

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ПОЛІСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет права, публічного управління
та національної безпеки

Кафедра економічної теорії, інтелектуальної власності
та публічного управління

Кваліфікаційна робота
на правах рукопису

Охремчук Валентин Петрович
(прізвище, ім'я, по батькові здобувача вищої освіти)

УДК 351
(індекс)

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

**ТРАНСФОРМАЦІЯ ПРОФЕСІЇ ЛІКАРЯ В УМОВАХ РЕФОРМИ
СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**
(тема роботи)

281 «Публічне управління та адміністрування»
(шифр і назва спеціальності)

Подається на здобуття освітнього ступеня «Магістр»
кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень. Використання
ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне
джерело

Охремчук В.П.
(підпис, ініціали та прізвище здобувача вищої освіти)

Керівник роботи

Войтенко Архип Борисович
(прізвище, ім'я, по батькові)

Кандидат наук з державного управління
(науковий ступінь, вчене звання)

Житомир – 2020

Висновок кафедри _____
за результатами попереднього захисту: _____

Протокол засідання кафедри _____
№ _____ від « _____ » _____ 20 _____ р.

Завідувач кафедри _____

(науковий ступінь, вчене звання) (підпис) (прізвище, ім'я, по батькові)

Результати захисту кваліфікаційної роботи

Здобувач вищої освіти _____ захистив (ла)
(прізвище, ім'я, по батькові)

кваліфікаційну роботу з оцінкою:
сума балів за 100-бальною шкалою _____
за шкалою _____
за національною шкалою _____

секретар ЕК

(науковий ступінь, вчене звання) (підпис) (прізвище, ім'я, по батькові)

АНОТАЦІЯ

Охремчук В.П. Трансформація професії лікаря в умовах реформи системи охорони здоров'я. – Кваліфікаційна робота на правах рукопису. Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр» за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування». – Поліський національний університет, Житомир, 2020.

Обґрунтовано актуальні питання професійної трансформації лікаря в умовах здійснення реформи системи охорони громадського здоров'я. Досліджено тенденції розвитку перетворень і змін у діяльності лікаря у період сучасного динамічного розвитку систем охорони здоров'я у розвинених країнах зарубіжжя. Сформульовано перспективні шляхи розвитку цієї соціальної сфери держави, спрямованої на збереження, укріплення та відновлення здоров'я громадського здоров'я в Україні.

Ключові слова: громадське здоров'я, медичні заклади, професія лікаря, система охорони здоров'я, трансформація.

SUMMARY

Ochremchuk V. P. Transformation of the medical profession in the context of health care reform. - Qualification work on the rights of the manuscript. Qualifying work for an educational level master's specialty 281 «Public Management and Administration». – Polis'ky National University, Zhytomyr, 2020.

The topical issues of professional transformation of a doctor in the conditions of public health care reform are substantiated. The tendencies of development of transformations and changes in the activity of the doctor in the period of modern dynamic development of health care systems in the developed countries of abroad are investigated. Perspective ways of development of this social sphere of the state aimed at preservation, strengthening and restoration of public health in Ukraine are formulated.

Keywords: public health, medical institutions, profession of doctor, health care system, transformation.

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ТРАНСФОРМАЦІЙ У СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	9
Висновки до розділу	15
РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ ПРОФЕСІЙНИХ КОМПЕТЕНЦІЙ ЛІКАРЯ У СИСТЕМНИХ РЕКОНСТРУКЦІЯХ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У КОНТЕКСТІ МІЖНАРОДНОГО ДОСВІДУ.....	17
Висновки до розділу	25
РОЗДІЛ 3 ВЕКТОРИ РОЗВИТКУ ТРАНСФОРМАЦІЇ ПРОФЕСІЇ ЛІКАРЯ У НАПРЯМІ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ.....	26
ВИСНОВКИ	32
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	35

ВСТУП

Актуальність теми. Система охорони здоров'я в Україні зазнає безпрецедентних змін та подекуди непередбачуваних наслідків. Це дослідження вивчає провідну роль лікаря у трансформації сучасної культури охорони здоров'я для відновлення, вдосконалення та збереження її традиційних компонентів. Увага зосереджується на культурно-професійних питаннях охорони здоров'я та пропонує варіанти та вказівки для лікарів, які намагаються керувати контекстом надання послуг. Коли культура організації не підтримує внутрішню інтеграцію та зовнішню адаптацію, керівництво несе відповідальність за її трансформацію. Керівники можуть впливати на взаємовідносини, щоб посилити відповідні компоненти в системі охорони здоров'я. Основна увага професіоналізму у наданні послуг пацієнтам покладає моральну, соціальну та етичну відповідальність на лікарів за оздоровлення культури догляду, тому і перетворення багатьох складових лікарської професії визначило актуальність нашої роботи [1].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Перші соціологічні ідеї щодо професійних груп сформульовані у класичних роботах М.Вебера, Э.Дюркгейма, Т.Парсонса. Питанням розробки методичних і практичних аспектів трансформації професійних, соціальних, особистісно-моральних та деонтологічних функцій лікаря у період докорінних перетворень системи охорони здоров'я присвячені численні дослідження таких вчених як Е. Сало, А. Мансуров, О. Юрченко, Е. Мерсіянова, І. Халій, П. Романов, Е. Ярська-Смірнова, В. Анікін, Т. Заславська, Н. Тіхонова, О. Шкаратан, В. Ядов, Г. Ястребов. Існує чимало робіт А. Чирікової, С. Шишкіна, Т. Джонсона, Г. Ісланда, М. Ларсона, А. Еббота, Дж. Берланта, М. Сакса, Г. Хьюджиса, Г. Беккера, Дж. Мінсера, Б. Бергмена, Б. Рескіна, Е. Кульмана, Д. Філо та ін. Доступна наукова література про зміни, організаційну культуру використана для опису структурної взаємозалежності та динамічної складності мікро- та

макроклімату сучасної закладів та установ системи охорони здоров'я, трансформація лікаря у сучасному світі, що постійно змінюється, а також для того, щоб запропонувати, як лікарі можуть посилити комплексні компоненти системи охорони здоров'я.

Метою дипломної роботи є теоретичне обґрунтування та розробка практичних рекомендацій щодо становлення і розвитку нової постаті лікаря та його місце в організаційно-функціональній системи охорони здоров'я України. Відповідно до встановленої мети були виконані такі **завдання**:

1. Систематизувати існуючі в соціології професій підходи до дослідження професійних груп і розробити аналітичні індикатори трансформації професійного статусу лікарів.

2. Виявити динаміку соціально-демографічних, соціально-економічних та інших характеристик професійної групи лікарів.

3. Вивчити наявні перетворення професійних, соціальних і моральних характеристик лікаря у сучасному світі;

4. Встановити, які основні інституційні агенти вплинули на трансформацію професійного статусу лікарів поліклінік.

5. Визначити способи та сфери контролю над професійною групою лікарів муніципальних поліклінік з боку держави, професіоналів і ринку.

Об'єктом є вплив негативних і позитивних змін професійних характеристик лікаря на систему охорони здоров'я під час її докорінної реформи в Україні на підставі вітчизняного та міжнародного досвіду.

Предметом даного дослідження є сукупність теоретико-методичних, юридичних та практичних аспектів змін низки професійних аспектів особистості лікаря.

Теоретичну та методологічну основу виконаних досліджень складає конструктивна критика та позитивний аналіз трансформації професії лікаря для побудови державної політики і продовження наукових праць провідних вітчизняних та закордонних вчених в опрацюванні новітніх змін організаційно-функціональних складових системи охорони здоров'я,

монографічної і періодичної літератури, спеціальної літератури за проблемою трансформації професії лікаря. Для вирішення поставлених завдань у дипломній роботі використано загально-наукові методи, зокрема: наукової абстракції, діалектичний, аналізу і синтезу, індукції і дедукції та ін., а також специфічні – порівняльного аналізу, структурно-логічний тощо.

Особистий внесок автора. Дипломна робота - завершене дослідження. Надані автором наслідки наукового дослідження отримано автором особисто. Пропозиції і висновки, одержані внаслідок дослідження, спрямовані на покращання власне складових характерологічних властивостей особи лікаря у системи охорони здоров'я України.

Дипломна робота складається зі вступу; теоретичного розділу 1, в якому схарактеризовано функціоналістський, критичний, атрибутивний (таксономічний), постструктуралістський, неомарксистський і неовеберіанський підходи соціології професій; аналітичного розділу 2, де розглянуто основні атрибути професіоналізму, функцію первинної медичної допомоги, пов'язану із зменшенням розходів та більшою задоволеністю і пацієнтів, і клініцистів; розділу 3, масштабні зміни в структурі самої системи охорони здоров'я, що ускладнюють зв'язок фармацевтичних компаній з лікарями, визначено перспективи впливу трансформації характеристик лікаря у його роботі; загальних висновків; списку використаних джерел.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ТРАНСФОРМАЦІЙ У СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

За умови ефективної інтеграції в систему надання медичної допомоги, більш широке використання медичних працівників може забезпечити вкрай необхідну перепочинку у розпал нашого страшного дефіциту лікарів первинної ланки. За цим сценарієм відсоток послуг первинної медичної допомоги, що надаються медичними сестрами та асистентами лікарів, може зрости до 28% до 2020 року. Хоча бар'єри є значними, на горизонті є проблиски надії. Більше штатів працюють над розширенням ролі первинної ланки у первинній медичній допомозі, включаючи надання повноважень на повну практику та покращення відшкодування витрат. В даний час 21 штат та округ Колумбія дозволяють національним організаціям здійснювати практику без вимоги нагляду, аналогічне законодавство очікує застосування в багатьох інших штатах. Попереду ще довга дорога. Ми повинні працювати спільно, щоб подолати дорогі та непотрібні бар'єри, відійти від обмежувальних норм та стимулювати зміни, необхідні для забезпечення здорового майбутнього нашої системи первинної медичної допомоги [2].

Соціальна влада і особливе становище працівників висококваліфікованого розумової праці в структурі суспільства зумовили появу окремого розділу в соціології - соціології професій. Однак, всередині цього напрямку сформувалися самостійні соціологічні школи, представники яких по-різному оцінювали роль професійних груп в суспільстві. У цьому відображено основні теоретичні підходи до вивчення лікарської спільноти, які сформувалися до теперішнього часу.

Окремо ми оцінимо їх пізнавальні можливості і обмеження, детально охарактеризуємо функціоналістський, критичний, постструктуралістський і неовеберіанський підходи соціології професій, а також розкриємо соціально-антропологічну перспективу дослідження професійних груп. Г. Спенсер,

досліджуючи проблему еволюції суспільних інститутів, продемонстрував, що професії займають особливе місце в соціальній структурі суспільства. В результаті поділу праці відбуваються процеси виділення нових суспільних функцій і закріплення їх за особливими групами працівників.

Компетенції, експертне знання, спеціалізовані вміння і навички здійснюють позитивний вплив на підвищення якості життя громадян і підтримують особливе становище професіоналів в структурі суспільства. Так, лікарська діяльність призводить до зниження рівня смертності серед населення [3].

Е. Дюркгейм припускав, що професіонали займають особливе становище в соціальній структурі суспільства, оскільки є агентами підтримання громадського порядку та органічної солідарності. Він висунув припущення про альтруїстичної місії працівників висококваліфікованої розумової праці, соціальному обов'язку і здійснюваному ними суспільного блага.

Професія являє собою соціальний інститут, який виконує найважливішу роль в процесі становлення органічної солідарності. Поділ праці призводить до розширення громадської диференціації і появи нових видів трудової діяльності. З точки зору Е. Дюркгейма, юристи, лікарі та викладачі виступають в якості агентів, здатних, на відміну від промисловців, стримуватися від форм індивідуального егоїзму. Це стає можливим, оскільки професійні корпорації (групи, утворені за галузевою ознакою і об'єднані в єдину організацію) виробляють особливу мораль - норми, правила і зразки поведінки [4].

Функціоналістський підхід в соціології професій розвивався на основі зміцнення позицій працівників висококваліфікованого розумової праці в сучасному суспільстві. Незважаючи на розвиток ринкових відносин і посилення капіталістичних цінностей в європейських державах, професіонали, з його точки зору залишаються агентами, які слабо орієнтовані на ринок і задоволення своїх егоїстичних інтересів. Егоїстична мотивація у

цих груп стримується зміцнилися в них етичними нормами. Альтруїстична спрямованість у представників професії настільки сильна, що зберігається, незважаючи на процеси бюрократизації та комерціалізації в окремих сферах економічної діяльності. Значний ступінь альтруїзму і влади, заснованої на компетенціях, дозволяє професійній групі отримати і підтримувати високий соціальний статус [5].

Т. Парсонс одним з перших виділяє характерні риси професій, що відрізняють їх від інших видів зайнятості. Він виділяє три основні атрибути професіоналізму: наявність формальної технічної підготовки; вміння застосовувати знання, отримані в рамках освітніх інститутів; а також наявність інституційних механізмів, що дозволяють гарантувати, що інтелектуальний ресурс цієї групи буде спрямований на вирішення соціально значущих проблем [6, 7].

Ці теоретичні розробки з проблеми становища професійних груп в соціальній структурі суспільства розвивалися багатьма соціологами, які працюють в руслі функціоналістської перспективи. При цьому деякі уявлення, наприклад, романтична ідея про альтруїстичної мотивації професіоналів, часто піддається критиці [8].

Функціоналістська традиція соціології професій розвивалася в рамках так званого атрибутивного (таксономічного) підходу. Соціологи-класики виділяють ряд значущих елементів, властивих професійної діяльності:

1. наявність спеціального теоретичного знання;
2. наявність тривалого періоду підготовки фахівців, завдяки якому відбувається не тільки формування спеціальних знань, а й виховання у професійній субкультурі;
3. соціальна значимість виконуваної роботи;
4. наявність професійної автономії, здатності приймати самостійні рішення в рамках професійної діяльності;
5. наявність почуття прихильності до професії;
6. наявність кодексу етики та системи норм [9].

В рамках таксономічного (атрибутивного) підходу передбачалося, що професію відрізняє кілька суспільно важливих ознак, що дозволяють відрізнити професії від будь-яких інших видів трудової діяльності [10].

В англо-американській соціології під професіями розуміються лише високостатусні види діяльності розумової праці. Послідовники таксономічного підходу виділяють високий рівень альтруїзму як невід'ємний атрибут професійної діяльності, за що піддаються критиці цілим рядом авторів [11].

Пізнавальні можливості атрибутивного підходу мають ряд істотних обмежень. Аналіз ситуації на макрорівні нерідко виявляється поверхневим, а багато досліджень вказують, що процеси професіоналізації видів діяльності протікають по-різному в тих чи інших державах і історичних епохах. Сучасні дослідники, що працюють в рамках соціології професій, продовжують звертати особливу увагу на процеси трансформації всередині високостатусних професійних груп.

Однак, багато проблем, виключені з аналізу в рамках таксономічного наукового підходу, є в даний час предметом сучасних європейських і російських досліджень: специфіка професіоналізації інших видів зайнятості, їх конкуренції з іншими інституціоналізованими видами діяльності [12].

Інша перспектива аналізу професійних груп бере свій початок в ідеях М. Вебера про соціальної стратифікації, критеріями якої виступають клас, статус і партія [13].

В рамках цієї традиції соціології професій, поділ на класи проводиться не тільки за економічними показниками. Майстерність, кваліфікація, наукові ступені, звання, дипломи та отримана спеціалізована підготовка ставлять професіоналів в більш вигідне становище на ринку праці в порівнянні з некваліфікованими працівниками. Поняття статусу пов'язано з різною ступенем соціального престижу відповідних соціальних груп, що володіють сформованим стилем життя, певним мовою і культурою. Поняття «партія»

визначається як група людей, які працюють разом і мають спільні цілі та інтереси [14].

Підхід М. Вебера принципово відрізняється від теоретичних уявлень класиків-функціоналістів. В рамках веберіанської соціологічної парадигми професійна зайнятість стає привабливою для індивідів, оскільки забезпечує працівників високим становищем в стратифікаційних ієрархії. Тобто професіоналам властива раціональна мотивація, а не ідея про служіння суспільному благу і підтримці громадського порядку. Підхід, розроблений М. Фуко, пов'язує експертне, (закрите) знання професіоналів і їх монополістичну позицію в суспільстві.

Медичні установи виступають тотальним інститутом влади, здійснюваної посередництвом контролю і примусу. Лікар здійснює контроль над пацієнтами, оскільки володіє інформацією не тільки про діагноз, а й соціальний стан, місце проживання, склад сім'ї, він символічно відсторонюється від пацієнта за допомогою спеціального одягу, а пацієнт, навпаки, стигматизує - йому присвоюється статус «хворого». Процес лікування здійснюється здебільшого не в процесі спілкування з людиною, а за допомогою аналізу історії хвороби, в якій пацієнтові присвоюється певний номер. Лікар сам вибирає, коли і кого прийняти, яку частину інформації про діагноз розкрити. У відповідь на медичний контроль виникають тактики опору лікарської влади [15].

Розкриваються процеси зниження медичного контролю і примусу по відношенню до пацієнтів в сучасних суспільствах. Він формулює ідею про втрату довіри до медицини в зв'язку з поширенням неефективності лікування і лікарських помилок і зміною балансу влади в стосунках між лікарем і пацієнтом [16].

Розширення доступності ліків, поява відкритої інформації про альтернативні способи лікування, широке розмаїття клінік дозволяють пацієнтові займати більш активну позицію в процесі лікування і дають йому певну частку свободи. Індивідуальні цінності та економічний характер

обміну формують новий тип відносин між пацієнтом і лікарем, який можна охарактеризувати вже не в термінах влади і підпорядкування, а в ринкових відносинах продавець-покупець. Перехід від аналізу медичної влади до влади професіоналів здійснюється в критичному і неовеберіанському підході соціології професій. Марксистське розуміння професій і професійних груп зосереджено в рамках теорії суспільного розподілу праці. Професіонали в даному випадку розглядаються як інструменти влади буржуазії або компоненти правлячого капіталістичного класу, що знаходиться в прямій опозиції з класом пролетаріату і його складовими компонентами [17].

Таким чином, професійні групи грають важливу роль в підтримці державної влади, підтримки опозиції гнобителі-пригноблені. Неомарксистський напрямок соціології професій відзначає втрату у працівників висококваліфікованого розумової праці свого привілейованого становища в суспільстві. Йдеться про те, що в результаті рутинізації і стандартизації праці відбувається процес депрофесіоналізації пов'язаний безпосередньо з втратою професійної автономії: регулюванням трудової діяльності з боку держави або ринку [18].

Неовеберіанська перспектива соціології професій дозволяє розглядати професійні групи через призму макрорівня чинників і в ретроспективі, що значно розширює можливості дослідницького аналізу. Цей підхід пов'язаний з особливим розумінням професіоналізації [19].

Вона включає в себе процес збільшення обсягу владного, економічного і культурного ресурсів професійної групи з метою придбання владної монополії на ринку праці або в державному секторі [20].

Згідно з логікою неовеберіанського підходу, працівники висококваліфікованого розумової праці здатні конвертувати своє експертне знання в економічний ресурс, високий рівень престижу і авторитету. Професійні групи конкурують між собою, а також відстоюють своє високе положення в соціальній структурі суспільства, намагаючись звільнитися від надмірного контролю з боку держави і ринку. Представники

неовеберіанського підходу в основному досліджують працівників висококваліфікованого розумової праці. Однак, в ряді емпіричних робіт аналізу піддаються інші види зайнятості: фермери, торговці, ремісники [21, 22], групи середнього класу в контексті автономії і авторитету їх діяльності, життєвих шансів і інтересів працівників [23].

Особлива увага приділяється аналізу нових форм соціального контролю, здійснюваного за допомогою трудового контракту. Автори показують, що здається сильним зовнішній контроль на практиці часто значно слабкіше: автономія професійної діяльності виникає завдяки асиметрії інформації, якою володіють працівники і роботодавці. Для підтримки зовнішньої регуляції наймачі вдаються до різноманітних стратегій [24].

Вони створюють критерії для оцінки якості роботи і мотивують співробітників на підвищення продуктивності праці за допомогою таких стимулів як задоволення кар'єрних і матеріальних запитів. Сучасні дослідження найманих працівників і підприємців акцентують увагу на їх суперечливих статусах, показують соціальне розшарування всередині різноманітних професійних груп [25].

Представники неовеберіанського підходу вивчають процеси професіоналізації нових видів зайнятості - того, як вони прагнуть знайти свою нішу в соціальній структурі суспільств, закріпити право і монополію на спеціалізовану трудову діяльність. Найбільш виразно це простежується на прикладі трансформації статусу лікарів альтернативної медицини, що мають побудувати відносини зі споживачами медичних послуг і лікарями.

Висновки до розділу

Теоретичне, методологічне й історичне аналітичне дослідження професійних характеристик лікаря свідчать про те, що існують різні підходи до вивчення зовнішнього та внутрішнього впливу на лікаря у його діяльності. На трансформацію лікаря впливає цілий комплекс різноманітних факторів:

звикання до роботи в умовах нової організаційно-функціональної структури, мікроклімат у колективі, процеси зниження медичного контролю та формування нових форм соціального аудиту, ірраціональна мотивація, фінансова неспроможність, падіння соціального статусу лікаря, психологічна перевантаженість у сучасний період пандемії.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ ПРОФЕСІЙНИХ КОМПЕТЕНЦІЙ ЛІКАРЯ У СИСТЕМНИХ РЕКОНСТРУКЦІЯХ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У КОНТЕКСТІ МІЖНАРОДНОГО ДОСВІДУ

Видання «Аннали сімейної медицини» поєднує в собі раннє навчання на безлічі прикладів покращення здоров'я та підтримки трансформації практики з метою інформування майбутніх зусиль щодо вдосконалення системи охорони здоров'я. У міру опублікування цього додатку закінчуються 2 основні федеральні інвестиції, що перевіряють поліпшення здоров'я, модель сприяння практиці для досягнення трансформації практики [26, 27].

Одним з них є багаторегіональний доказ: «Посилення здоров'я серця у первинній медичній допомозі», багатостороння наукова робота з тестування моделі розширення охорони здоров'я. Клінічна практична ініціатива страхових Центрів медичної допомоги та медичних послуг (CMS), демонстраційний проєкт сприяння практиці, що стосується усіх 50 штатів, спрямованих на підтримку 140 000 клініцистів [28].

Відповідь на заклик до публікації цього додатка зібрала 50 подань. Хоча ми не можемо опублікувати їх усіх, опублікована тут робота також сприятиме вивченню цих великих федеральних інвестицій.

Історія того, як ми потрапили до EvidenceNOW та TCPI, є важливою, і спеціальний звіт Кауфмана та співавторів [29]. Цей додаток нагадує нам історію, що лежить в основі Закону про захист пацієнтів та доступну медичну допомогу (ACA), який затвердив програму розширення первинної медичної допомоги [30].

Ця програма була створена за зразком Програми розширення кооперативів (Міністерство сільського господарства США), яка здійснила революцію у сільському господарстві США за останні 100 років шляхом випробувань та прискорення поширення інновацій. Його застосування до охорони здоров'я пройшло пілотне тестування Регіональними центрами

підвищення кваліфікації відповідно до Закону про медичні інформаційні технології для економічного та клінічного здоров'я 2009 року. АСА дозволила, але не фінансувала Програму розширення первинної медичної допомоги; однак АНРQ використав цей дозвіл для запуску пілотного проекту в 2011 році «Інфраструктура для трансформації первинної медичної допомоги» (ІМРаСТ) з 4 станами, які описують Кауфман та ін. Успіх цього пілотного проекту призвів до EvidenceNOW та надалі підтримав рішення CMS інвестувати в демонстраційний проект ТСРІ. Хоча санкціонування Програми розширення первинної медичної допомоги залишається законом, незрозуміло, як ці важливі демонстраційні проекти перетворюються на нові програми, які можуть продовжувати та пришвидшувати розвиток та розповсюдження інновацій у галузі охорони здоров'я. Розширення кооперативів продемонструвало значну віддачу від інвестицій як у Сполучених Штатах, так і за кордоном [31].

Однак, не маючи стійких інвестицій у розширення сфери охорони здоров'я, важко досягти подібної віддачі від інвестицій. Фасилітація може колись допомогти практиці зрозуміти, як повернутися до своїх коренів, зосередившись на основних функціях первинної медичної допомоги. Безперервність - це основна, високоцінна функція первинної медичної допомоги, яка, як показано, пов'язана з поліпшенням результатів пацієнтів, зниженням витрат та більшим задоволенням як пацієнтів, так і клініцистів. Тим не менше, це не регулярно вимірюється і не підтримується в клінічній практиці. Гукасян та Вонг описують свою розробку та впровадження набору інструментальних засобів у клініках захисних мереж, які були частиною Лос-Анджелеської практики з трансформації практики. Метою авторів була підтримка наступності, а зусилля вимагали значного сприяння практиці для впровадження та рутинного використання. Сприяння практиці необхідне не тільки для роману, але часто і для основних функцій [32].

Спрощення іноді необхідне при впровадженні нових інструментів, що дозволяють малим практикам розширити свої можливості. Паризер та її

команда з Університету Торонто [33] розширили десятирічну модель міждисциплінарної допомоги у віртуальне телемедичне консультаційне середовище, щоб підтримати практики, які не мали міждисциплінарних команд і намагалися адекватно доглядати за дуже складними пацієнтами. Годинні консультації дали чіткий набір поінформованих пацієнтів рекомендацій, що відображали взаємодію між поліфармацією, функціональною інвалідністю, соціальними детермінантами здоров'я та хронічними станами фізичного та психічного здоров'я. Ці консультації зменшили кількість відвідувань відділень невідкладної допомоги та госпіталізацій і, як правило, були приємні як для лікарів, так і для пацієнтів. Практики, які не можуть залучити розширені послуги для пацієнтів до своїх кабінетів, потребують допомоги при впровадженні віртуальних інструментів, що забезпечують однакові функції, але в іншому випадку це може бути занадто складно.

Вагнер та його колеги з Університету Альберти висвітлюють відмінності в психічних моделях команд первинної медичної допомоги та наслідки для підтримки трансформації в практиках, які не застосовуються раніше. Вони знайшли цілий ряд практичних моделей від «лікар опікується пацієнтами і наймає деяких людей, щоб допомогали йому» до «ми піклуємося про пацієнтів», з різним рівнем делегування допомоги між ними. Діти, які вперше приймають рішення, схильні функціонувати в моделях, заснованих на команді, розподіляючи авторитет серед членів команди, щоб допомогти у прийнятті рішень, охочіше (і, швидше за все,) експериментувати з інноваціями і можуть мати широкі уявлення про те, як інновації відповідають їхньому баченню на практиці. Автори припускають, що для виходу за межі раннього етапу використання потрібно ще більше тренінгів, формування навичок та розвитку команди. Розуміння цих відмінностей між дітьми, які приймають дітей на ранніх етапах, та іншими практиками є не лише критичним для фасилітаторів для підтримки трансформації практики, але також визначає зміну культури як потенційно важливу роль [34].

Розуміння того, які методи сприяння практиці покращують догляд, залишається відкритим питанням. Парчман та його команда провели рандомізоване контрольоване дослідження в менших практиках у 3 штатах, пропонуючи практикам різні типи підтримки впровадження та сприяння. Вони виявили, що велика частина практик не залучається до спільних навчальних можливостей або просвітницьких навчальних візитів, обидва з яких надають практикам можливість спілкуватися з колегами з інших практик. Ця відсутність залучення може бути ознакою навантаження у зайнятих практиках. Подальше дослідження виявило, що всі практики вдосконалювались, незалежно від поєднання запропонованих стратегій впровадження. Їх результати свідчать про те, що для ефективного сприяння може знадобитися робота над стосунками та залученням, щоб конкурувати з існуючими пріоритетами практики та стресорами. Це не означає, що дистанційне сприяння практиці взагалі не буде працювати або хоча б для деяких змін [35].

Адлер та його команда TCPI розробили дистанційний тренінг для майже 3000 окулістів у всіх 50 штатах для сприяння наданню невідкладної допомоги очам для зменшення використання відділення невідкладної допомоги. Фасилітатори практики (їх тут називають радниками з підвищення якості) віддалено проводили оцінки практики, встановлювали цілі для кожної практики та допомагали в реалізації ітеративних циклів планування-вивчення-діяння. Електронна звітність продемонструвала збільшення кількості невідкладних візитів до очей із супутніми скороченнями витрат понад 150 мільйонів доларів протягом 13 місяців [36].

Важливо пам'ятати, що практична трансформація також може спричинити стрес, як виявили Грумбах та його команда [37]. Далі їхнє дослідження показало, що члени команди можуть не відчувати цього стресу в одному напрямку. Вони оцінили вигорання серед клініцистів та персоналу, який займається редизайном первинної медичної допомоги протягом 7 років, і виявили різницю у вигоранні, зокрема, що персонал може відчувати

зростання вигорання, коли клініцисти занепадають, і вони припускають, що "трансформація первинної медичної допомоги вимагає постійних зусиль для сприяння змістовній роботі і стійке навантаження серед усіх членів групи первинної медичної допомоги". Це може бути особливо вірно, коли робота просто переноситься. Якщо, натомість, ресурси практики збільшуватимуться під час перерозподілу роботи, усі залучені можуть отримати користь. Ця стратегія була використана в моделі на основі команди редизайну первинної медичної допомоги, протестованій Смітом та його колегами [38].

Ця модель збільшила співвідношення медичних асистентів до клініцистів приблизно з 1: 2 до 2,5: 1, одночасно розширивши роль медичних асистентів чому сприяють тренери з практики. Вигорання клініциста було зменшено наполовину з одночасним покращенням якості, доступу пацієнтів та розміру панелі клініциста - і все це при збереженні витрат на персонал. Більшість зусиль з трансформації практики не збільшують ресурси, і це дослідження демонструє, що це може покращити всі аспекти чотирикратної мети включаючи, принаймні, постійне утримання витрат на відвідування. Незважаючи на те, що вигорання клініцистів значно зменшилось, як у дослідженні Грумбаха та його колег, спочатку 11 показників стресу персоналу зросли перед тим, як повернутися до вихідного рівня [39].

Іноді полегшення практики здається простим, як у випадку з Геком та його колегами, які описують інновацію з однією практикою як підхід до пацієнтів із високим ризиком. Вони впровадили модель міжпрофесійної спільної практики (ІРСР) в рамках академічної практики, яка включала навчання персоналу та клініцистів, підготовку догляду за пацієнтами та конференції з планування догляду. Аналіз даних про результати лікування пацієнтів, зібраних за рік до та рік після впровадження моделі ІРСР, виявив суттєві покращення у кількох показниках результатів. Навряд чи цю модель можна було б легко поширити без сприяння практиці [40].

Якісне дослідження невеликих незалежних практик Роджерсом та співавтори є повчальним щодо складності підтримки, яку пропонують фасилітатори

практики. Особлива підтримка, яка була виділена, включала підключення практик до зовнішнього медичного середовища, часто за допомогою викладання та обміну інформацією, а також надання електронних медичних карт (EHR) та експертизи даних, зазвичай шляхом викладання функціональності та надання технічної допомоги. Ці невеликі практики відзначають 3 ключові переваги сприяння практиці: (1) підвищення обізнаності про прогалини у якості, (2) підключення практик до інформації, ресурсів та стратегій та (3) оптимізація EHR для цілей підвищення якості [41]. Відповідно до цих висновків, Ханна та його колеги з Мережі перетворення садових практик зосередились на перекладі даних про якість та витрати на інформаційні панелі аналізу практики перетворення практик [42]. Їх дослідження перегукується як з якісним дослідженням сімейних лікарів, які беруть участь у TCPI, про їх причини [43] так і з дослідженням групи оцінок EvidenceNOW [44].

Інформаційна панель стала інструментом для фасилітаторів практики, які допомагають практикам розробляти плани підвищення якості та відзначати успіху, але менше половини практик все-таки визнали, що інформація є дієвою. Ханна та ін. 16 повторюють урок, що меншим практикам, швидше за все, бракує ресурсів для перегляду, інтерпретації даних та реагування на них. Грітцер та його колеги з Мережі трансформації садових практик описують нововведення, яке передбачало полегшення використання порталів пацієнтів для малих практик, що пропонує декілька прикладів дослідження Роджерса та ін. практики розуміють пов'язану рентабельність інвестицій, вчать їх користуватися функціями порталу та допомагають їм усвідомити роль пацієнтів у інформуванні та поліпшенні якості [45].

Ці дослідження важливі для того, щоб показати, що ефективно сприяння практиці - це не просто технічна допомога, а швидше за все, може знадобитися також допомога у використанні якісних даних та формуванні впевненості та навичок, обміні навчанням і навіть проведенні адвокації.

Вирішення соціальних детермінант здоров'я все частіше обговорюється як необхідна функція амбулаторної допомоги. Первинна медична допомога, орієнтована на громаду є добре перевіреною та систематизованим способом для практичного визначення спільноти практикуючих, а потім оцінки та задоволення потреб громади, оцінки результатів та повторення [46].

Цей підхід виявився важким для реалізації з кількох причин, включаючи проблеми з визначенням громади. Рок та його колеги перевірили взаємозв'язок між фактичним та передбачуваним клініцистом районом географічного обслуговування та виявили значну розбіжність. Вони дійшли висновку, що "практиці потрібні інструменти для кращого розуміння громад, яким вони служать, перш ніж від них можна очікувати втручання на рівні населення [47].

Що відбувається після EvidenceNOW та TCPI - це відкрите питання. Яким чином отримана інформація буде інформувати про подальші зусилля щодо підтримки трансформації практики. Letourneau та ін. окреслюють багатосторонні зусилля Мережі з регіонального поліпшення здоров'я та її 30-членних регіональних співробітників з питань оздоровлення з метою збільшення доступу до лікування розладів від вживання опіоїдів у ряді штатів. Вони обговорюють загальний підхід до практики сприяння, здатного адаптуватися до змін у державних ресурсах та політиці, а також у місцевих відносинах. Автори описують регіональні співпраці з питань оздоровлення як незалежні некомерційні організації, що складаються з безлічі зацікавлених сторін, які об'єднуються для поліпшення стану здоров'я та охорони здоров'я, і зазначають, що вони повинні включати медичних працівників, платників (плани охорони здоров'я), покупців медичних послуг (роботодавців) та споживачів. [48].

У сукупності ці співпраці охоплюють 32 держави і вже виконують функції TCPI, організації підвищення якості, регіональні центри розширення та обміну інформацією про охорону здоров'я. Порушення вживання опіоїдів є важливою епідемією, при якій полегшення практики може збільшити частоту

впровадження найкращих практик, але його спільне управління також представляє приклад переваг сприяння практиці у вирішенні невідкладних проблем охорони здоров'я. Декілька статей у цьому додатку є першими продуктами на суму майже 800 мільйонів доларів, вкладені федеральними установами охорони здоров'я для перевірки сприяння трансформації у тисячах практик по всій території Сполучених Штатів. У сукупності вони розповідають історію практик, що потребують стосунків та реальної підтримки для досягнення значного вдосконалення, якщо не фундаментальної трансформації. У цих статтях описуються стратегії надання допомоги практикам у використанні технологій для зміцнення стосунків з пацієнтами та надання комплексних пацієнтів розширених послуг. Вони фіксують складність та спектр практичної культури та потребу зустріти їх там, де вони є, щоб допомогти складному процесу змін. Більшість говорять про необхідність значущих стосунків та роботи, без яких особиста підтримка не працює, а деякі показують, як може працювати віддалена підтримка, коли вона доступна. Дві наступні статті нагадують нам, що важка робота над змінами може спричинити стрес і навіть вигорання, іноді по-різному в колективі, але інші припускають, що залучення всієї команди може забезпечити значні покращення. Багато хто навчає про важливі функції фасилітаторів та те, як ці функції можуть відрізнятися залежно від типу практики, пропонуючи вказівки щодо підготовки цієї робочої сили [49, 50].

Більшості практик не вистачає часу, енергії та ресурсів, щоб зробити ці зміни самостійно, а більшості бракує засобів для вивчення політики, що спонукає їх змінюватися, або прикладів, на яких вони можуть вчитися. Сільське господарство було у подібній ситуації століття тому, що спонукало федеральні уряди та уряди штатів створити систему розширення кооперативів, яка все ще сприяє та пришвидшує трансформацію процесу, завдяки якому задовольняються потреби у харчуванні цієї країни. Це одна з наших найбільш імітованих програм у всьому світі, і свідчення прибутковості її інвестицій роблять її однією з найбільш підтримуваних

федеральних програм. Сприяння практиці, покращення стану здоров'я та інші форми підтримки трансформації практики та поліпшення стану здоров'я громади є важливими втручаннями на рівні системи для покращення охорони здоров'я [51].

Переваги від таких покращень, як правило, накопичуються у багатьох зацікавлених сторін, завдяки чому фінансується така Зусилля “суспільного блага” є викликом. Подальші результати EvidenceNOW, TCPI та інших широкомасштабних практичних зусиль та зусиль із покращення здоров'я громади з'являться протягом найближчих кількох років і повинні інформувати, чи підтримуватимуть Сполучені Штати сприяння трансформації практики та зусилля з покращення здоров'я громади в майбутньому.

Висновки до розділу

Здійснені дослідження свідчать про те, що з метою розширення масштабів надання медичної допомоги і надання послуг, і перш за все, первинної ланки, окрім інвестицій, необхідно задіяти фасилітаторів (радників з організації медичної допомоги), організувати інші програми з додаткової післядипломної освіти та їх науковий супровід, достеменно вивчити запити громади на медичне забезпечення тощо.

РОЗДІЛ 3

ВЕКТОРИ РОЗВИТКУ ТРАНСФОРМАЦІЇ ПРОФЕСІЇ ЛІКАРЯ У НАПРЯМІ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Опитування 2014 року 3000 американських лікарів показало, що близько 40% лікарів ніколи не бачать або навіть не контактують з фармацевтичним торговим представником. У середині 2020 р. не так багато змінилося. І все більше використання цифрових технологій тільки прискорило тенденцію, оскільки провайдери по всьому спектру медичних послуг звертаються до онлайн-джерел, а не з'єднуються з фармацевтичними компаніями для отримання інформації про нові препарати та терапії.

Не так давно відносини між представниками фармацевтичних продажів і лікарями були обумовлені особисто контактами, такими як відвідування клінік і офісів, обідів, конференцій та інших місць. Тепер ця парадигма оскаржується "ідеальним штормом" системних змін і швидкої цифрової трансформації, яка дає постачальникам по всьому спектру медичних послуг нові інструменти та стимули для дослідження та оцінки ліків самостійно.

Але фармацевтичні компанії, готові прийняти нові, цифрові стратегії залучення лікарів, знайдуть багаті можливості для зв'язку з лікарями та надання ресурсів, необхідних для прийняття обґрунтованих рішень про методи терапії, для якої вони призначені.

Нові моделі медичної допомоги спонукали переосмислити роль лікаря. Масштабні зміни в структурі самої системи охорони здоров'я ускладнюють зв'язок представників фармацевтичних продажів з лікарями. Все більше лікарів зараз працюють у великих системах охорони здоров'я, а не працюють самостійно в приватній практиці. Ці системи обмежують поведінку лікарів, і багато хто також має політику, яка активно обмежує їх контакт з представниками галузі.

Поряд з більш суворим контролем зверху, ці лікарі все частіше звертаються до показників ефективності, встановлених організацією, що

означає важче навантаження і менше часу для взаємодії з представниками фармвиробників. У цьому середовищі більшість лікарів звертаються до надійних онлайн-джерел, таких як фармацевтичні веб-сайти та сайти, що утворюють дослідницькі та академічні організації, для отримання інформації про нові препарати.

Хмарні обчислення та інноваційні цифрові портали на місці для електронних конференцій та співпраці також дозволяють лікарям обмінюватися інформацією з глобальною спільнотою однолітків та інших фахівців. Ці тенденції сприяють зростанню маргіналізації представників фармкомпаній в сучасних системах охорони здоров'я та створюють виклики для того, щоб залишатися на зв'язку з медичними працівниками.

Цифрові технології збільшують залучення лікарів

Щоб знову взаємодіяти з лікарями і будувати з ними постійні відносини, представникам фармацевтичних продажів потрібно буде зустрітися з лікарями там, де вони знаходяться: онлайн. Масив зручних цифрових інструментів може допомогти фармацевтичним представникам надавати останню і найбільш критичну інформацію про наркотики безпосередньо лікарям, узгоджувати з цілями ефективності систем охорони здоров'я, які їх використовують.

Завдяки доступу до надійних онлайн-ресурсів і спільнот, представники фармацевтичних продажів можуть взаємодіяти з лікарями в режимі реального часу, щоб стежити за особисто зустрічами, відповідати на питання і реагувати на занепокоєння в декількох точках шляху до прийняття нових ліків або терапії.

Нові цифрові інструменти для збору зворотного зв'язку від лікарів після зустрічі, конференції або візиту на веб-сайт можуть допомогти торговим республікам отримати уявлення про свій досвід і рівень інтересу до інформації, яку вони отримують. За допомогою відео, тексту, електронної пошти або телеконференції, продавці можуть збирати враження про останні взаємодії, спостереження на веб-сайтах для інформації про наркотики та інші

аспекти досвіду медичних працівників, дізнавшись про нові препарати та їх застосування.

Ці цифрові інструменти забезпечують миттєву, двосоюзійну комунікацію між фармацевтичними репами та лікарями, що допомагає створити та підтримувати відносини, які вміщують напружені графіки лікарів, а також протоколи їхніх організацій охорони здоров'я. Це надає переваги не тільки самим лікарям, але і іншим зацікавленим сторонам - особливо пацієнтам - у все більш клієнтоудовигідному середовищі охорони здоров'я. Нинішня криза COVID-19 підкреслює роль фармацевтичної галузі як чуйного і співчутливого партнера в розробці нових методів лікування і вакцин. Охоплюючи нові цифрові інструменти для побудови відносин з медичними працівниками, організації медико-біологічної галузі мають можливість стати лідерами у кращому залученні клієнтів [52].

Центрами страхових компаній Medicare та Medicaid Services (англ. Centers for Medicare & Medicaid Services - CMS) у 2015 році започатковано *Ініціативу трансформування клінічної практики (ІТКП)* для надання технічної допомоги понад 140 тис. клініцистів (як первинної, так і спеціалізованої допомоги) протягом чотирирічного періоду у обміні, адаптації та подальшому розробці їх комплексних стратегій підвищення якості. ІТКП створила загальнонаціональну, спільну та однорангову навчальну мережу, призначену для підготовки практики успішної участі в механізмах оплати на основі цінностей [53].

Основними цілями ІТКП були:

- Підтримання понад 140 тис. клініцистів первинної та спеціалізованої медичної допомоги, які навчаються в *практико-трансформаційних мережах (ПТМ – PTN)* та (*Support and Alignment Networks*) для досягнення трансформації практики та надання освіти щодо наслідків *Програми оплати якості (ПОЯ – QPP)* для клініцистів;
- Створення доказової бази на трансформації практики, щоб ефективні рішення могли бути масштабовані. Для досягнення цієї мети ІТКП

був створений для розробки, захоплення та звітування про стандартний комплекс заходів, що узгоджується із загальними цілями Medicare Access та Програми дитячого медичного страхування (англ. Children's Health Insurance Program – CHIP) Reauthorization Act від 2015 р. (MACRA) та QPP. Кращі практики та засвоєні уроки були спільні для підтримки трансформації практики та переходу практики в альтернативні моделі оплати;

- Поліпшення результатів здоров'я, зменшення непотрібних госпіталізацій, а також зменшити переоцінення інших послуг для п'яти мільйонів бенефіціарів Medicare, Medicaid та програми дитячого медичного страхування та інших пацієнтів;

- Підтримання ефективного надання медичної допомоги бенефіціарам Medicare, Medicaid, готуючи щонайменше 75% практик, які завершують етапи трансформації ІТКП.

- ІТКП підтримав клініцистів у трансформації протягом чотирирічного періоду програми шляхом створення практики та професійних мереж асоціацій. На додаток до мереж, нагороджених за 4-річний період виконання програми в наступних розділах, Американська психологічна асоціація та Ініціатива з якості серцевих послуг Вірджинії (VCQI) отримали нагороди з вересня 2016 року по вересень 2018 року.

У новому світі відбувається трансформація ініціативи клінічної практики. Модель *Ініціативи трансформування клінічної практики* була унікально розроблена для підтримки практик клініцистів за допомогою загальнонаціональних, спільних та однорангових навчальних мереж, покликаних допомогти клініцистам і практикам досягти масштабної трансформації охорони здоров'я, підготувати практику успішної участі в механізмах оплати на основі цінностей, включаючи *альтернативні моделі оплати* (АМО, англ. APMs) і підвищити якість медичної допомоги.

Хоча чотирирічна ініціатива завершилася, ми надаємо доступ до інструментів і ресурсів для трансформації клінічної практики, які виникли з досвіду спільноти практики ІТКП, щоб дозволити клініцистам і практикам

розглянути питання про прийняття принципів і стратегій, які довели свою ефективність у перетворенні клінічних практик по всій країні для поліпшення надання медичної допомоги та результатів пацієнтів.

Практики трансформації мереж (ПТМ – англ. PTN) – однорангові навчальні мережі, призначені для коучингу, наставник та помічник клініцистам у розробці основних компетенцій, специфічних для трансформації практики. Наступні організації отримали кооперативні угоди:

- Арізона здоров'я е-зв'язку.
- Баптистська система охорони здоров'я, Inc.
- Дитяча лікарня округу Оріндж.
- Колорадо Департамент політики та фінансування охорони здоров'я.
- Турбота про громаду Північної Кароліни, Inc.
- Асоціація центру громадського здоров'я Коннектикуту, Inc.
- Консорціум з контролю за південно-східною гіпертензією.
- Партнери з охорони здоров'я Делмарва.
- Айова охорони здоров'я Колаборатив.
- Місцева ініціатива управління охорони здоров'я округу Лос-Анджелес.
- Клініка Майо.
- Національна рада з питань поведінкової охорони здоров'я.
- Національний консорціум з питань сільської підзвітності.
- Нью-Джерсі інноваційний інститут.
- Нью-Джерсі Медичні Партнери CarePoint охорони здоров'я.
- Нью-Йорк eHealth Колаборатив.
- Медична школа Нью-Йоркського університету.
- Тихоокеанська бізнес-група з охорони здоров'я.
- Медичний центр Кетчикан.
- Інститут якості Род-Айленда.
- Довірені особи Індіанського університету VHA/UHC Альянс Ньюко, Inc.
- Медична школа Массачусетського університету.
- Вашингтонський університет.

- Медичний центр Університету Вандербільта.
- VHS Долина системи охорони здоров'я.
- Візиент, Inc.
- Департамент охорони здоров'я штату Вашингтон.

Підтримка мереж (SAN), яка забезпечила систему розвитку інноваційних програм підвищення якості та розвитку навичок персоналу через існуючі та нові активи (наприклад, продовження медичної освіти, підтримання розвитку сертифікаційних основних компетенцій) шляхом використання професійних асоціацій та державно-приватного партнерства. Крім того, SAN підтримали набір клініцистських практик, які обслуговують малі, сільські та медично недооцінені громади, щоб відігравати активну роль у узгодженні нового навчання. Наступні 10 організацій отримали кооперативні угоди на посаду НС:

- Американська рада сімейної медицини
- Американський коледж лікарів швидкої допомоги
- Американський коледж лікарів
- Американський коледж радіології
- Американська медична асоціація
- Американська психіатрична асоціація
- HCD International, Inc.
- Консорціум Національних сестринських центрів
- Мережа регіонального покращення охорони здоров'я
- Фонд первинної медичної допомоги, центр пацієнта

На додаток до підтримки клініцистів і практик, зарахованих до ТСРІ, SANs працювали над наступними заходами для поширення кращих практик і забезпечення стійкості та дифузії навчання:

Ресурси та підтримка трансформації клінічної практики

Протягом чотирьох років ТСРІ було визначено ряд ресурсів та інструментів для підтримки клініцистів та практики підтримки їх трансформації та заохочення інших розпочати свій шлях трансформації.

ТСРІ підготував практики успіху в АПМ за 8 напрямками; перші 5 стосуються досягнення результатів, щоб продемонструвати модельний успіх, в той час як останні 3 стосуються впровадження поліпшень, критично важливих для успіху практики:

1. Досягнення порівняльних показників ефективності результатів здоров'я та клінічних процесів;
2. Уникнення непотрібного використання лікарень та відділень невідкладної допомоги;
3. Уникнення непотрібних тестів і процедур;
4. Зниження загальної вартості догляду та отримання економії витрат для платників;
5. Порівняльний аналіз результатів на досвід пацієнта;
6. Надання допомоги у залученні пацієнтів як до процесу догляду, так і до постійного безперервного вдосконалення якості в рамках практики;
7. Використання безперервної практики підвищення якості на основі даних;
8. Створення стійких бізнес-операцій [54].

ВИСНОВКИ

Професіонали займають особливе становище в соціальній структурі суспільства. Соціальна влада і особливе становище працівників висококваліфікованого розумової праці в структурі суспільства зумовили появу окремого розділу в соціології - соціології професій.

Для підвищення якості охорони здоров'я потрібна раціональна мотивація, а не ідея про служіння суспільному благу. У роботі надано окрему оцінку пізнавальні можливості і обмеження, детально схарактеризовано функціоналістський, критичний, атрибутивний (таксономічний), постструктуралістський і неовеберіанський та неомарксистський підходи соціології професій.

Внаслідок нашого дослідження визначено три основні атрибута професіоналізму: наявність формальної технічної підготовки; вміння застосовувати знання, отримані в рамках освітніх інститутів; а також наявність інституційних механізмів, що дозволяють гарантувати, що інтелектуальний ресурс цієї групи буде спрямований на вирішення соціально значущих проблем.

Програми розширення первинної медичної допомоги залишаються декларацією і незрозуміло, як ці важливі демонстраційні проекти перетворяться на нові дієві програми, які можуть продовжувати та пришвидшувати розвиток та розповсюдження інновацій у галузі охорони здоров'я. Розширення кооперативів продемонструвало значну віддачу від інвестицій як у Сполучених Штатах, так і за кордоном [31].

Однак, не маючи стійких інвестицій у розширення сфери охорони здоров'я, важко досягти достеменною віддачі від інвестицій. Фасилітація може допомогти на практиці зрозуміти як зосередитись на основних функціях первинної медичної допомоги.

Безперервність - це основна, високоцінна функція первинної медичної допомоги, яка, як показано, пов'язана з поліпшенням результатів пацієнтів,

зниженням витрат та більшою задоволеністю як пацієнтів, так і клініцистів. Втім, це вимірюється нерегулярно і не підтримується в клінічній практиці.

Трансформація первинної медичної допомоги вимагає постійних зусиль для сприяння змістовній роботі і стійкому навантаженню серед усіх членів-учасників групи первинної медичної допомоги.

Первинна медична допомога, орієнтована на громаду є добре перевіреним та систематизованим способом для практичного визначення, а потім оцінки та задоволення потреб громади, оцінки результатів.

Масштабні зміни в структурі самої системи охорони здоров'я ускладнюють зв'язок представників фармацевтичних продажів з лікарями, але фармацевтичні компанії, готові прийняти нові цифрові стратегії залучення лікарів, знайти багаті можливості для зв'язку з лікарями та надання ресурсів, необхідних для прийняття обґрунтованих рішень про методи терапії, до якої вони призначені.

Центрами страхових компаній Medicare та Medicaid Services започатковано *Ініціативу трансформування клінічної практики (ІТКП)* для надання технічної допомоги понад 140 тис. клініцистів (як первинної, так і спеціалізованої допомоги) протягом чотирирічного періоду у обміні, адаптації та подальшій розробці їх комплексних стратегій підвищення якості.

Відзначено основні цілі ІТКП:

- Підтримання понад клініцистів первинної та спеціалізованої медичної допомоги, які навчаються в *практико-трансформаційних мережах та Мережах підтримки* для досягнення трансформації практики та надання освіти щодо наслідків *Програми оплати якості* для клініцистів;
- Створення доказової бази трансформації практики потрібні, щоб ефективні рішення могли бути масштабовані. Для досягнення цієї мети ІТКП був створений для розробки, захоплення та звітування про стандартний комплекс заходів, що узгоджується із загальними цілями Medicare Access та Програми дитячого медичного страхування (англ. Children's Health Insurance Program – CHIP), Reauthorization Act від 2015 р. (MACRA) та QPP. Кращі

практики та засвоєні уроки були спільні для підтримки трансформації практики та переходу практики в альтернативні моделі оплати;

- Поліпшення показників здоров'я, зменшення непотрібних госпіталізацій, а також зменшити переоцінення інших послуг для п'яти мільйонів бенефіціарів Medicare, Medicaid та програми дитячого медичного страхування та інших пацієнтів;

- Підтримання ефективного надання медичної допомоги бенефіціарам Medicare, Medicaid, готуючи щонайменше 75% практик, які завершують етапи трансформації ІТКП.

ІТКП підтримав клініцистів у трансформації впродовж чотирирічного періоду програми шляхом створення практики та професійних мереж асоціацій.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Smits, S.J., Bowden, D.E. and Wells, J.O. (2016), "The role of the physician in transforming the culture of healthcare", *Leadership in Health Services*, Vol. 29 No. 3, pp. 300-312. URL: <https://doi.org/10.1108/LHS-12-2015-0043> (дата звернення 03.12.2020).
2. The role of the physician in transforming the culture of healthcare. URL: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/LHS-12-2015-0043/full/html> (дата звернення: 06.12.2020).
3. Абрамов Р.Н. Социологическая интерпретация профессий Р. Дингуэлла: к пониманию англо-саксонской традиции исследования занятий//Профессиональные группы: динамика и трансформация. Москва: Изд-во Ин-та социологии РАН, 2009, С. 37-58.
4. Дюркгейм Э. О разделении общественного труда/ Пер с фр. А.Б. Гофмана, примечания В.В. Сапова. М.: Канон, 1996, С. 256-309.
5. Parsons T. Professions and social structure// *Social Forces*. Vol.17, № 4. 1939, P. 457-467.
6. Parsons T. Profession // *Skills D. (ed.) International Encyclopedia of the Social Science* Vol. 12. London: Macmillan and Free Press, 1968. P. 536 - 547.
7. Парсонс Т. Система современных обществ. М.: Аспект-Пресс, 1997. 270 с. URL: http://www.gumer.info/bibliotek_Buks/Sociolog/Parsons/index.php (дата звернення: 04.12.20-20).
8. Сакс М., Олсоп Дж. Социология профессий: государство, медицина и рынок в Великобритании. URL: <http://www.ecsocman.edu.ru/db/msg/30074.html> (дата звернення: 10.12.2020).
9. Millerson G.L. *The Qualifying Association*. London: Routledge & Kegan Paul, 1964; Greenwood, E. *Attributes of a Profession* // M. Zald (ed.) *Social Welfare Institutions*. London: Wiley, 1965, P. 509 – 523.
10. Millerson G.L. *The Qualifying Association*. London: Routledge & Kegan Paul, 1964; Greenwood, E. *Attributes of a Profession* // M. Zald (ed.) *Social Welfare*

Institutions. London: Wiley, 1965, P. 509 – 523.

11. Ярская-Смирнова Е., Романов П.В. Те самые профессии: шкалы престижа и рамки публичности// Антропология профессий: границы занятости в эпоху нестабильности / Под редакцией П. Романова, Е. Ярской-Смирновой. М.: ООО «Вариант», ЦСПГИ, 2012. 236 с.

12. Saks M. The Wheel Turns? // Professionalisation and Alternative Medicine in Britain//Journal of Interprofessional Care. № 13 (2). 1999, P. 129 —138

13. Вебер М. Класс, статус и партия // Социальная стратификация/ Отв. ред. С.А. Белановский. Вып. 1. М., 1992. С. 19-38.

14. Фуко М. Рождение клиники. М.: Смысл, 1998. 310 с.

15. Запорожец О., Баева Е. «Начальник чахотки»: некоторые размышления о медицинской власти// Антропология профессий: Сб. науч. ст./ Под ред. П.В. Романова и Е.Р. Ярской-Смирновой. – Саратов: Центр социальной политики и гендерных исследований: Изд-во «Научная книга», 2005. С. 136-151.

16. Плавинский С. Осознала ли медицина свои пределы? К 30-летию «Медицинской Немезиды» Айванна Иллича// Отечественные записки. Т. 3. №1. 2006.

17. Сакс М. Границы англо-американской социологии профессий: критика неортодоксальности современного неовеберианского подхода // Социальная динамика и трансформация профессиональных групп в современном обществе/ Под. ред. В.А. Мансурова. – М.: Изд-во Института социологии РАН, 2007. С. 53-81.

18. Freidson E. The Professional of Medicine. New York: Mead and Company. 1970. 274 p.

19. Сакс М. Границы англо-американской социологии профессий: критика неортодоксальности современного неовеберианского подхода // Социальная динамика и трансформация профессиональных групп в современном обществе/ Под. ред. В.А. Мансурова. – М.: Изд-во Института социологии РАН, 2007. С. 53-81.

20. Мансуров В.А., Юрченко О.В. Перспективы профессионализации российских врачей в реформирующемся обществе // Социологические исследования. 2005, № 1. С. 66-77.
21. Goldthorpe J., Lockwood D., Bechhofer F, Platt J. The Affluent Worker in the Class Structure. - Cambridge: Cambridge University Press, 1969. 248 p.
22. Newby H., Bell, Rose D., Saunders P. Property, Paternalism and Power: Class and Control in Rural England. - London: Hutchinson, 1978. 431 p.
23. Structured Social Inequality: A Reader in Comparative Social Stratification (part 2: Principal Types of Stratification Systems)/Ed. by C. Heller. New York; London: Macmillan, 1969. P. 51–104.
24. Goldthorpe J.H. Social Mobility and Class Structure in Modern Britain. - Oxford: Clarendon Press, 1980. 310 p.
25. Радаев В.В. Стратификационный анализ постсоветской России: неовеберинский подход /Бутенко И.А. (отв. ред.). Способы адаптации населения к новой социально-экономической ситуации в России. Выпуск XI, М.: Московский общественный научный фонд, 1999. С. 46- 59.
26. Meyers D, Miller T, Genevro J, et al. EvidenceNOW: Balancing primary care implementation and implementation research. *Ann Fam Med*. 2018; 16(Suppl 1): S5–S11. DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.2196> (дата звернения: 03.12.2020).
27. Cohen DJ, Balasubramanian BA, Gordon L, et al. A national evaluation of a dissemination and implementation initiative to enhance primary care practice capacity and improve cardiovascular disease care: the ESCALATES study protocol. *Implement Sci*. 2016; 11(1): 86. URL: <https://link.springer.com/article/10.1186/s13012-016-0449-8> (дата звернения: 11.12.2020).
28. Centers for Medicare & Medicaid Services. Fact sheet: Transforming Clinical Practice Initiative Awards. URL: <https://www.cms.gov/newsroom/fact-sheets/transforming-clinical-practice-initiative-awards>. Created Sep 29, 2015. Accessed Jul 28, 2019. (дата звернения: 11.12.2020).
29. Kaufman A, Dickinson WP, Fagnan LJ, Duffy FD, Parchman ML, Rhyne RL. The role of health extension in practice transformation and community health

- improvement: lessons from 5 case studies. *Ann Fam Med.* 2019; 17(Suppl 1): S67–S72. DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.2409> (дата звернення: 03.12.2020).
30. Phillips RL Jr., Kaufman A, Mold JW, et al. The Primary Care Extension Program: a catalyst for change. *Ann Fam Med.* 2013; 11(2): 173–178. DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.1495>
31. Phillips RL Jr., Kaufman A, Mold JW, et al. The Primary Care Extension Program: a catalyst for change. *Ann Fam Med.* 2013; 11(2): 173–178. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3601401/> (дата звернення: 03.12.2020).
32. Gukasyan S, Wong M. An empanelment toolkit for the safety-net clinic setting. *Ann Fam Med.* 2019; 17(Suppl 1): S84. DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.2410> (дата звернення: 03.12.2020).
33. Pariser P, Pham T-N(T), Brown JB, Stewart M, Charles J. Connecting people with multimorbidity to interprofessional teams using telemedicine. *Ann Fam Med.* 2019; 17(Suppl 1): S57–S62. DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.2379> (дата звернення: 02.12.2020).
34. Wagner KK, Austin J, Toon L, Barber T, Green LA. Differences in team mental models associated with medical home transformation success. *Ann Fam Med.* 2019(Suppl 1); 17: S50–S56. DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.2380> (дата звернення: 01.12.2020).
35. Parchman ML, Anderson ML, Dorr DA, et al. A randomized trial of external practice support to improve cardiovascular risk factors in primary care. *Ann Fam Med.* 2019; 17(Suppl 1): S40–S49. DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.2407> (дата звернення: 09.12.2020).
36. Adler RN, Ferguson WJ, Antar H, et al. Transformation support provided remotely to a national cohort of optometry practices. *Ann Fam Med.* 2019; 17(Suppl 1): S33–S39. DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.2423> (дата звернення: 07.12.2020).
37. Grumbach K, Knox M, Huang B, Hammer H, Kivlahan C, Willard-Grace R. A longitudinal study of trends in burnout during primary care transformation. *Ann*

- Fam Med. 2019; 17(Suppl 1): S9–S16. DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.2406> (дата звернення: 03.12.2020).
38. Smith PC, Lyon C, English AF, Conry C. Practice transformation under the University of Colorado’s primary care redesign model. *Ann Fam Med.* 2019; 17(Suppl 1): S24–S32. DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.2424> (дата звернення: 04.12.2020).
39. Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med.* 2014; 12(6): 573–576. DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.1713> (дата звернення: 07.12.2020).
40. Guck TP, Potthoff MR, Walters RW, Doll J, Greene MA, DeFreece T. Improved outcomes associated with interprofessional collaborative practice. *Ann Fam Med.* 2019; 17(Suppl 1): S82. DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.2428> (дата звернення: 02.12.2020).
41. Rogers ES, Cuthel AM, Berry CA, Kaplan SA, Shelley DR. Clinician perspectives on the benefits of practice facilitation for small primary care practices. *Ann Fam Med.* 2019; 17(Suppl 1): S17–S23. DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.2427> (дата звернення: 10.12.2020).
42. Khanna N, Gritzer L, Klyushnenkova E, et al. Practice transformation analytics dashboard for clinician engagement. *Ann Fam Med.* 2019; 17(Suppl 1): S73–S76. DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.2382> (дата звернення: 06.12.2020).
43. Hansen ER, Eden AR, Peterson LE, Bishop EM, Phillips RL Jr. Experience of family physicians in practice transformation networks. *J Ambul Care Manage.* 2019; 42(2): 92–104. URL: https://journals.lww.com/ambulatory_caremanagement/Abstract/2019/04000/Experience_of_Family_Physicians_in_Practice.5.aspx (дата звернення: 09.12.2020).
44. Ono SS, Crabtree BF, Hemler JR, et al. Taking innovation to scale in primary care practices: the functions of health care extension. *Health Aff (Millwood).* 2018; 37(2): 222–230. DOI: [10.1377/hlthaff.2017.1100](https://doi.org/10.1377/hlthaff.2017.1100) (дата звернення: 01.12.2020).

45. Gritzer L, Davenport M, Dark M, Khanna N. Coaching small primary care practices to use patient portals. *Ann Fam Med.* 2019; **17**(Suppl 1): S83. DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.2381> (дата звернення: 01.12.2020).
46. Institute of Medicine Division of Health Care Services. In: *Community Oriented Primary Care: A Practical Assessment: Volume I: The Committee Report.* Washington, DC: National Academies Press; 1984. <https://scholar.google.com/scholar?q=.+In%3A+Community+Oriented+Primary+Care%3A+A+Practical+Assessment%3A+Volume+I%3A+The+Committee+Report.+Washington%2C+DC%3A+National+Academies+Press%3B+1984.>
47. Rock RM, Liaw WR, Krist AH, et al. Clinicians' overestimation of their geographic service area. *Ann Fam Med.* 2019; **17**(Suppl 1): S63–S66. DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.2383> (дата звернення: 02.12.2020).
48. Letourneau LM, Ritzo J, Shonk R, Eichler M, Sy S. Supporting physicians and practice teams in efforts to address the opioid epidemic. *Ann Fam Med.* 2019; **17**(Suppl 1): S77–S81. DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.2408> (дата звернення: 03.12.2020).
49. Grumbach K, Knox M, Huang B, Hammer H, Kivlahan C, Willard-Grace R. A longitudinal study of trends in burnout during primary care transformation. *Ann Fam Med.* 2019; **17**(Suppl 1): S9–S16. DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.2406> (дата звернення: 10.12.2020).
50. Smith PC, Lyon C, English AF, Conry C. Practice transformation under the University of Colorado's primary care redesign model. *Ann Fam Med.* 2019; **17**(Suppl 1): S24–S32. DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.2424> (дата звернення: 09.12.2020).
51. Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med.* 2014; **12**(6): 573–576. DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.1713> (дата звернення: 06.12.2020).
52. Digital Transformation: Revitalizing the Physician-Pharma Connection. <https://www.medallia.com/blog/digital-transformation-revitalizing-the-physician-pharma-connection/> (дата звернення: 06.12.2020).

53.Transforming Clinical Practice Initiative Awards. Transforming Clinical Practice Initiative Awards | CMS (дата звернення: 08.12.2020).

54.Transforming Clinical Practice Initiative

URL: <https://innovation.cms.gov/innovation-models/transforming-clinical-practices> (дата звернення: 08.12.2020).