до 5 на день [61].

У Латвії основні заходи з реформування системи охорони здоров'я розпочалися у 1993 році, і її основний принцип полягає в централізації фінансових ресурсів та децентралізації заходів в самій галузі. Половина фінансування охорони здоров'я складається з податків населення, а інша частина надходить з державного бюджету. Усі громадяни, незалежно від заняття чи безробіття, мають страхування. Здорові особи сплачують за тих, хто хворий, і працюючі – за тих, хто не може працювати. Бюджетні кошти слідують за пацієнтом, який сам обирає медичний заклад для отримання лікування.

Однак впроваджена практика фінансування охорони здоров'я на рівні муніципалітетів призвела до значного недофінансування галузі деякими органами місцевого самоврядування. Уряд був вимушений створити окремий фонд, який забезпечує фінансування галузі. В амбулаторній ланці країни відбувається перехід до інституту сімейних лікарів, які обслуговують приблизно 1500 осіб. Більшість з них є приватними лікарями зі своїми обладнаними кабінетами, які мають контракти на обслуговування. Сімейні лікарі приватної практики можуть об'єднуватися та працювати в поліклініці з необхідним обладнанням та інфраструктурою. До "вузьких" фахівців можна звертатися тільки через сімейного лікаря, і лише за його направленням пацієнти можуть консультуватися з психіатром, наркологом, венерологом, ендокринологом [60].

Вартість візиту дорослого пацієнта приблизно 1 долар. Деякі категорії, такі як малозабезпечені, вагітні та чорнобильці, звільнені від оплати. В охороні здоров'я Латвії відбувається перехід до системи оплати за результатами лікування конкретного діагнозу пацієнта, при цьому методика лікування

повинна бути сертифікована. Нова модель передбачає, що кошти спочатку надходять до сімейного лікаря, який поділяє їх між фахівцями, і цей процес піддається суворому контролю. Для починаючих сімейних лікарів існує спеціальний державний фонд, який надає безкоштовні дотації для відкриття власної приватної практики. Однак для отримання дотації необхідно виконати ряд умов, включаючи складання бізнес-плану. У Латвії де-юре населення має право на безкоштовне медичне обслуговування. Однак фактично якість державних медичних послуг є низькою, і тому платна медицина виступає альтернативою, де працюють більш кваліфіковані спеціалісти, використовуються новітні препарати та краще обладнання. Недоліком платної медицини є її висока вартість [62].

Отже, загалом можна виділити три основних підходи до створення програми медичної допомоги: соціальне медичне страхування, державне фінансування і приватне медичне страхування. У практиці в усіх описаних країнах поєднуються всі ці елементи, і базові програми кожної категорії доповнюються програмами з інших категорій. В більшості розвинених країн світу реформи охорони здоров'я визнають укріплення первинної медичної допомоги (ПМД) на базі лікаря загальної практики як ключову умову для їх успішності. Лікар загальної практики, який керує службою лікаря загальної практики (ЗПСМ), володіє широким спектром знань у галузі медицини та інших суміжних спеціальностей, таких як психологія, соціологія, соціальна медицина, економіка, охорона здоров'я та профілактика.

Головною метою лікаря загальної практики є охорона здоров'я родин, які він обслуговує, а також надання ПМД для лікування хворих будь-якого віку та з будь-яким видом захворювання. В більшості розвинених країн існує система вільного вибору лікаря, де пацієнти можуть обирати свого лікаря загальної практики. Останнім часом визнано, що групова практика, коли кілька лікарів загальної практики працюють разом в центрах здоров'я, є більш раціональною формою організації медичної допомоги.

3.2. Удосконалення механізмів державного регулятивного впливу на процеси розбудови інституту сімейної медицини в умовах трансформації сфери охорони здоров'я в Україні

Як ми вже вказували у попередніх підрозділах дослідження, головною метою сучасних трансформацій у сфері охорони здоров'я в Україні є забезпечення рівного доступу населення до якісної медичної допомоги. Проведений аналіз вітчизняного досвіду, рекомендації міжнародних організацій та успішний досвід інших країн світу показують, що досягнення цієї мети можливе за кількома напрямками:

- першочерговим розвитком первинної медичної допомоги;
- впровадженням системи стандартизації, зокрема, індикаторів якості, в цілому, а особливо на первинному рівні;
- зміною підходів до фінансування системи охорони здоров'я.

Відповідно до вищезазначеного, пропонуємо основні напрями удосконалення механізмів державного регулятивного впливу на процеси розбудови інституту сімейної медицини в умовах трансформації сфери охорони здоров'я в Україні:

Нормативно-правовий механізм

Для підвищення якості медичного обслуговування населення необхідно не лише збільшити обсяги фінансування, але й оптимізувати використання наявних ресурсів, підвищити ефективність функціонування системи охорони здоров'я на всіх рівнях. Набуття чинності наступних законів України є надзвичайно важливим, з огляду на необхідність продовження реформування медичної галузі з наступних міркувань.

Закон України "Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я", прийнятий 6 квітня 2017 року [63], визначає поняття послуги з медичного обслуговування населення (медичної послуги) та передбачає

надання державним та комунальним закладам охорони здоров'я статусу казенних підприємств та комунальних некомерційних підприємств. Це дозволяє закладам охорони здоров'я самостійно вирішувати питання організації власної діяльності, включаючи визначення структури, штатів, ліжкового фонду тощо.

Цей закон дозволяє перейти до нових принципів та методів фінансування, що базуються на оплаті конкретних результатів діяльності кожного медичного закладу. Лікарні отримують право самостійно розпоряджатися своїм бюджетом та визначати, на що витратити кошти. Це повинно сприяти створенню стимулів для підвищення якості та ефективності медичної допомоги, що надається населенню.

Автономізація закладів охорони здоров'я сприятиме розвитку їх можливостей залучення інших джерел фінансування, окрім бюджетних, і, таким чином, зміцненню їх фінансово-економічної стійкості та здатності ефективно реагувати на фінансові виклики, пов'язані з складною економічною ситуацією [64]. Хоча цей закон безпосередньо не стосується первинного рівня, системні зміни в охороні здоров'я створюють підґрунтя для поліпшення діяльності його окремих елементів, зокрема сектору сімейної медицини.

Закон України "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення," [19] прийнятий 19 жовтня 2017 року (№ 2168-VIII), закріплює пріоритетний розвиток первинної медичної допомоги для забезпечення населення гарантованим безоплатним пакетом медичної допомоги. Відповідно до цього закону, ПМД включає в себе консультації, діагностику та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, а також профілактичні заходи. Також передбачено направлення пацієнтів, які не потребують екстреної медичної допомоги, для отримання вторинної або третинної медичної допомоги. Первинна медична допомога може бути надана безоплатно в закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) та фізичними особами - підприємцями, які мають відповідну ліцензію та уклали договір про медичне обслуговування населення з головним розпорядником бюджетних коштів.

ПМД може бути надана амбулаторно або за місцем проживання (перебування) пацієнта, у порядку, визначеному центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я. Закон визначає державні фінансові гарантії для надання пацієнтам медичних послуг та лікарських засобів відповідної якості за рахунок коштів Державного бюджету України за програмою державних гарантій для ПМД з 1 січня 2018 року, а для всіх видів медичної допомоги - з 1 січня 2020 року.

Закон України "Про внесення змін до Бюджетного кодексу України щодо забезпечення державних фінансових гарантій надання медичних послуг та лікарських засобів," прийнятий 19 жовтня 2017 року [26], врегульовує питання розподілу видатків на охорону здоров'я між державним та місцевими бюджетами, щоб відповідати новій моделі фінансування надання медичних послуг та лікарських засобів.

В законі визначено, що до видатків на охорону здоров'я з державного бюджету належать витрати на медичні послуги та лікарські засоби, пов'язані з наданням первинної медичної допомоги в рамках державного гарантованого пакета, за винятком витрат на оплату комунальних послуг та енергоносіїв для комунальних закладів охорони здоров'я. Видатки з місцевих бюджетів міст республіканського Автономної Республіки Крим та обласного значення, районних бюджетів, бюджетів об'єднаних територіальних громад включають витрати на оплату комунальних послуг та енергоносіїв для комунальних закладів охорони здоров'я, а також витрати на місцеві програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, включаючи оновлення матеріально-технічної бази, капітальний ремонт та реконструкцію. Також витрати на місцеві програми надання медичних послуг, що виходять за рамки державного гарантованого пакету, та на місцеві програми громадського здоров'я.

З 1 січня 2020 року відмінено медичну субвенцію. Однак запропоновано новий підхід до фінансування первинної медичної допомоги з 1 січня 2018

року, а також другорівневої (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги – з 1 січня 2020 року. Головна мета реформ – структурно-організаційне та фінансово-економічне розмежування між первинним та вторинним рівнем медичної допомоги. Передбачено впровадження фінансування закладів охорони здоров'я первинного рівня на основі подушкового принципу, але відсутній механізм стимулюючих виплат та укладення договорів з урахуванням якості та обсягу медичних послуг та збільшення фінансових ресурсів для первинної медичної допомоги.

З метою впровадження стимулюючих виплат та укладення договорів з оцінкою якості надання медичних послуг, пропонуємо:

- розробити та прийняти нормативно-правовий документ, який забезпечить механізм нарахування додаткових виплат медичним працівникам первинного рівня відповідно до якості медичної допомоги, враховуючи індикатори якості;
- переглянути та затвердити індикатори якості роботи медичних працівників первинного рівня.

Основні зміни передбачають перегляд критеріїв, за якими оцінюється якість медичної допомоги, і введення єдиної системи формування фонду оплати праці для різних категорій медичних працівників, таких як лікарі загальної практики сімейної медицини, педіатри, терапевти та інші медичні спеціалісти.

Постановою Кабінету Міністрів України від 30 грудня 2013 року № 977 "Деякі питання оплати праці медичних працівників, що надають первинну медичну допомогу" [65] встановлено надбавки за якість не лише медичним працівникам, які здійснюють первинну медичну допомогу, але й керівникам закладів та їх заступникам, а також медичним працівникам, які забезпечують збір та обробку інформації для визначення показників якості. З метою стимулювання розвитку первинного рівня медичної допомоги на регіональному рівні, рекомендується місцевим органам самоврядування розробляти та приймати регіональні (місцеві) програми розвитку сімейної медицини, які

включають цільове фінансування для мотиваційних доплат медичним працівникам – це місцеві стимули.

Залишається актуальним упорядкування нормативно-правових актів, включаючи:

- гарантований обсяг безоплатної медичної допомоги на первинному рівні;
- положення про лікаря загальної практики сімейної медицини;
- положення про медичну сестру загальної практики сімейної медицини;
- порядок надання первинної медичної допомоги;
- порядок направлення пацієнтів до закладів загальної та спеціалізованої медичної допомоги;
- порядок взаємодії між первинною та екстреною медичною допомогою;
- перегляд таблиці матеріально-технічного оснащення амбулаторій;
- перегляд переліку обладнання для сумки-укладання лікаря загальної практики сімейної медицини [66].

Також важливим є приведення чинного законодавства щодо впровадження сімейної медицини відповідно до вимог Європейської Хартії сільської практики, яка була прийнята на першій нараді EUROPA в Пальма-Майорка в червні 1997 року. Мета цієї хартії полягає в тому, щоб забезпечити всім сільським групам населення в Європі доступ до високоякісної медико-санітарної допомоги, незалежно від їх місцезнаходження, культури або ресурсів.

Організаційно-функціональний механізм

Згідно з Методичними рекомендаціями "Організація надання невідкладної медичної допомоги на рівні центру первинної медичної допомоги" від 2012 року, функція забезпечення невідкладної медичної допомоги покладена на медичний персонал амбулаторій, зокрема лікарів загальної практики сімейної медицини (ЗПСМ). Заохоченням для лікарів ЗПСМ є надбавка за зменшення викликів екстреної медичної допомоги до пацієнтів, які

мають прикріплення до амбулаторії. Це може спонукати лікарів ЗПСМ приділяти більше уваги вторинній профілактиці у пацієнтів із хронічними захворюваннями, що відповідає одній з їхніх компетенцій - "тривале безперервне спостереження". Створення спеціалізованих структур у центрі первинної медичної допомоги (ЦПМСД) вважається неефективним, оскільки це призводить до додаткових витрат і дублювання функцій медичних працівників первинної медичної допомоги, знімаючи мотивацію до профілактики невідкладних станів.

Результати опитування свідчать, що ефективна система мотивації в закладах охорони здоров'я можлива за умови врахування не лише заробітної плати медичних працівників, але і стимулів за їхні знання, кваліфікацію і зусилля. Зі збільшенням віку та досвіду медичних працівників заробітна плата не є основним мотивуючим чинником. Лікарі прагнуть визнання їхньої професійної успішності, медичні сестри віддають перевагу причетності до загальної справи. Медичні працівники працюють не лише заради фінансової винагороди, а зі збільшенням віку бажають виконувати відповідальні завдання та уникають контролю за своєю діяльністю. Для заохочення медичних працівників використовуються такі заходи, як премії, підвищення заробітної плати, фінансування навчання, відрядження, публічне визнання, участь в ухваленні рішень, поліпшення умов праці, окремий кабінет, оплата проїзду, медичне та житлове страхування [67].

Залежність ефективності трудової діяльності від стимулів є складною і неоднозначною. Іноді людина, будучи дуже зацікавленою у досягненні високих результатів через внутрішні і зовнішні мотиватори, може виявити гірші результати, ніж менш мотивована особа. Взаємозв'язок між мотивацією та кінцевими результатами ускладнюється впливом різних факторів, таких як кваліфікація працівника, його професійні здібності, правильне розуміння завдань та зовнішнє середовище. Важко встановити чіткий зв'язок між мотивацією та успіхом у роботі через вплив різноманітних факторів.

Наприклад, оцінка результатів трудової діяльності може бути ускладнена кваліфікацією працівника, його здібностями та сприйняттям поставлених завдань. Управління працівниками у таких умовах стає проблематичним завданням: як правильно оцінити результати та як винагородити працівника? Прив'язка рівня винагороди виключно до результатів може призвести до демотивації працівника, який вклав багато зусиль, але отримав низький результат. З іншого боку, винагородження лише за "добрі наміри" без належного обліку реальних результатів може виглядати несправедливо в порівнянні з іншими працівниками, чия продуктивність діяльності є вищою. Вирішення цієї проблеми повинно враховувати конкретні обставини, однак поки характеризується як ситуативне [68].

Особисті характеристики значно впливають на якість виконання функцій, стиль роботи та відносини з колегами. Стабільність цих характеристик дозволяє передбачити поведінку людини в різних ситуаціях. В контексті медичної організації, під поведінкою розуміється сукупність усвідомлених, соціально важливих дій, які визначаються позицією особистості щодо розуміння власних функцій медичного працівника. Ефективна поведінка медичних працівників виявляється в надійному та сумлінному виконанні обов'язків, готовності діяти в інтересах справи, виходячи за рамки своїх обов'язків та боротьби за життя і здоров'я пацієнтів [69].

Мотивація завжди була важливою частиною управління персоналом. Існуюча на сьогоднішній день нормативно-правова база потребує поліпшень у регулюванні мотиваційних механізмів. Поліпшення умов праці, забезпечення доступності, справедливості, ресурсів та професійного статусу всіх працівників охорони здоров'я призведе до покращення якості медичної допомоги для сільських мешканців. Сімейні лікарі повинні нести вищу відповідальність, що призводить до розвитку необхідних навичок для медичної практики, а також передбачає навчання та винагороди.

Сімейні лікарі мають працювати в відповідних приміщеннях, що

дозволяють їм забезпечити високу якість надання медичних послуг своїм пацієнтам. Покращення статусу сімейних лікарів буде досягнуте завдяки координованому підходу у вдосконаленні освіти і професійної підготовки, поліпшенні стимулів та умов праці з боку уряду, а також визнанню ключової ролі сільських сімейних лікарів у сфері охорони здоров'я. Застосування цифрових технологій має важливе значення для надання високоякісної первинної медичної допомоги, особливо в сільських та віддалених районах. Участь сімейних лікарів у наукових конференціях сприяє активній співпраці і взаємодії для поліпшення стану здоров'я їхніх громад.

Комунікативний механізм

Система механізмів державного регулювання проблем розвитку інституту сімейної медицини пов'язана також з необхідністю постійної координації діяльності різних підрозділів установи та її окремих членів для досягнення загальних цілей. Ця координація здійснюється через безліч контактів між членами медичної установи, основним процесом яких є комунікація [70].

На сесії Європейського регіонального бюро ВООЗ у вересні 2012 року був ухвалений Європейський план дій зі зміцнення потенціалу та покращення послуг системи громадського здоров'я. Україна приєдналася до цього плану та взяла на себе зобов'язання його виконувати [71]. Це ініціатива, спрямована на практичні дії, розробка та впровадження яких відображають цінності та принципи європейської політики «Здоров'я – 2020». ВООЗ визначила десять основних оперативних функцій громадського здоров'я, серед яких важливе місце відводиться інформаційно-роз'яснювальній діяльності (адвокації), комунікації та мобілізації в інтересах здоров'я.

Концепція розвитку системи громадського здоров'я, затверджена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 1002-р, визначає принципи, напрямки, завдання, механізми і строки розбудови системи громадського здоров'я для збереження та зміцнення здоров'я населення. Вона спрямована на збільшення тривалості та покращення якості життя,

попередження захворювань, продовження активного, працездатного віку та заохочення до здорового способу життя через об'єднання зусиль всього суспільства. Для вирішення проблем передбачається удосконалення аналітичних та інформаційних компонентів у сфері громадського здоров'я, створення інформаційних баз даних та систем обміну інформацією у режимі реального часу. Також передбачено залучення медичних працівників, зокрема ПМД, до виконання завдань у сфері громадського здоров'я та розширення їх повноважень [72].

Сучасну систему громадського здоров'я неможливо уявити без впливу інформаційної та комунікаційної політики, особливо в українському контексті, де реклама стала своєрідним "путівником" пацієнта, пропонуючи не лише ліки для всіх можливих потреб, але й сприяючи розповсюдженню небезпечної харчової продукції та шкідливих звичок. Для протидії такому антивихованню необхідно проводити загальнонаціональні інформаційно-просвітницькі кампанії, спрямовані на профілактику захворювань та популяризацію здорового способу життя. Метою цих кампаній є формування відповідального ставлення населення до власного здоров'я, підвищення санітарної та медичної освіченості громадян, а також відновлення довіри до лікарів та інших працівників системи охорони здоров'я [73].

Традиційно в Україні система охорони здоров'я фокусується на лікуванні захворювань, проте реформа, яку проголосило Міністерство охорони здоров'я, має на меті змінити цю орієнтацію. Головним завданням реформи є переорієнтація від політики лікування до політики збереження та попередження захворювань. Успіх цієї реформи безпосередньо пов'язаний із рівнем інформованості та обізнаності населення. МОЗ України планує впроваджувати програми комплексних заходів з профілактики, формувати базу даних про стан здоров'я населення та середовища життєдіяльності, а також організовувати інформаційно-просвітницькі кампанії з попередження захворювань та популяризації здорового способу життя [74].

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика та ДУ "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України" провели дослідження, що дозволило оцінити рівень комунікацій сімейних лікарів та висвітлити підходи до комунікацій в їхній практичній діяльності [75]. Результати вказують на те, що комунікативна діяльність сімейних лікарів спрямована на зміну поведінки населення на користь відповідального ставлення до власного здоров'я, сприяння здоровому способу життя та усуненню чи мінімізації негативного впливу факторів ризику на здоров'я.

Ключовим завданням комунікацій є лобіювання інтересів населення в отриманні якісної первинної медичної допомоги серед цільових груп впливу. Це включає осіб, які приймають рішення на різних рівнях місцевого управління, органів соціального забезпечення, роботодавців, керівників і працівників закладів освіти, а також неформальних лідерів серед населення та релігійних організацій. Для досягнення цих цілей важливо лобіювати розвиток системи громадського здоров'я та забезпечення умов для надання якісної медичної допомоги, таких як оптимальне фінансування та матеріально-технічне забезпечення відповідно до галузевих стандартів. Також важливо впроваджувати інформаційно-просвітницькі кампанії для популяризації здорового способу життя та усвідомлення важливості збереження та зміцнення здоров'я в громадах.

Засоби комунікації, які використовуються на різних рівнях, включають групову комунікацію для формування у сім'ї прихильності до здоров'я та індивідуальну комунікацію між медичними працівниками та пацієнтами. Це сприяє виконанню лікарських рекомендацій, усуненню факторів ризику та навчанню тактики дій при виникненні загрозливих станів. Керівники освітніх закладів також повинні брати на себе відповідальність за здоров'я учнів та працівників, а роботодавці - за здоров'я працівників.

Органи соціального забезпечення, які обслуговують конкретні категорії населення, повинні інформувати про їхні соціальні потреби. Для вирішення

проблем у сфері первинної медичної допомоги та формування відповідального ставлення до власного здоров'я важливо залучити неформальних лідерів серед населення та молодь. Участь цих лідерів може бути ефективною у проведенні масових інформаційних та оздоровчих заходів, а також у популяризації здорового способу життя.

Медичні працівники ПМД використовують засоби індивідуальної комунікації для роботи з пацієнтами, спрямованої на формування прихильності до диспансеризації, виконання лікарських рекомендацій, усунення факторів ризику та навчання тактиці дій при виникненні загрозливих станів. Спільне надання медичної допомоги медичними працівниками ПМД та закладів загальної практики підвищить задоволеність населення ЯМД, забезпечуючи доступність консультативної допомоги та своєчасність госпіталізації.

Ефективність комунікацій сімейного лікаря покращиться завдяки застосуванню сучасних технологій та методів комунікації. Запропоновані підходи можна використовувати як окремо, так і в комплексі, охоплюючи масові, групові та індивідуальні форми впливу в залежності від поставлених завдань. При цьому важливо визначити цільові групи комунікаційного впливу, враховуючи їхню ключову роль у вирішенні проблеми. Комунікації сімейного лікаря мають передбачати міжсекторальний комплексний підхід та горизонтальні зв'язки для формування в населення відповідального ставлення до власного здоров'я, підтримки здорового способу життя та створення необхідних умов для його забезпечення [70].

Підсумовуючи, важливо відзначити, що забезпечення якості надання медичної допомоги на первинному рівні в Україні реалізується через кілька напрямків, які включають децентралізацію управління, автономізацію закладів охорони здоров'я та розподіл ресурсів, заснований на відповідальності медичного персоналу та рівні медичної допомоги. Однак, розвиваючи сімейну медицину як ключовий елемент системи охорони здоров'я, держава не створила необхідних умов для організації закладів загальної лікарської практики

(сімейної медицини), що призвело до спотворення ідеї сімейної медицини та втрати управлінських стимулів для надання якісної медичної допомоги на первинному рівні.

Дослідження вітчизняного та міжнародного досвіду, рекомендації відомих міжнародних організацій та успішні приклади інших країн світу свідчать, що забезпечення якості медичної допомоги на первинному рівні можливо реалізувати за допомогою кількох стратегій, таких як пріоритетний розвиток первинної допомоги, запровадження системи стандартизації, зокрема, індикаторів якості, а також зміни підходів до фінансування системи охорони здоров'я.

З метою удосконалення управлінських механізмів забезпечення якості медичної допомоги на первинному рівні в Україні пропонуються наступні основні напрями:

- розробка та впровадження нормативно-правових механізмів, спрямованих на підвищення якості медичної допомоги на первинному рівні;
- організаційні заходи, спрямовані на оптимізацію структури та управління медичними закладами першої ланки;
- запровадження ефективних комунікативно-інформаційних механізмів для взаємодії між різними рівнями системи охорони здоров'я та інформування громадськості.

Також, важливо врахувати необхідність зміни системи фінансування сфери охорони здоров'я, зокрема, на первинному рівні, та впровадження сертифікаційних курсів з якості медичної допомоги та запровадити їхнє викладання на всіх освітніх рівнях, включаючи підготовку медсестер ЗПСМ.

ВИСНОВКИ

У магістерській роботі здійснено теоретичне обґрунтування державного регулювання інституту сімейної медицини в умовах трансформації сфери охорони здоров'я та вироблення практичних рекомендацій щодо шляхів його удосконалення. Виконання поставлених завдань свідчить про досягнення мети роботи, що дозволяє сформулювати низку узагальнюючих висновків, пропозицій та рекомендацій, що мають теоретичне і практичне значення.

1. Досліджено теоретичні засади забезпечення якості надання медичної допомоги як основи національної політики в сфері охорони здоров'я. Обґрунтовано, що впровадження первинної медичної допомоги в Україні на засадах загальної практики сімейної медицини є необхідним напрямом трансформаційних змін у системі охорони здоров'я України. З'ясовано, що на етапі експерименту, проведеного у Вінницькій, Дніпропетровській та Донецькій областях і місті Києві, була розроблена значуща нормативно-правова база, яка відіграла ключову роль у розгортанні процесу реформування на національному рівні.

Доведено, що основні перетворення повинні відбутися, перш за все, у нормативно-правовій базі, а також в організаційній та фінансовій сферах системи управління охороною здоров'я. На сьогодні вже сформульовано ключові теоретичні концепції, визначені головні пріоритети державної політики у сфері охорони здоров'я України, а також визначено роль і основні функції державних та місцевих органів управління охороною здоров'я. Проведено зміни у правовому статусі закладів охорони здоров'я та надано їм автономії в управлінні, з переходом від бюджетних установ до форм державних підприємств, комунальних підприємств, господарських товариств та інших організаційних форм.

Отже, розвиток сімейної медицини є основою не лише амбулаторно-поліклінічної, але і загальної системи медичної допомоги. Він вносить

найбільший внесок у формування громадського здоров'я, несе відповідальність за його збереження, визначає раціональне та ефективне використання ресурсів системи охорони здоров'я та забезпечує задоволення потреб населення в якісній медичній допомозі.

2. Охарактеризовано особливості ресурсного забезпечення первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини в Україні. Встановлено, що на сьогодні в Україні спостерігається поступовий перехід до системи надання медичної допомоги на первинному рівні на основі загальноприйнятих міжнародних стандартів роботи сімейної медицини. Однак темпи розвитку мережі закладів охорони здоров'я для надання ПМД з 2014 року збільшилися не настільки, як було заплановано, що свідчить про наявність проблем у державній політиці та недостатній зацікавленості органів місцевого самоврядування зменшити кадровий дефіцит серед лікарів первинної медичної допомоги, особливо в сільській місцевості та на сході країни.

Урядом визначено фінансові гарантії для медичних працівників на 2023 рік, встановивши мінімальну зарплату для лікарів, фармацевтів та фахівців з реабілітації на рівні не менше 20 000 гривень, а для медичних сестер/братів – не менше 13 500 гривень за повний робочий день. Ці гарантії поширюватимуться на медичні заклади, які мають договори із Національною службою здоров'я України за Програмою медичних гарантій. При цьому МОЗ України пропонує по-перше, визначити диференціації оплати через надбавки, які можуть фінансуватися як з державного бюджету, так і місцевого; по-друге, використання можливостей для автономії в плануванні штату працівників закладів охорони здоров'я, плануванні фонду оплати праці. Це передбачає перехід на спрощену систему планування бюджету, що дозволяє медичним закладам мати більше автономії у встановленні рівнів заробітної плати та забезпечення її диференціації

Стабільний рівень укомплектованості закладів охорони здоров'я сімейними лікарями за останній десятиріччя свідчить про прогалини у

державній політиці та невідповідність існуючих заходів для зменшення кадрового дефіциту серед лікарів ЗПСМ, особливо у сільській місцевості та на сході країни. Відсутність ефективних мотиваційних заходів для медичних працівників, таких як матеріальні стимули, автоматизовані робочі місця та транспортне забезпечення, ускладнює завдання підвищення якості медичного обслуговування населення на первинному рівні.

3. Проаналізовано стан нормативно-правового регулювання якості надання медичної допомоги на первинному рівні в Україні. Встановлено, що нормативно-правові важелі регулювання якості медичної допомоги спрямовуються на контроль та удосконалення діяльності системи охорони здоров'я, підвищення її ефективності через застосування практики, заснованої на доказах та використанні високоякісних клінічних досліджень як основи клінічної інформації. Якість визначається як похідна від багатьох факторів діяльності медичних та інших спеціалістів і взаємодії з пацієнтом, і вимагає від лікаря використання найнадійніших доказів, а від пацієнта – активної та інформованої участі в профілактичних програмах та під час медичного обслуговування.

Щодо управління охороною здоров'я на первинному рівні на засадах сімейної медицини, встановлено, що законодавство окреслює коло завдань первинної медичної допомоги, але наразі видається необхідним прийняття підзаконних актів, які регламентуватимуть реалізацію надання медичної допомоги на цьому рівні. Це дозволить уникнути дублювання наданих медичних послуг на різних рівнях та раціонально використовувати кадрові та матеріальні ресурси.

З'ясовано, що Всесвітня організація сімейних лікарів (WONCA) чітко визначає основні вимоги до сімейного лікаря, що включають уважне ставлення до інтересів пацієнта, вирішення певних проблем, комплексний підхід та цілісне уявлення про захворювання. Відтак, оцінка якості медичної допомоги на первинному рівні потребує нормативного встановлення відповідних

критеріїв та показників, які мають кількісне співставлення і визначають рівень якості. Для впровадження регіонального моніторингу ефективності первинної медичної допомоги рекомендується встановлення системи показників, інформація про яку періодично виявляє позитивні аспекти внутрішнього управління та зовнішньої гарантії якості надання медичної допомоги, що забезпечить інформування різних груп громадськості про ефективність системи охорони здоров'я в регіоні.

4. Вивчено зарубіжний досвід надання первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини – Франція, Великобританія, Нідерланди, Канада, Латвія та ін. Аналіз показав, що протягом останнього століття у світі було розроблено кілька моделей організації первинної медичної допомоги: індивідуальна практика одного лікаря, групова практика декількох лікарів загальної практики зі спільним допоміжним персоналом та обладнанням; системи з фондоутриманням і без такого; сімейний лікар, який працює за тими ж принципами, що і лікар загальної практики. Розбіжності між цими моделями обумовлені історичними, культурними та соціальними особливостями країн, їх політичними та адміністративними системами. Проте існують загальні тенденції та ознаки еволюції національних систем охорони здоров'я. Це впливає з пошуку конструктивних рішень в умовах двох протилежних тенденцій: зростання цін на медичну допомогу та послуги в усьому світі, що обумовлене ускладненням професійної діяльності, та державна політика багатьох країн, спрямована на соціальну стабільність та задоволення основних потреб всіх громадян, незалежно від їхнього матеріального стану.

Обґрунтовано, що загалом можна виділити три зарубіжних основних підходи до створення програми медичної допомоги: соціальне медичне страхування, державне фінансування і приватне медичне страхування. У практиці в усіх проаналізованих країнах поєднуються всі ці елементи, і базові програми кожної категорії доповнюються програмами з інших категорій. В більшості розвинених країн світу реформи охорони здоров'я визнають

укріплення первинної медичної допомоги (ПМД) на базі лікаря загальної практики сімейної медицини як ключову умову для їх успішності. Лікар загальної практики, який керує службою лікаря загальної практики (ЗПСМ), володіє широким спектром знань у галузі медицини та інших суміжних спеціальностей, таких як психологія, соціологія, соціальна медицина, економіка, охорона здоров'я та профілактика.

При цьому головною метою лікаря загальної практики є охорона здоров'я родин, які він обслуговує, а також надання ПМД для лікування хворих будь-якого віку та з будь-яким видом захворювання. В більшості розвинених країн існує система вільного вибору лікаря, де пацієнти можуть обирати свого лікаря загальної практики. Останнім часом визнано, що групова практика, коли кілька лікарів загальної практики працюють разом в центрах здоров'я, є більш раціональною формою організації медичної допомоги.

5. Запропоновано напрями удосконалення механізмів державного регулятивного впливу на процеси розбудови інституту сімейної медицини в умовах трансформації сфери охорони здоров'я в Україні. Доведено, що удосконалення державного регулювання інституту сімейної медицини в умовах трансформації сфери охорони здоров'я в Україні, забезпечення якості медичної допомоги на первинному рівні на засадах сімейної медицини можливе завдяки реалізації декількох напрямів:

- а) пріоритетний розвиток первинної допомоги;
- б) впровадження системи стандартизації та контролю якості на всіх рівнях медичної допомоги;
- в) зміна підходів до фінансування системи охорони здоров'я.

Для досягнення цих цілей пропонується наступні напрями удосконалення механізмів державного регулятивного впливу на процеси розбудови інституту сімейної медицини в умовах трансформації сфери охорони здоров'я в Україні:

Нормативно-правовий механізм:

- внесення змін до Бюджетного кодексу України для реалізації

положень щодо нарахування доплат медичному персоналу первинного рівня за якість медичної допомоги;

- перегляд і затвердження індикаторів якості роботи медичних працівників на первинному рівні;
- упорядкування та затвердження ряду нормативно-правових актів, таких як гарантований обсяг безоплатної медичної допомоги на ПМД, положення про лікаря ЗПСМ, медичну сестру ЗПСМ, порядок надання медичної допомоги та інші.

Організаційно-функціональний механізм:

- запровадження координованого підходу у вдосконаленні освіти і професійної підготовки;
- покращення статусу сімейних лікарів через поліпшенні стимулів та умов праці з боку уряду, а також визнанню ключової ролі сільських сімейних лікарів у сфері охорони здоров'я.
- організація застосування цифрових технологій для надання високоякісної первинної медичної допомоги, особливо в сільських та віддалених районах.
- участь сімейних лікарів у наукових конференціях як напрям активної співпраці і взаємодії для поліпшення стану здоров'я громад.

Комунікативний механізм:

- проведення роз'яснювальної кампанії щодо реформи для медичних працівників.
- організація інформаційно-просвітницьких кампаній для населення з питань попередження захворювань та переваг здорового способу життя.
- розробка та впровадження сертифікаційних курсів з якості медичної допомоги на ПМД на всіх рівнях освіти.

Окрім того, важливим також є використання міжсекторальних та міжвідомчих принципів для ефективного впровадження змін у сфері охорони здоров'я, зокрема у питаннях збереження здоров'я населення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Всесвітня організація охорони здоров'я. Інструмент самодопомоги з планування людиноорієнтованого процесу відновлення психічного здоров'я та благополуччя. Ініціатива ВООЗ. QualityRights. URL : <http://www.who.int/ru/>.
2. Щербінська ОС. Характеристика забезпечення системи охорони здоров'я України лікарями загальної практики-сімейними лікарями. Україна. Здоров'я нації. 2019; 54(1): 126-30.
3. Беззуб І. Другий етап медичної реформи в Україні: (не) на часі. Громадська думка про правотворення. 2020;192(7):3-12. URL : <http://nbuviap.gov.ua/images/dumka/2020/7.pdf>.
4. ISO 9001:2015 Quality management systems. Requirements URL : <https://www.iso.org/standard/62085.html>
5. Зюков О. Л., Сучасні підходи до визначення змісту поняття «якість медичної допомоги / Охорона здоров'я України. 2007. № 3- 4. С. 54 –59.
6. Гречківська Н.В., Медична допомога працюючому населенню в Україні в сучасних умовах: автореф. дис. ...д-ра мед. наук : 14.02.01 / Гречківська Н. В.; НАМН України, Ін-т медицини праці. Київ, 2015. 43 с.
7. Avedis Donabedian. Evaluating the Quality of Medical Care. URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/>
8. Moshe Yanovskiy. Cost-Effectiveness Threshold for Healthcare: Justification and Quantification. URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9109272/>
9. Deming's Theory for Quality Improvement. URL : <https://testingchange.com/2020/06/10/demings-theory-for-quality-improvement/>
10. Люблінська Хартія вдосконалення управління охороною здоров'я 1996 року, URL : http://respond.org.ua/files/attachments/Review%20of%20legislative%20and%20regulatory%20framework%20on%20QI_0.pdf

11. Шафранський В.В. Європейська політика «Здоров'я 2020»: використання науково обґрунтованих стратегій для отримання позитивних результатів Економіка і право охорони здоров'я. №1(3). 2016. с. 44– 47
12. Оттавська хартія по зміцненню здоров'я, Електронний ресурс. Режим доступу: URL : <http://boyarkaarchive.cspr.info/2008/09/ponyattya-zdorov>
13. Талліннська Хартія. URL : <http://www.mifua.com/archive/article/5501>
14. Європейська Хартія прав пацієнтів URL : http://meduniv.lviv.ua/files/press-centre/2014/n180414/evropejska_hartiya_prav_pacientiv.pdf
15. Конституція України. Прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28.06.1996 // Редакція від 30.09.2016. URL : <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>.
16. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII // Редакція від 01.01.2018. URL : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.
17. Доповідь ВООЗ про стан охорони здоров'я у світі «Первинна медико-санітарна допомога: сьогодні актуальніше, ніж колись». URL : <http://www.who.int/whr/2008/summary/ru>.
18. Про внесення змін до Порядку складання, розгляду, затвердження та основних вимог до виконання кошторисів бюджетних установ : Постанова Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 875. URL : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/391-2017-%D0%BF>.
19. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. URL : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>.
20. Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29.07.2016 № 801. URL : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1167-16>.

21. Про затвердження уніфікованої форми акта, складеного за результатами проведення планового (позапланового) заходу державного нагляду (контролю) щодо додержання суб'єктом господарювання вимог законодавства у сфері господарської діяльності з медичної практики, що підлягає ліцензуванню : Наказ МОЗ України від 03.11.2017 № 1366. URL : <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/z1445-17>.

22. Лехан В. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні: монографія / В. Лехан, Н. Лакіза-Савчук, В. Войцехівський. К. : Сфера, 2001. 176 с.

23. Лехан В. М., Рудий В. М. Нормативно-правове забезпечення охорони здоров'я. *Головний лікар*. 2006. № 2. С. 36-42.

24. Рудий В.М. Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні К. : Сфера 2005. 272 с.

25. Мінрегіон та МОЗ презентували узгоджену позицію щодо реформування системи охорони здоров'я в умовах децентралізації. // Матеріали з сайту Міністерства охорони здоров'я України. URL : <http://decentralization.gov.ua/news/2135>.

26. Про внесення змін до Бюджетного кодексу України щодо забезпечення державних фінансових гарантій надання медичних послуг та лікарських засобів : Закон України від 19.10.2017 / проект Закону України (реєстр № 6604). URL : http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=62073.

27. Про організацію виконання постанови ЦК КПРС і Ради Міністрів СРСР від 20 червня 1988 р. № 764 «Про заходи щодо дальшого поліпшення охорони здоров'я населення і зміцнення матеріально-технічної бази охорони здоров'я : Постанова ЦК Компартії України і ради міністрів Української РСР від 02.08.1988 № 218. URL : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/218-88-%D0%BF>.

28. Виноградов О. В., Місце сімейної медицини в стратегії реформування

системи охорони здоров'я // Терапія Український медичний вісник URL : <http://therapia.ua/therapia/2007/04/mistse-simeynoyi-medytyny-v-stratehiyi-reformuvannya-systemy-okhorony-zdorovya>.

29. Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України : Указ Президента України від 07.12.2000 № 1313. URL : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000>.

30. Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002 – 2011 роки : Постанова Кабінету Міністрів України від 10.01.2002 № 14. URL : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/14-2002-%D0%BF/page>

31. Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року : Закон України від 22.01.2010 № 1841-VI. URL : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1841-17>.

32. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги : Закон України від 07.07.2011 № 3611-VI. URL : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/card/3611-17>.

33. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві : Закон України від 07.07.2011 № 3612-VI. URL : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/3612-17>.

34. Рішення Конституційного Суду України у справі № 1-13/2002 від 29.05.2002 № 10-рп/2002. URL : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/v010p710-02>.

35. Про Програму діяльності Кабінету Міністрів України : Постанова Верховної Ради України 11.12.2014 № 26-VIII. URL : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/26-19/paran7#n7>.

36. Про Стратегію сталого розвитку «Україна – 2020 : Указ Президента України від 12.01.2015 № 5. URL : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/5/2015>.

37. Угода про Коаліцію депутатських фракцій «Європейська Україна» / Верховна Рада України восьмого скликання / документ від 27.11.2014. URL : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/n0001001-15>

38. Про затвердження Національної Стратегії у сфері прав людини : Указ Президента України від 25.08.2015 № 501. URL : <http://www.president.gov.ua/documents/5012015-19364>.

39. Про схвалення Стратегії подолання бідності : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 16.03.2016 № 161-р. URL : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/161-2016-%D1%80>.

40. Про затвердження плану заходів на 2016 – 2017 роки з реалізації Стратегії подолання бідності : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 08.08.2016 № 573-р. URL : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/573-2016-%D1%80>.

41. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 1013-р : URL : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80>.

42. Про затвердження плану заходів з реалізації Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я на період до 2020 року : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 15.11.2017 № 821-р. URL : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/821-2017-%D1%80>

43. Слабкий Г. О., Критерії класифікації закладів охорони здоров'я за рівнями надання медичної допомоги. Методичні рекомендації. Київ 2010.

44. Корнійчук_О._Упередження ризиків та загроз соціальній безпеці у сфері охорони здоров'я України *Економіст*. 2014. № 3. С. 6-10. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/econ_2014_3_4.

45. Рекомендації парламентських слухань на тему «Про реформу охорони здоров'я в Україні» : Постанова Верховної Ради України від 21.04.2016 № 1338-VIII. URL : <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/1338-19>.

46. Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у

галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0454282-11#Text>

47. Уряд встановив мінімальний розмір зарплати для медиків та фармацевтів на 2023 рік. URL : https://buh.ligazakon.net/news/216747_uryad-vstanoviv-mnmalniy-rozmr-zarplati-dlya-medikov-ta-farmatsevtv-na-2023-rk

48. МОЗ запропонувало як вирішити проблему «зрівнялівки» зарплат медичних працівників / 06 бер 2017. // Інтернет-видання м. Полтава та області. URL : <http://reporter.pl.ua/novini/zdorovja/26258-moz-zaproponovalo-jak-vyrishyty-problemu-zrivnjativky-zarplat-medychnyh-pratsivnykiv>.

49. Деякі питання оплати праці медичних працівників, що надають первинну медичну допомогу : Постанова Кабінету Міністрів України від 13.12.2013 № 977. URL : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/977-2013-%D0%BF>.

50. Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи. / В. М. Князевич, В. В. Лазоришинець, І. В. Яковенко, Г. О. Слабкий та ін. – Київ : Видавництво Київ. 2009. 439 с.

51. Правовий захист постраждалих від воєнних злочинів росії (23-26 грудня 2022). URL : https://ratinggroup.ua/research/ukraine/pravoviy_zahist_postrazhdalih_v_dvo_nnih_zlochin_v_ros_23-26_grudnya_2022.html?fbclid=IwAR02qqn1w4sou_EQ-KUc9vCpU9ejW3hnkLhaTN1aKdJC6wdSng1tj3JKAp0

52. Інформація про оплати аптечним закладам охорони здоров'я, які відпускають електронні рецепти за програмою Реімбурсації "Доступні ліки". URL : <https://data.gov.ua/dataset/959dca0a-9b74-41ff-a7c8-f8de6398a219>

53. Про внесення змін до закону України «Про вищу освіту» щодо працевлаштування випускників : Закон України № 1662-VIII від 06.10.2016. URL : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1662-19>.

54. Цивільний кодекс України від 16.01.2003 № 435 IV, редакція від 06.01.2018. URL : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/card/435-15>

55. Кримінальний кодекс України від 05.04.2001 № 2341-III, редакція від 12.01.2018. URL : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2341-14>.

56. Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 01.08.2011 № 454.
URL : http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/MOZ13923.html.

57. Дані Міністерства охорони здоров'я України URL : <http://moz.gov.ua>.

58. Дані Реєстру медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги URL : <http://mtd.dec.gov.ua/index.php/uk/normatyvni-ta-metodychni-materialy/normatyvni-dokumenty>

59. Хобзей М. К. Методичні підходи до розробки локальних медико-технологічних документів в закладах первинної медичної допомоги / Хобзей М.К. Донченко Т. М., Худошина О. В., Матюха Л. Ф. та ін. // Методичний посібник для керівників центрів первинної медичної допомоги, лікарів загальної практики-сімейних лікарів. [Електронний ресурс] / Режим доступу : URL : http://ir.nmapo.edu.ua:8080/jspui/bitstream/lib/5074/1/mmt_1%20%2832%292017_Matyuha_Medv.pdf.

60. Чорномаз В. Ц., Піроженко Н. В. Удосконалення державної політики щодо надання первинної медико-санітарної допомоги: світовий досвід. URL : <http://www.kbuapa.kharkov.ua/e-book/db/2011-1/doc/7/02.pdf>.

61. Вороненко ЮВ, Шекера ОГ, Ткаченко ВІ, Медведовська НВ, Краснов ВВ. Підходи до підготовки сімейних лікарів в Україні та країнах Європи. Укр мед часопис. 2014;3(101)V/VI:101-3.

62. Медичне страхування в деяких країнах східної Європи, Росії, Латвії. / Огляд, складений з фрагментів статей. *Likar.info*. 2003. URL : <http://www.likar.info>

63. Закон України "Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я" URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2002-19#Text>

64. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» :

Закон України від 06.04.2017 № 2002-VIII. URL : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2002-19>.

65. Постановою Кабінету Міністрів України від 30 грудня 2013 року № 977 "Деякі питання оплати праці медичних працівників, що надають первинну медичну допомогу" URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/977-2013-%D0%BF#Text>

66. Л. Ф. Матюха, Н. В. Медведовська, Ю. В. Барінов. Обґрунтування індикаторів оцінки кращої лікарської практики при наданні первинної медичної допомоги. / *Сучасні медичні технології. Український науково-практичний журнал*. 2017. № 1(32). С. 28-34.

67. Авраменко Т. П., Державне управління змінами у сфері охорони здоров'я України: нормативно-правовий аспект. Актуальні проблеми державного управління. 2014. Вип. 3. С. 30 – 33.

68. Мотиваційний механізм управління трудовою поведінкою. URL : http://lib-net.com/content/9565_Motivaciinii_mehanizm_upravlinnya_trydovou_povedinkou.html.

69. Хвисяк М. І., Парфьонова І. І. Менеджмент в охороні здоров'я / Підручник. Харків. 2008. част. 2, С. 251.

70. Знаменська М. А., Комунікації в практиці сімейного лікаря. *Здоров'я нації*. 2015. № 1. С. 122–125. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2015_1_25
http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILA=&2_S21STR=Uzn_2015_1_25

71. Regional Office for Europe. URL : <https://web.archive.org/web/20181028001536/http://www.who.int/about/regions/euro/en/>

72. Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 1002-р. URL : <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/249618799>.

73. Слабкий Г. О., Десять «заповідей» громадського здоров'я: чи вдасться їх виконати в Україні? *Ваше здоров'я. Медична газета України*. 2017 URL : <http://www.vz.kiev.ua/desyat-zapovidej-gromadskogo-zdorov-ya-chy-vdastsya-yih-vykonaty-v-ukrayini/>.

74. Побудова нової системи громадського здоров'я в Україні. Матеріали з сайту Міністерства охорони здоров'я України. URL : http://old.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20161006_b.html.

75. Гржибовський Я. Л. Глобальні та структурні детермінанти впливу на здоров'я населення (за результатами опитування організаторів охорони здоров'я України). *Україна. Здоров'я нації*. 2018. №4/1(53). С. 77-83.

ДОДАТКИ

Додаток А

Накази МОЗ України, що регламентували становлення ПМД на засадах ЗПСМ в Україні:

1. наказ МОЗ від 11.09.2000 № 214 «Про затвердження Плану поетапного переходу до організації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини»;

2. наказ МОЗ України від 23.02.2001 № 72 «Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини» (*затверджено Примірне положення про лікаря загальної практики - сімейної медицини, Примірне положення про медичну сестру загальної практики – сімейної медицини, Примірне положення про відділення загальної практики – сімейної медицини, Примірне положення про денний стаціонар, Примірне положення про стаціонар вдома, Кваліфікаційну характеристику лікаря із спеціальності «Загальна практика – сімейна медицина», Кваліфікаційну характеристику медичної сестри із спеціальності «Загальна практика – сімейна медицина»*);

3. наказ МОЗ України від 28.10.2002 № 385, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 12.11.2002 за № 892/7180 «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я»;

4. наказ МОЗ України від 08.01.2004 № 1 «Про удосконалення моніторингу первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини та уніфікації відповідної облікової медичної документації»;

5. наказ МОЗ України від 16.01.2004 № 16 «Про проведення експерименту в м. Комсомольську Полтавської області щодо реалізації проекту розвитку місцевого самоврядування по створенню сучасної інноваційної моделі

надання якісних медичних послуг населенню з пріоритетним впровадженням сімейної медицини»;

6. наказ МОЗ від 28.08.2010 № 728 «Про диспансеризацію населення»;

7. наказ МОЗ України від 02.02.2011 № 49 «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики»;

8. наказ МОЗ та НАМН України від 11.03.2011 № 141/21 «Про затвердження Методичних рекомендацій «Уніфікована методика розробки індикаторів якості медичної допомоги»;

9. наказ МОЗ України від 14.03.2011 № 142 «Про вдосконалення державної акредитації закладів охорони здоров'я»;

10. наказ МОЗ України від 28.03.2011 № 171 «Про створення Науково-експертної ради з питань оцінки реформ в охороні здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»;

11. наказ МОЗ України від 20.05.2011 № 301 «Про внесення зміни до Переліку закладів охорони здоров'я» *(введено центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги)*;

12. наказ МОЗ України від 20.05.2011 № 304 «Про затвердження Тимчасових методичних рекомендацій з визначення обсягів фінансування закладів охорони здоров'я за видами надання медичної допомоги у пілотних регіонах»;

13. наказ МОЗ України від 08.06.2011 № 346 «Про затвердження Тимчасових методичних рекомендацій щодо запровадження програмно-цільового методу складання та виконання місцевих бюджетів в системі охорони здоров'я у пілотних регіонах»

14. наказ МОЗ України від 08.06.2011 № 347 «Про затвердження Тимчасового типового переліку бюджетних програм та результативних показників їх виконання для місцевих бюджетів у галузі «Охорона здоров'я» для пілотних проектів у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві»;

15. наказ МОЗ України від 29.06.2011 № 384 «Про затвердження Примірного статуту Центру первинної медико-санітарної допомоги»;

16. наказ МОЗ України від 15.07.2011 № 419 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо формування регіонального Плану-графіку проведення експерименту з реформування системи охорони здоров'я»;

17. наказ МОЗ України від 15.07.2011 № 420 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі»;

18. наказ МОЗ України від 20.07.2011 № 427 «Про затвердження Єдиного термінологічного словника (Глосарій) з питань управління якості медичної допомоги»;

19. наказ МОЗ України від 20.07.2011 № 428 «Про створення робочої групи з інформаційного супроводу реформ за напрямом «Реформа медичного обслуговування»;

20. наказ МОЗ України від 28.07.2011 № 443 «Про Порядок вибору лікаря, що надає первинну медичну допомогу»;

21. наказ МОЗ України від 01.08.2011 № 454 «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року»;

22. наказ МОЗ України від 15.08.2011 № 507 «Про затвердження комплексу показників для проведення оцінки стану реформування системи охорони здоров'я у пілотних регіонах»;

23. наказ МОЗ України від 17.08.2011 № 519 «Про організацію підготовки та підвищення кваліфікації лікарів, фельдшерів (медичних сестер) станцій швидкої медичної допомоги з медицини невідкладних станів у пілотних регіонах (Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві»;

24. наказ МОЗ України 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 № 3612 – VI «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві»;

25. наказ МОЗ України від 01.09.2011 № 555 «Про затвердження Примірною табеля матеріально-технічного оснащення закладів первинної медичної допомоги у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві»;

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

27. наказ МОЗ України від 01.09.2011 № 557 «Про затвердження Примірного положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги»;

28. наказ МОЗ України від 05.10.2011 № 645 «Про внесення змін до наказу МОЗ від 01.09.2011 № 556»;

29. наказ МОЗ України від 16.09.2011 № 597 «Про затвердження Галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року»;

30. наказ МОЗ України від 05.10.2011 № 646, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 07.12.2011 за № 1414/20152 «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 м. Києві» (наказом затверджено: *Порядок планування та прогнозування розвитку мережі комунальних закладів охорони здоров'я у пілотних регіонах; Порядок медичного обслуговування громадян центрами первинної медичної (медико-санітарної) допомоги; Порядок організації медичного обслуговування та направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу; Порядок розміщення та розрахунок кількості бригад швидкої медичної*

допомоги);

31. наказ МОЗ України від 13.10.2011 № 665 «Про затвердження індикаторів якості медичної допомоги»;

32. наказ МОЗ України від 01.11.2011 № 742 «Про затвердження примірних договорів про медичне обслуговування населення»;

33. наказ МОЗ України від 02.11.2011 № 743 «Про затвердження Індикаторів якості медичної допомоги»;

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

35. наказ МОЗ України від 04.11.2011 № 756 «Про затвердження Порядку вибору та зміни лікаря первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та форм первинної облікової документації» *(наказом затверджено: Порядок вибору та зміни лікаря первинної медичної (медико-санітарної) допомоги); Форму первинної облікової документації № 025-09/о «Реєстраційна форма пацієнта лікаря первинної медичної (медико-санітарної) допомоги»; Інструкцію щодо заповнення форми первинної облікової документації № 025-09/о «Реєстраційна форма пацієнта лікаря первинної медичної (медико-санітарної) допомоги»; Форму первинної облікової документації № 025-10/о «Журнал обліку осіб, які прикріплені до лікаря, що надає первинну медичну допомогу»; Інструкцію щодо заповнення форми первинної облікової документації № 025-10/о «Журнал обліку осіб, які прикріплені до лікаря, що надає первинну медичну допомогу»; Форму первинної облікової документації № 025-11/о «Талон про відкріплення пацієнта від лікаря, що надає первинну медичну допомогу»; Інструкцію щодо заповнення форми первинної облікової документації № 025-11/о «Талон про відкріплення пацієнта від лікаря, що надає первинну медичну допомогу»);*

36. наказ МОЗ України від 28.10.2011 № 716 «Про затвердження Положення про Єдиний електронний реєстр листків непрацездатності»;

37. наказ МОЗ України від 21.11.2011 № 808 «Про забезпечення виконання рішення розширеної апаратної наради МОЗ України за участю НАМН України «Про розробку медичних стандартів та уніфікованих клінічних протоколів на засадах доказової медицини»;

38. наказ МОЗ України від 23.02.2012 № 129 «Про затвердження Примірних штатних нормативів центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги»;

39. наказ МОЗ України від 23.02.2012 № 130 «Про затвердження Примірного переліку лабораторних досліджень, що виконуються при наданні первинної медичної допомоги населенню»;

40. наказ МОЗ України від 23.02.2012 № 131 «Про затвердження Примірного положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та примірних положень про його підрозділи»;

41. наказ МОЗ України від 23.02.2012 № 132 «Про затвердження Примірного табеля оснащення лікувально-профілактичних підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу»;

42. наказ МОЗ України від 21.09.2012 року № 732 «Про затвердження Плану заходів МОЗ України на виконання Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року»;

43. наказ МОЗ України від 28.09.2012 №752 «Про порядок контролю якості медичної допомоги», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28.11.2012 за № 1996/22308;

44. наказ МОЗ України від 27.03.2013 № 240 «Про затвердження Примірного положення про територіальний навчально-тренінговий центр сімейної медицини»;

45. наказ МОЗ України від 27.03.2013 № 241 «Про затвердження Переліку станів і захворювань, що найчастіше зустрічаються у практиці надання первинної медичної допомоги лікарями загальної практики – сімейними

лікарями»;

46. наказ МОЗ України від 02.04.2013 № 259 «Про затвердження Державних санітарних норм і правил «Санітарно-протиепідемічні вимоги до закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 08.04.2013 за № 570/23102;

47. наказ МОЗ України від 01.06.2013 № 460 «Про затвердження протоколів медичної сестри (фельдшера, акушерки) з догляду за пацієнтом та виконання основних медичних процедур та маніпуляцій»;

48. наказ МОЗ України від 24.07.2013 № 629 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо організації лабораторних та інших досліджень за направленнями лікарів, які надають первинну медичну допомогу»;

49. наказ МОЗ України від 26.07.2013 року № 651 «Про принципи належної фармакотерапевтичної практики та запобігання поліпрагмазії»;

50. наказ МОЗ України від 05.08.2013 № 686 «Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я» (щодо кваліфікаційних характеристик лікарів і сестер медичних загальної практики – сімейної медицини);

51. наказ МОЗ України від 10.09.2013 № 793, «Про затвердження Нормативів забезпеченості мережею амбулаторій – підрозділів центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 13.09.2013 за № 1587/24119;

52. наказ МОЗ України від 11.09.2013 № 795 «Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 27.09.2013 за № 1669/24201;

53. наказ МОЗ України від 27.12.2013 № 1150 «Про затвердження Примірною табеля матеріально-технічного оснащення Центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його підрозділів;

54. наказ МОЗ України від 19.06.2014 № 414 «Про затвердження Переліку

клінічних індикаторів, що підлягають моніторингу, при лікуванні осіб з гіпертонічною хворобою та цукровим діабетом 2 типу», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 07.07.2014 за № 737/25514;

55. наказ від 21.08.2014 № 585 «Про затвердження Примірних штатних нормативів центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його структурних підрозділів»;

56. наказ МОЗ України від 05.02.2016 № 69 «Про організацію клініко-експертної оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 24.02.2016 за № 285/28415;

57. наказ МОЗ України від 11.05.2016 № 427 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 23.02.2000 № 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я»;

58. наказ МОЗ України від 29.07.2016 № 801, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 22.08.2016 за № 1167/29297 «Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи»;

59. наказ МОЗ України від 02.09.2016 № 928 «Про втрату чинності наказу Міністерства охорони здоров'я України від 23 лютого 2000 року № 33»;

60. наказ МОЗ України від 03.11.2017 № 1366, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28.11.2017 за № 1445/31313 «Про затвердження уніфікованої форми акта, складеного за результатами проведення планового (позапланового) заходу державного нагляду (контролю) щодо додержання суб'єктом господарювання вимог законодавства у сфері господарської діяльності з медичної практики, що підлягає ліцензуванню»;

61. наказ МОЗ України від 04.01.2018 № 13 «Про деякі питання застосування Україномовного варіанту Міжнародної класифікації первинної медичної допомоги(ICPC-2-E)».

Додаток Б**Анкета опитування медичних працівників щодо рівня організації та розвитку сімейної медицини в Україні****Шановний учаснику опитування!**

Просимо Вас відповісти на представлені нижче питання. Опитування має анонімний характер, і отримані дані будуть використані тільки в узагальненому вигляді.

1. Ваша стать: а) чоловіча; б) жіноча.
2. Ваш вік: а) до 35 років; б) 35 – 55 років; в) 55 – 60 років; г) більше 60;
3. Ваш соціальний статус: а) молодий спеціаліст; б) працюючий пенсіонер; в) передпенсійний вік (2 роки до пенсії); г) інше.
3. Ваша посада: а) керівник ЗОЗ; б) лікар ПМД; в) медична сестра/фельдшер ПМД; г) інше.
4. Спеціалізація з загальної практики – сімейної медицини: а) є; б) нема;
5. Місцевість роботи: а) місто; б) село;
6. Стаж роботи: а) загальний медичний стаж ____ років; б) стаж на первинній ланці: ____ років.
7. Чи проводиться у Вашому ЗОЗ оцінка якості надання медичної допомоги: а) так; б) ні.
8. Які з індикаторів можна віднести до індикаторів якості надання медичної допомоги на первинному рівні:
 - а) доступність територіальна (покрокова);
 - б) доступність за рахунок створених умов для вразливих категорій населення (інвалідів, вагітних, дітей), надання невідкладної, долікарської допомоги тощо;
 - в) наступність між рівнями допомоги (дотримання маршрутизації);
 - г) ефективність медичної допомоги (відсутність помилок відповідно до стандартів лікування);

д) повноцінність медичної допомоги (на скільки медичні послуги потенційно задовольняють пацієнта з приводу конкретного звернення);

е) результативність медичної допомоги (якого ступеню бажаного результату досягнуто при наданні медичної допомоги при мінімальних витратах);

є) думка пацієнта (анкетування, скарги, задоволеність станом надання медичної допомоги, участь пацієнта і родини в прийнятті рішень, які стосуються стану їх здоров'я);

ж) безпека пацієнта в ЗОЗ (ризики внутрішньолікарняних інфекцій, інфікування гепатитом, ВІЛ тощо);

з) своєчасність надання медичної допомоги.

и) охоплення вакцинацією та ускладнення від вакцинації;

і) запущені випадки захворювань;

й) кількість викликів екстреної медичної допомоги до хронічних хворих;

к) Ваш варіант індикаторів _____

10. Чи залежить Ваша заробітна плата від якості роботи: а) так; б) ні.

11. Чи залежить Ваш дохід від якості роботи: а) так; б) ні.

12. Чи здійснюються на сьогодні доплати медичним працівникам за якість медичної допомоги у Вашому ЗОЗ: а) так; б) ні;

13. Якщо оплати здійснюються, то зазначте:

а) за що? _____

б) кому? _____

в) як це відстежується і регулюється? _____

14. Чи вважаєте Ви що заробітна плата сімейного лікаря має нараховуватися не лише з урахуванням кількості прикріпленого населення, але й залежати від індикаторів якості: а) так; б) ні.

15. Чи зацікавлені Ви зараз в наданні якісної медичної допомоги: а) так; б) ні.

Дякуємо за участь!