

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

ДОБРОВІНСЬКА ОЛЬГА ПАВЛІВНА

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

УДК: 332.142.4
(індекс)

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

**УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ
ПОСЛУГ НА ПЕРВИННОМУ РІВНІ
МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ**

(тема роботи)

281 «Публічне управління та адміністрування»

(шифр і назва спеціальності)

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

О. П. ДОБРОВІНСЬКА

(підпис, ініціали та прізвище здобувача вищої освіти)

Керівник роботи

ВОЙТЕНКО Архип Борисович

(прізвище, ім'я, по батькові)

кандидат наук з державного управління, професор

(науковий ступінь, вчене звання)

Висновок кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління за результатами попереднього захисту: ДОБРОВІНСЬКА Ольга Павлівна допущена до захисту.

Протокол засідання кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління № _____ від «___» _____ 2024 р.

Завідувач кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління

к.е.н., професор
(науковий ступінь, вчене звання)

_____ (підпис)

Валентина ЯКОБЧУК
(власне ім'я та прізвище)

«___» _____ 2024 р.

Результати захисту кваліфікаційної роботи

Здобувач вищої освіти ДОБРОВІНСЬКА Ольга Павлівна захистила
(прізвище, ім'я, по батькові)

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

Секретар ЕК

_____ (науковий ступінь, вчене звання)

_____ (підпис)

Настасія ПУГАЧОВА
(власне ім'я та прізвище)

АНОТАЦІЯ

ДОБРОВІНСЬКА О. П. Удосконалення механізмів надання медичних послуг на первинному рівні медико-санітарної допомоги. – Кваліфікаційна робота на правах рукопису. Робота на здобуття освітнього ступеня «Бакалавр» зі спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування» – Поліський національний університет Міністерства освіти і науки України, Житомир, 2024.

У цій роботі досліджуються теоретико-методичні засади управління механізмами надання медичних послуг на первинному рівні медичної допомоги в Україні та засоби їх вдосконалення. В роботі аналізуються тенденції стану здоров'я населення країни, досліджуються параметри його формування, а також основні компоненти впливу через покращення механізмів державного управління галузі охорони здоров'я країни. На основі загальноприйнятих міжнародних документів та за кращими світовими практиками розроблено прикладні інноваційні підходи до системного державного управління потенціалом сфери громадського здоров'я в Україні. Дослідження відображає напрями розвитку потенціалу охорони здоров'я, з метою більш ефективного його використання в українському соціумі, шляхи укріплення соціальних можливостей з метою покращення механізмів надання медичних послуг, загального благополуччя та створення високої якості життя громадян.

Ключові слова: державне управління, охорона суспільного здоров'я, механізми державного управління, сучасний стан здоров'я українців, соціальні детермінанти здоров'я, прикладні інноваційні підходи до покращення системи охорони здоров'я, медичні послуги, первинна медико-санітарна допомога.

SUMMARY

DOBROVINSKA O. Innovative approaches to public health capacity management. – Qualification Work on manuscript rights. Work on obtaining an educational degree «Bachelor» in specialty 281 «Public Administration» – Polissia National University of the Ministry of Education and Science of Ukraine, Zhytomyr, 2024.

This paper investigates the theoretical and methodological foundations of management of the mechanisms of medical services provision at the primary level of healthcare in Ukraine and the means of its improvement. The authors study and analyse the trends in the health status of the country's population, investigate the parameters of its formation, as well as its main components of influence through the improvement of the mechanisms of public administration of the country's healthcare sector. On the basis of generally accepted international documents and in accordance with the best international practices, the authors develop applied innovative approaches to systemic public administration of the public health potential in Ukraine in order to use it more effectively in Ukrainian state-building and strengthening social opportunities in order to improve health, general well-being and create a high quality of life for citizens.

Keywords: public administration, public health care, public administration mechanisms, current state of health of Ukrainians, social determinants of health, applied innovative approaches to improving the health care system.

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПЕРВИННОГО РІВНЯ	8
ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ	16
РОЗДІЛ 2. СТАН ТА ПРОБЛЕМИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ПЕРВИННОМУ РІВНІ	17
ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ	32
РОЗДІЛ 3. ІННОВАЦІЙНІ ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПЕРВИННОГО РІВНЯ	34
ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ	44
ВИСНОВКИ	45
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	49
ДОДАТКИ	54

ВСТУП

Актуальність дослідження. Збереження, охорона та зміцнення здоров'я населення є одними з ключових пріоритетів держави, які має реалізовувати система охорони здоров'я. Повномасштабне вторгнення Росії в Україну спричинило критичне навантаження на національну систему охорони здоров'я, що пов'язано не лише з масовим руйнуванням медичних закладів, а й зі збільшенням попиту на різні види медичної допомоги та послуг, які не були пріоритетними до війни серед громадян. Ситуація ускладнюється значною міграцією населення, медичних працівників, діджиталізацією надання медичних послуг, реформами в сфері первинної медицини.

Відбудова системи охорони здоров'я з урахуванням сучасних реалій сприяла б ефективному відновленню людських ресурсів, що є основою для відновлення країни від наслідків війни. Відновлення зруйнованої інфраструктури охорони здоров'я не є самоціллю запропонованих нижче заходів, зусилля з відновлення мають бути спрямовані насамперед на трансформацію системи охорони здоров'я відповідно до потреб громадян та наявних державних ресурсів. Первинна медико-санітарна допомога повинна бути здатна не лише надавати громадянам якісну та своєчасну медичну допомогу, але й бути готова до реагування на надзвичайні ситуації у сфері охорони здоров'я різного характеру. Ключові показники ефективності системи охорони здоров'я в довоєнний період:

1. Доступність медичної допомоги для всіх категорій населення.
2. Якість та результативність надання медичних послуг.
3. Наявність кваліфікованих медичних працівників та їх рівень підготовки.
4. Наявність необхідного медичного обладнання та лікарських засобів.
5. Рівень задоволеності населення медичною допомогою.
6. Ефективність взаємодії між різними ланками системи охорони здоров'я.

7. Фінансова стабільність та ефективність управління в галузі охорони здоров'я.

Мета роботи полягає у розробці інноваційних підходів, важелів та механізмів удосконалення процесу управління наданням первинної медико-санітарної допомоги та галузі охорони суспільного здоров'я в цілому.

Завдання дослідження визначають можливість досягнення встановленої мети шляхом їх розв'язання:

- дослідити теоретико-методологічні основи надання медичних послуг на первинному рівні медико-санітарної допомоги;
- розглянути сьогочасне становище управління інституціями первинної медико-санітарної допомоги;
- схарактеризувати сьогоденний стан організаційно-функціональної структури і особливості системи управління охороною здоров'я первинного рівня;
- визначити істотні проблеми та сучасні негативні фактори які докорінно впливають на ефективність функціонування галузі;
- вивчити кращий міжнародний досвід із актуальної тематики;
- розробити інноваційні підходи до удосконалення механізмів надання медичних послуг у світлі глобальної Стратегії «Здорові люди – 2030», що пов'язана з Ціллю сталого розвитку, програми «Здоров'я для всіх – 21», глобального «Плану з профілактики неінфекційних захворювань та боротьби з ними на 2013-2020 роки», низки національних, державних та цільових програм України;

Предмет нашого дослідження складає поєднання теоретичних, методологічних, наукових і утилітарних площин покращання усіх ланок державного управління первинною сферою охорони громадського здоров'я на інноваційній основі.

Об'єктом дослідження є процес створення та запровадження системи урядового впливу на формування, прогрес і продуктивне використання ресурсів первинної охорони здоров'я України.

Методи дослідження складають системні методи, аналіз теоретико-методологічних та практичних проблем публічного управління розростом потенціалу громадського здоров'я, методи аналізу та синтезу, абстрагування та узагальнення, пояснення та інтерпретація результатів. Використано філософський, бібліографічний методи аналізу та дослідження інформації, зокрема діалектичний, метафізичний, синергетичний та інтуїтивний методи. Також використано формально-логічний (догматичний), порівняльний, соціологічний, інструментальний, аксіологічний.

Елементами наукової новизни дослідження є намагання сформулювати пріоритетні шляхи ефективною структурної конструкції державної політики управління потенціалом первинної медико-санітарної допомоги.

Апробація роботи полягає у тім, що її результати доповідались на двох науково-практичних конференціях в Поліському національному університеті, що відображено в двох наукових публікаціях.

Практична значимість отриманих результатів полягає в опрацюванні реальних практичних рекомендацій щодо інноваційних підходів до державного управління медичними закладами й установами на первинному щаблі.

Структура та обсяг роботи становить вступ і три розділи, загальні висновки та переліку 32 використаних джерел й додатку. Обсяг роботи становить 53 сторінки.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПЕРВИННОГО РІВНЯ

Забезпечення здоров'я та благополуччя населення є одним з головних пріоритетів Уряду України. Це також важливе міжнародне зобов'язання, яке відображено в Цілях сталого розвитку ООН, прийнятих Україною у 2017 році. На виконання цього зобов'язання були зроблені кроки, спрямовані на забезпечення громадянам України доступу до гарантованих державою послуг у сфері охорони здоров'я. Ці заходи включають реформування НСЗУ (у 2017 році) та кампанію з розширення доступу населення до ПМД охоплення населення послугами ПМД через декларації (реєстрацію) з лікарями ПМД (2018 рік), що призвела до того, що понад 30,5 млн. українців підписали декларації зі своїм сімейним лікарем [4].

Подальші аспекти реформи включають запровадження законодавчого порядку щодо надання та фінансування ПМД (2018), розробку системи цифрових інструментів охорони здоров'я та засобів, за допомогою яких можна перенаправляти пацієнтів з ПМД (2020), а також адаптацію національного переліку лікарських засобів та національного переліку лікарських засобів та нормативно-правових актів щодо цін на лікарські засоби (2020). Нове дослідження ВООЗ/Європа окреслює заходи з асигнування первинної медико-санітарної допомоги для прискорення реформування сектора охорони здоров'я в Україні. У звіті ВООЗ/Європа аналізується поточний стан бюджетування первинної медичної допомоги (ПМД) в Україні та представлено 5 політичних рекомендацій, спрямованих на покращення результатів охорони здоров'я, оптимізацію державних витрат та підвищення ефективності використання коштів [5].

Крім кадрової перебудови й створення нової організаційно-функціональної конструкції системи охорони здоров'я, потрібні докорінні зміни в управлінні первинними установами та закладами охорони здоров'я.

Україна робить значний прогрес у розширенні ПМД в умовах війни. Нещодавні інноваційні кроки у поданні грошей на охорону здоров'я визначили пріоритетом зміцнення ПМД, запровадивши заходи для збільшення обсягу послуг та покращення якості, зокрема: впровадження пакету послуг ПМД в рамках опрацювання Програми медичних гарантій (ПМГ); забезпечення вибору пацієнта та розширення автономії постачальників послуг; та застосування платформи «Доступні ліки» [7].

Ці реформи призвели до створення в країні надійної системи ПМД, орієнтованої на пацієнта. У новому програмному документі ВООЗ «Фінансування первинної медичної допомоги в Україні: аналіз ситуації та політичні міркування» запропоновано низку рекомендацій щодо подальшого просування цих реформ, вони включають в себе:

- зміцнення системи надання ПМД;
- забезпечення доступу до комплексного та доступного пакету послуг ПМД для всіх;
- забезпечення адекватного фінансування та пріоритетності ПМД при розподілі бюджетних коштів;
- реформування та ресурсне забезпечення оплати праці надавачів ПМД;
- використання схем контрагування для поліпшення надання сервісу ПМД [].

Під час національного політичного діалогу, 8 листопада 2023 року в Києві, представники Національної служби здоров'я України (НСЗУ), Міністерства охорони здоров'я, Міністерства фінансів, Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, закладів первинної медичної допомоги, професійних асоціацій, партнерів з розвитку, пацієнтських організацій та організацій громадянського суспільства розглянули пункти дій, викладені в новому політичному документі. В результаті обговорення учасники досягли консенсусу щодо визначення пріоритетів на найближчі роки на основі цього дослідження [9].

Державні витрати України на ПМД залишаються одними з найнижчих в Європейському регіоні ВООЗ. З урахуванням грошових витрат, які потрібно гасити Україні, є вкрай важливим облічити переваги у розходах на первинну медичну допомогу. Виявлення проблем зі здоров'ям на ранній стадії є найкращою економічно ефективною стратегією та способом врятувати життя і покращити результати громадського здоров'я», сказав посланець ВООЗ в Україні. Він пропонує практичні кроки для прискорення такого трансформаційного прогресу та використання стійкості, яку продемонстрував сектор охорони здоров'я в умовах війни, в напрямку забезпечення доступу до комплексної ПМД для всіх.

Станом на травень 2023 року 80 % населення України було зареєстровано у лікаря, який надає ПМД, але регіональні диспропорції зберігаються, а зростання кількості внутрішньо переміщених осіб погіршує цю ситуацію. «Програми медичних гарантій» та «Доступні ліки», прийняті в ході реформації сфери, утворили важливу роль у поліпшенні доступності ПМД в Україні, зробивши основні лікарські засоби та послуги більш доступними. Однак, прогалини в пакеті пільг продовжують призводити до високих витрат з власної кишені на ліки та діагностичні послуги, – пояснив керівник Бюро ВООЗ у Барселоні з питань асигнувань сфер охорони здоров'я. – У цьому документі викладені кроки, спрямовані на те, щоб зробити її доступнішою. Програмний документ визначив конкретні шляхи для усунення цих прогалин та кроки посилення фінансового захисту» [6].

Реорганізація системи оплати праці надавачів ПМД є пріоритетним завданням для надання більш якісних послуг, що відповідають потребам населення. Наразі модель не повною мірою враховує підвищені потреби в медичній допомозі для пацієнтів похилого віку та не враховує вищі витрати на надання ПМД у сільській місцевості. Фінансування послуг ПМД також має бути скориговане відповідно до рівня інфляції та зростання заробітної плати. Асигнування первинного щабля медичної допомоги в країні: аналізування ситуації та політичні міркування свідчать на користь того, що бюджет та

модель оплати ПМД повинні відображати витрати надавачів на надання послуг, визначених у ПМГ, оскільки це обмежує потребу пацієнтів платити за ці послуги з власної кишені. Для цього НСЗУ за підтримки ВООЗ провела дослідження вартості послуг ПМД та розробила методологію актуалізації подушних виплат надавачам [5].

«За методологією, що розроблено на підставі результатів вивчення неурядового товариства США International Medical Corps і Європейського регіонального бюро ВООЗ оприлюдненого у листопаді 2023 р., що є сильним знаряддям для виробництва більше тонких бюджетних розрахунків для різних пропозицій щодо політики у сфері ПМД, цей доказовий підхід допомагає нам відстоювати більш адекватне фінансування ПМД в рамках загального бюджету, що дозволяє нам краще розподіляти ресурси для розширення пакету ПМД та реагування на запити громадян у меддопомозі» – зазначила голова НСЗУ [6].

Технічна допомога та фінансування цього нового дослідження отримало технічну допомогу від ВООЗ в межах Дворічної угоди про співробітництво між Урядом України та Європейським регіональним бюро ВООЗ на 2022-2023 роки, а також фінансову підтримку від Уряду Канади [1].

Як і постачальники ПМД, постачальники стаціонарної допомоги тепер працюють за контрактом, що означає те, що фінансування отримують лише ті заклади, які відповідають контрактним вимогам (персонал, обладнання, інфраструктура та готовність надавати медичну допомогу відповідно з протоколами, визначеними для кожного пакету в рамках ОМГ). Глобальне бюджетне фінансування (пов'язане з показниками ефективності, захворюваністю та спроможністю постачальників) становило за рахунок яких у 2020 році було придбано 81 % спеціалізованої допомоги в ПМГ (67 % від загального бюджету ПМГ). Платні послуги використовуються для окремих діагностичних та лікувальних процедур [8].

З березня 2020 року оплата за конкретний випадок (зокрема діагностично-споріднені групи – ДСГ) використовуються для оплати чотирьох видів медичної допомоги інсульт, інфаркт міокарда, пологи та комплексний

неонатальний догляд. Ці виплати становили 8,1% фінансування ДСГ у 2020 році. Планувалося, що у березні 2020 року оплата за конкретним випадком буде запроваджена для всієї стаціонарної допомоги, але під тиском і невизначеністю пандемії COVID-19 повне впровадження було відкладено; впровадження розпочалося у квітні 2021 року. До початку впровадження лікарні повідомляли НСЗУ про випадки захворювання, використовуючи ДСГ, що є важливим структурним елементом для впровадження ДСГ [1]. Це надало можливість підвищити ефективність видатків шляхом прискорення оптимізації розмірів лікарень та раціоналізації мережі, поступово запровадити оплату за випадок лікування, а також зміцнити та інтегрувати ПМД [4].

Разом з тим, сьогодні потрібно розглянути можливість перенесення відповідальності за фінансування комунальних послуг з ДСНС на бюджет ПМГ з метою бюджету ПМГ, щоб зменшити неефективність, сприяти тому, щоб «гроші йшли за пацієнтом», та зменшити нерівність. Підготувати довгострокову стратегію фінансування охорони здоров'я, яка включає бачення щодо розширення програми ПМГ та її фінансування, а також додаткових політик протягом 10-річного періоду, удосконалити закупівлю послуг ПМГ на рівні первинної медичної допомоги, що також створює можливість:

- сформулювати та затвердити довгострокове стратегічне бачення ПМД з чітко визначеною моделлю надання послуг, яка б відповідала чітко визначеною моделлю надання послуг, що відповідає потребам людей, та механізмами закупівель для її підтримки;

- впровадити та санкціонувати використання стандартизованих клінічних протоколів в рамках ПМГ на рівні ПМД, починаючи з пріоритетних станів (таких як основні неінфекційні захворювання);

- прискорити використання цифрових технологій у наданні медичної допомоги в широкому спектрі функцій широкого спектру функцій, від подальшого розвитку архітектури електронної охорони здоров'я до впровадження телемедицини;

- запровадити систему моніторингу ефективності ПМД для вимірювання ефективності роботи закладів та всередині закладів у часі з метою покращення підзвітності за надання якісної медичної допомоги [5].

- оновити Перелік основних лікарських засобів (ОЛЗ) у Програмі «Доступні ліки» на який спирається ПМД, щоб забезпечити те, щоб включені ліки відповідали сучасним клінічним настановам та були економічно ефективними;

- оцінити компроміси між включенням більшої кількості станів та лікарських засобів до АМР та забезпеченням достатнього фінансування для менш дорогих та економічно ефективних лікарських засобів (при цьому останні повинні бути лікарських засобів (з пріоритетом на останні);

- сприяти розширенню мережі аптек, з якими укладено договори про надання ПМД, у регіонах з недостатнім рівнем обслуговування, а також у регіонах з недостатнім рівнем обслуговування регіонах та недостатньо обслуговуваних районах всередині кожного регіону, щоб допомогти зменшити географічні диспропорції;

- вивчити потенціал НСЗУ для моніторингу виписування рецептів, використовуючи електронні рецепти та систему електронної охорони здоров'я, не лише для виявлення шахрайства, але й щоб покращити клінічну адекватність медичної допомоги;

- у спеціалізованій амбулаторній, долікарняній та стаціонарній допомозі стало чіткіше визначити пакети ПМД і далі розділити 131 Українських діагностично-споріднених груп (УДСГ), які використовуються для їх оплати, з метою підвищити клінічну та вартісну однорідність, зменшивши таким чином фінансовий ризик для постачальників послуг;

- визначити чіткий шлях переходу до оплати за ДСГ, який надасть закладам час на адаптацію та захистить їх від ризиків закладам час на адаптацію та захист від надмірних фінансових ризиків;

- замінити річні та вибіркові контракти (в яких постачальники обирають, які пакети послуг вони надаватимуть) на багаторічні, комплексні контракти, щоб гарантувати рівний доступ до всіх послуг ПМГ;

- переглянути План спроможної мережі для забезпечення більшої прозорості лікарні методологію відбору, в якій критерії включення узгоджуються з принципами політики принципам політики;

- продовжувати посилювати використання даних НСЗУ для прийняття рішень, не тільки не тільки для розгляду звернень та виявлення шахрайства, але й для розробки політики [6].

Удосконалення управління інституційного забезпечення послугами ПМГ уможливило й інші кроки, це через створення комітету при Кабінеті Міністрів для сприяння координації та досягненню консенсусу між Мінфіном, МОЗ, НСЗУ та іншими міністерствами щодо обсягу, бюджету та тарифів на ПМГ та тарифів. Також, в рамках ширшої реформи управління державним сектором, спрямованої на моніторинг на основі результатів, розглянути можливість запровадження механізму моніторингу на основі результатів, розглянути можливість пілотування механізму звітування про результати діяльності НСЗУ перед Кабміном [11].

Кабінету Міністрів для покращення результативності діяльності НСЗУ потрібно розробити організаційну стратегію НСЗУ, узгоджену зі стратегією фінансування охорони здоров'я, з цілями та показниками ефективності. Створити в МОЗ невеликий постійний підрозділ з технічною експертизою у сфері політики фінансування охорони здоров'я, щоб дозволити МОЗ краще виконувати свої управлінські функції та управлінські функції по відношенню до НСЗУ. Уточнити роль та процедури Ради громадського контролю (РГК) щодо управління НСЗУ, включаючи інформацію та звіти, які НСЗУ має надавати РГК [10].

У 2015 році уряд України ініціював фундаментальну реформу системи охорони здоров'я системи охорони здоров'я з метою покращення стану здоров'я населення та забезпечення фінансового захисту населення від надмірних

особистих витрат на медичні послуги. Реформа мала бути реалізована шляхом модернізації та інтеграції системи надання послуг, внесення змін до механізмів оплати послуг, які б стимулювали ефективність, а також підвищення якості медичної допомоги. Кульмінацією реформ стало прийняття нового закону про фінансування охорони здоров'я – Закону «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» 2017 року, який створив пакет медичних послуг під назвою «Програма медичних гарантій» (ПМГ) та утворив Національну службу здоров'я України (НСЗУ) як стратегічного замовника для цієї програми [32].

Бачення полягало в тому, що ПМГ буде розширюватися з часом, щоб охопити усі види медичної допомоги, а фінансування буде еволюціонувати від методів, заснованих на витратах, до методів, заснованих на результатах, щоб краще узгодити надання медичної допомоги з потребами пацієнтів. Програма «Доступні ліки» (ПДУ) була інтегрована в ПМГ і тепер адмініструється НСЗУ, близько 2,8 мільйона українців вже отримали доступ до ліків через неї.

У середині 2021 року уряд розширив сферу дії ПМГ, включивши до неї спеціалізовану та екстрену медичну допомогу, протитуберкульозну (ТБ) та психіатричну допомогу, а також вакцинацію від COVID. Також було розпочато реформу системи оплати лікарняних послуг та запроваджено звітність про випадки госпіталізації за групами, пов'язаними з діагнозом (ДСГ), в рамках підготовки до оплати за ДСГ розпочато звітність за діагностично-спорідненими групами (ДСГ). Система електронної охорони здоров'я стала більш досконалою і тепер включає електронні медичні картки та направлення. «Опорні лікарні», які стануть частиною спроможної мережі, де будуть сконцентровані реформи надання послуг [32].

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) та Світовий банк опублікували огляд реформ, в ньому підбито підсумки прогресу реформ з 2017 року, висвітлено досягнення, визначено виклики та надано рекомендації щодо їх подолання. У звіті розглянуто п'ять сфер: управління; фінансування (фіскальний простір, збір доходів, механізми об'єднання); стратегічні закупівлі первинної медичної допомоги (ПМД); підготовка до стратегічних закупівель на рівні лікарень на рівні лікарень; та розробка пакету послуг.

В Україні, впровадження реформи фінансування охорони здоров'я суттєво просунулося вперед, і настав час ще раз проаналізувати, на якому етапі перебуває реформа і якими мають бути майбутні напрямки. Було зроблено багато важливих кроків досягнень за останні два роки, як з точки зору інституційної реформи, так і з точки зору розширення доступу до як інституційної реформи, так і розширення доступу до медичної допомоги. Охоплення первинною медичною допомогою збільшилося до більш ніж 70 відсотків населення.

РОЗДІЛ 2.

СТАН ТА ПРОБЛЕМИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ПЕРВИННОМУ РІВНІ

Команда експертів ВООЗ, які мають досвід реформування первинної медичної допомоги (ПМД провела кабінетний огляд української системи ПМД до початку війни в лютому 2022 року. Метою оцінки було надати всебічний огляд поточного стану ПМД в Україні, виокремити ключові виклики та запропонувати рекомендовані дії та рішення для їх вирішення та подолання. Огляд також є потенційним внеском у діалог щодо післявоєнної відбудови сектору охорони здоров'я. Цей звіт ґрунтується на оцінці та даних, зібраних протягом 2020-2021 років. Він не відображає наслідків війни в Україні, від лютого 2022 року. У цьому звіті детально викладено висновки огляду та пропозиції безпосередніх дій для розвитку моделі ПМД з відповідними стратегіями [21].

Історичний розвиток індустрії охорони здоров'я свідчить, про те, що Уряд України здійснив низку кроків для реформування системи охорони здоров'я за останні роки. Відповідно до міжнародних доказів, він вирішив зробити первинну медичну допомогу (ПМД) основою системи охорони здоров'я в Україні. Астанинська декларація про первинну медико-санітарну допомогу та Порядок денний у сфері сталого розвитку на період до 2030 року підкреслюють, що ПМД є найбільш інклюзивним, ефективним та дієвим підходом до забезпечення покращення послуг та збереження громадського здоров'я та благополуччя [22].

Процес реформування розпочався у 2018 році, коли Європейське регіональне бюро ВООЗ підтримує зусилля, спрямовані на досягнення загального охоплення послугами охорони здоров'я та забезпечення здоров'я для всіх. Огляд включає в себе: оцінку стану послуг ПМД в Україні шляхом узагальнення існуючих програмних документів і звітів, а також аналіз наявних документів і звітів та вивчення наявних даних; запропонувати політичні

рекомендації щодо поетапної розбудови сталої служби ПМД, яка була б прозорою, доступною для людей та прозорою, орієнтованою на потреби людей, інтегрованою та оновленою служби ПМД, яка б ґрунтувалася на існуючій моделі спирається на існуючу модель для вирішення поточних проблем [2].

Для проведення оцінки системи ПМД в Україні були використані елементи двох оціночних систем – Операційної рамки ВООЗ для ПМД (1) та Інструменту з оцінки впливу, ефективності та потенціалу первинної медичної допомоги. Вплив, ефективність та потенціал первинної медичної допомоги – були об'єднані з метою охоплення наступні сфери:

- кількість і типи надавачів ПМД (включаючи залучення пацієнтів);
- наявність, обсяг, навички та мультидисциплінарні команди;
- маршрути пацієнтів та процеси пере направлення;
- фізична інфраструктура;
- лікарські засоби та інші товари медичного призначення;
- системи закупівель та оплати;
- цифрові технології для охорони здоров'я;
- системи покращення якості медичної допомоги;
- врядування, включаючи формування політики, розподіл ресурсів та пов'язані з цим питання [3].

До переростання конфлікту у війну? в лютому 2022 року? Міністерство охорони здоров'я розробило проєкт концептуальної записки «Стратегія розвитку первинної медичної допомоги в Україні на період до 2030 року», який був інтегрований у до 2030 року», який був інтегрований до Плану післявоєнного відновлення системи охорони здоров'я України на 2022-2032 роки. План відновлення системи охорони здоров'я України на 2022-2032 роки, оприлюднений Національною радою з відновлення у 2022 році. Вона встановлює загальні цілі та конкретні завдання розвитку ПМД на наступне десятиліття, зокрема:

- розширення спектру послуг ПМД з акцентом на профілактику захворювань та популяризація здорового способу життя – впровадження мультидисциплінарних підходів у ПМД;

- забезпечення безперервності медичної допомоги, особистісно-орієнтованості та інтеграції з іншими рівнями медичної допомоги, а також з системою громадського здоров'я з іншими рівнями медичної допомоги, а також із системою охорони здоров'я та соціальними службами; та – управління якістю та покращення підзвітності в ПМД [4].

Мультидисциплінарні команди (як визначено в концептуальній записці Міністерства охорони здоров'я, Оперативній рамці ВООЗ для ПМД та у цьому звіті) формуються з різних медичних працівників, які працюють разом як команда для надання широкого спектру послуг на основі скоординованого підходу. Склад мультидисциплінарних команд у ПМД може відрізнятися залежно від умов, але може включати лікарів загальної практики (включаючи сімейних лікарів, педіатрів і терапевтів), лікарів-терапевтів, лікарів-хірургів, лікарів-терапевтів і лікарів-хірургів, лікарів загальної практики (включаючи сімейних лікарів, лікарів-педіатрів і лікарів-терапевтів), асистентів лікарів, медичних сестер, медичних сестер-спеціалістів, працівників охорони здоров'я на рівні громади, фармацевтів соціальні працівники, дієтологи, консультанти з питань психічного здоров'я, фізіотерапевти, інструктори для пацієнтів, менеджери, допоміжний персонал та інший персонал ПМСД. Вони спеціально не включають фахівців, які працюють у поліклініках. Деякі з цих ролей ще не поки що не існують в Україні, але за прикладом інших країн очікується, що їх розвиток допоможе підтримати нову сучасну службу ПМСД [5].

У цьому розділі описано стан системи ПМД в Україні до війни на основі системи оцінювання. У ньому викладено поточні виклики, які створюють підґрунтя для рекомендованих дій. Протягом останніх років Міністерство охорони здоров'я доклало значних зусиль, щоб забезпечити усім українцям можливість записатися до сімейного лікаря за власним вибором. Зростання кількості пацієнтів, приписаних до сімейних лікарів, свідчить про те, що

кількості пацієнтів, зареєстрованих у лікаря ПМД, було проголошено як успіх нещодавніх реформ. Українців, що підписали декларацію зі своїм сімейним лікарем, близько трьох чвертей загальної кількості населення (приблизно 31 мільйон). Пацієнти можуть обирати будь-якого сімейного лікаря, якщо заклад ПМД має договір з НСЗУ. Також можлива зміна лікаря [6].

Стрімке зростання кількості надавачів послуг пов'язане з новими правилами укладання договорів, які дозволяють будь-якому надавачу ПМД укласти договір з НСЗУ на певний пакет ПМД, якщо він відповідає наступним вимогам: наявність щонайменше одного лікаря ПМД (а з 2022р, принаймні однієї медичної сестри), дійсної медичної ліцензії, відповідного юридичного статусу та мінімальної ІТ-потужності для роботи відповідно до ІТ-спроможності працювати відповідно до медичної інформаційної системи (МІС) НСЗУ та стандартами електронної охорони здоров'я. Надавачі також повинні відповідати вимогам, викладеним у специфікаціях та умовах закупівлі ПМД специфікаціях пакету та умовах закупівлі послуг ПМД [7].

У 2020 році НСЗУ уклала договори з 1675 надавачами ПМД, які працюють дещо по-різному. Понад три чверті надавачів були центрами ПМД ($n = 1307$, 78 %), в яких часто працює кілька лікарів ПМД, а решта – приватні практики ($n = 368$, 22 %), у яких може працювати лише один лікар ПМД. Станом на 1 вересня 2021р, кількість надавачів ПМД становила 1960, включаючи центри ПМД ($n = 1219$, 62 %), приватних надавачів ($n = 221$, 11 %) та ФОП ($n = 520$, 27 %). Більшість центрів ПМСД функціонують як єдині юридичні особи, але мають кілька практичних центрів у різних місцях (наприклад, у районних центрах або прилеглих селах). В середньому на один центр ПМД припадає 4,1 місця надання послуг [8].

Загалом у 2021 році в країні налічувалося 7016 місць надання послуг. Індивідуальна практика ПМД організовується окремими лікарями ПМД, які працюють у правовій формі фізичної особи-підприємця [5]. Близько половини таких практик ($n = 3563$, 51%) працюють у сільській місцевості, де в середньому 1754 зареєстрованих пацієнтів. Середня кількість зареєстрованих

пацієнтів у міських лікарських амбулаторіях значно вища через більшу чисельність населення, в середньому 7453 зареєстрованих пацієнтів у великих містах та селищах міського типу. Усі три типи географічного розташування (міста, селища міського типу та сільська місцевість), тим не менш, мають схожу кількість пацієнтів на одного лікаря ПМД. Хоча політична амбіція полягала у збільшенні кількості надавачів ПМД, після нещодавньої реформи з'явилися дві потенційно тривожні тенденції з початком нещодавніх реформ, які можуть мати значні наслідки для майбутніх договірних відносин: збільшення кількості лікарів, які практикують самостійно, та збільшення кількості лікарень, зареєстрованих як надавачі ПМД [9].

Тенденція 1: збільшення кількості приватних практик. Відповідно до очікувань від нового законодавства щодо того, хто може претендувати на надання ПМД, загальна кількість надавачів ПМД, з якими НСЗУ уклала договори, зросла на 30% між 2019 та 2020 роками? Водночас кількість ФОПів, які надають ПМД, зросла майже втричі. Зростання кількості ФОП суперечить бажаному напрямку руху до спільної роботи мультидисциплінарних команд ПМД, які працюють разом в інтегрований спосіб. Необхідно провести додаткові дослідження, щоб зрозуміти, як послуги можуть відрізнитися між великими групами ПМСД та індивідуальною практикою та групові та індивідуальні практики, причини, через які лікарі обирають індивідуальну практику, а також вплив на результати лікування пацієнтів [10].

Тенденція 2: збільшення кількості лікарень, що надають ПМД з якими НСЗУ уклала договори про надання ПМД. З моменту запровадження договору з НСЗУ 124 лікарні почали надавати послуги ПМД. Це проблематично з кількох причин. Коли лікарні укладають договори про надання первинної медичної допомоги, можуть виникнути ризики індукованого постачальником попиту. Це може проявлятися в тому, що надавачі ПМД на базі лікарень діятимуть як агенти пацієнтів, приймаючи рішення за них і направляючи їх до інших лікарів, що надають ПМД, які є надлишковими порівняно з тими, які обрали б пацієнти, або тими, що необхідні з медичної точки зору. Можливість також може

існувати для лікарень надавати додаткові платні послуги та забезпечувати швидкий доступ пацієнтів до лікарні. Така практика вже існує в міських районах і може зробити сільські послуги менш привабливими для пацієнтів і персоналу [23].

Нові дані засвідчили факт про те, що кількість направлень на госпіталізацію була значно вищою, бо кількість направлень отримана на госпіталізацію від надавачів ПМД, які працюють при лікарнях (в обласних лікарнях, які мають договори про надання ПМД (98 % перенаправлень було здійснено в одному закладі). Це є сигналом про необхідність подальших досліджень попиту, індукованого постачальниками. Середній показник по країні становив 61,2 направлення на 1000 декларацій від надавачів ПМД, які не працюють у лікарнях [24].

За даними НСЗУ за 2021 рік, зі 124 лікарень, що надають послуги ПМД, 40 мають менше 1000 зареєстрованих пацієнтів. Це свідчить про те, що ці заклади ПМД можуть не мати навіть однієї штатної посади сімейного лікаря (рекомендоване МОЗ співвідношення кількості сімейних лікарів до кількості зареєстрованих пацієнтів становить 1 : 1800). Ситуація, що склалася потребує уваги та ретельного моніторингу, щоб забезпечити справедливість договірних відносин та постачальники медичних послуг мають належну організаційну та клінічну спроможність надавати ПМД [23].

Слід також зазначити, що докази з інших країн свідчать про те, що комплексна медична допомога є цінністю, яку найкраще сповідують працівники ПМД на щаблі общини а не в закладах вторинної медичної допомоги (3). Сильні системи ПМСД, які є цілісними та комплексні у своєму підході, створюють важливу позитивну дію щодо ефективності ладів охорони здоров'я [6]. Якщо більше лікарень будуть надавати первинну медичну допомогу – може утворитися тривога про те, якою мірою послуги будуть зосереджені в міських районах (де зазвичай розташовані лікарні), що може обмежити доступ до ПМД у важкодоступних сільських районах.

Механізми укладання договорів, як зазначалося вище, є уніфікованими та широкими. Нині немає особливої політики чи юридичних актів, які б створювали стимули для селективного укладання контрактів на ПМД щодо піднесення ефективності та якості системи. Кадри ПМД в Україні представлені трьома спеціальностями – сімейними лікарями, терапевти (різновид лікаря загальної практики) та педіатри – кожен з яких має рекомендовану кількість хворих (1800/сімейного лікаря, 2000/терапевта і 900 дітей/педіатра). Медсестри також є частиною робочої сили, але не вважаються фахівцями і тому не мають рекомендованої кількості хворих. Достатня кількість персоналу буде мати важливе значення для досягнення цілей ПМД, як збільшення діапазону допомоги ПМД та застосування мультидисциплінарних команд у ПМД [21].

Незважаючи на значну чисельність лікарів у країні (47 лікарів/10 000 населення, тобто удвічі більше, ніж у Західній Європі) та понад 10 000 випускників щорічно [7], лише близько 25 000 (13 %) були лікарями ПМД у 2018 році [8]. У Європейському Союзі середній показник у тому ж році становив 21 %, з діапазоном від 41% всіх сімейних лікарів до загальної практики, в Португалії до 6 % у Греції [9]. Статистичні дані з України за 2021 рік показують, що більшість лікарів ПМД – сімейні лікарі (15 303, 66 %), серед яких педіатри (4587, 20 %) та терапевти (3461, 15 %) складають меншу частку [16].

Є дві головні групи викликів системі, що стосуються лікарів ПМД. По-перше, викликає занепокоєння вікова структура лікарського персоналу первинної ланки медичної допомоги. Їх половина мають вік понад 50 років, чверть з яких є особами пенсійного віку. Близько чверті сімейних лікарів (26 %) мають вік 35 років або менше. Це складний виклик, оскільки від ПМД вимагають робити більше за допомогою нових методів роботи, але вони, як правило, покладаються на людей, які пройшли підготовку багато років тому. Тенденції серед інших лікарів ПМСД викликають ще більше занепокоєння, оскільки 55 % лікарів-педіатрів та 64% лікарів-терапевтів педіатрів і 64 %

терапевтів старші 50 років. Без подальших інвестицій, робоча сила, ймовірно, скоротиться саме в той момент, коли політика вимагає зростання [17].

По-друге, охоплення первинною медичною допомогою є нерівномірним, особливо в сільських та дальніх місцевостях, до того ж які мають й інші проблеми, поєднані з браком кадрів, різним рівнем місцевого фінансування і, як наслідок, погана матеріально-технічна база. Місцева влада відповідає за покриття капітальних витрат та витрат на комунальні послуги, але відмінності в рівнях та пріоритетах фінансування означають, що місцеві рівні фінансування та пріоритети означають, що інвестиції також нерівномірні. Проблеми, пов'язані з низьким рівнем набору, утримання та низьким мотивуванням лікарів загальної практики раніше були поєднані з низьким престижем медичних працівників ПМД [10].

Додатковою проблемою для найму є те, що додатковою проблемою для найму є те, що освіта в українських медичних вишах включає лише 1-2 тижні ПМСД на шостому курсі порівняно з 4-8 тижнями в інших європейських країнах [11]. Професіоналізація ПМСД підтримується Українською асоціацією сімейної медицини, яка є неурядовою організацією, що налічує 10 000 членів, яка сполучає лікарів загальної практики, медсестер та прихильників посилення ролі ПМСД. Академія сімейної медицини України поєднує більше 500 професіоналів, які відстоюють інтереси сімейної охорони здоров'я та безперервного професійного розвитку (БПР). Ці дві інституції підтримуватимуть зацікавлені сторони в процесі реформування.

Мало відомо про кількість підготовлених та доступних медичних сестер у ПМД. МОЗ України установлює пропорцію лікарів до медсестер як 1 : 1 як найменше правило діяльності ПМД, але фактичне співвідношення МОЗ визначає співвідношення лікар/медсестра 1 : 1 як мінімальний канон для практики ПМД, але фактичне співвідношення невідоме. НСЗУ має е-реєстр всіх (діючих) лікарів у країні та розпочала формування аналогічного реєстру для медичних сестер протягом 2021 року. Збільшення обсягу роботи, навичок та

можливостей лікарів і медсестер ПМД є серйозним для посилення ролі ПМД у ширшій системі охорони здоров'я [19].

Сфера діяльності, навички та можливості лікарського персоналу ПМД визначено в Програмі медичних гарантій (ПМГ), як це сформульовано Наказом Міністерства охорони здоров'я № 504 [8]. Цей наказ встановлює, що надавачі ПМД повинні надавати 17 видів консультацій та втручань у терапевтичному, педіатричному, акушерство/гінекологічному, профілях, а також таких сферах як планування сім'ї, репродуктивне здоров'я та терапію туберкульозу (ТБ), гепатиту С та ВІЛ-інфекції. Лікарі можуть отримати реімбурсацію за вісім видів лабораторних та діагностичних досліджень, що обіймають хронічні захворювання, профогляди та вакцинацію, спостереження за вагітністю та вагітність та догляд за дитиною, а також певну невідкладну допомогу, дізнання епізодичних подій інфекційних хвороб та паліативних захворювань інфекційних захворювань та паліативної допомоги. Нормативними документами також передбачається, що лікарі ПМД повинні проводити санітарну просвіту, взаємодіяти із інституціями здоров'я та працювати в напрямку надання послуг у складі мультидисциплінарних. Команди ПМД, що базуються на групах лікарів та інших медичних працівників, які працюють спільно для надання допомоги певному гурті населення [8].

У 2020 р. Міністерство охорони здоров'я підхопило функції Всесвітньої організації сімейних лікарів (ВОСЛ) для вітчизняної галузі охорони здоров'я, що є демонстрацією того, що Уряд прагне, щоб цінності надавачів ПМД розширювались і охоплювали управління первинною медичною допомогою, особистісно-орієнтовану допомогу, навички вирішення конкретних проблем, комплексний підхід, орієнтацію на громаду та холистичний підхід [11].

Згідно з нормативними документами (9), сфера діяльності медичних сестер є широкою. На практиці однак, медичні сестри на рівні ПМСД часто стикаються з тим, що їхні клінічні завдання та обов'язки обмежені. Нещодавній звіт ВООЗ (10) виявив, що, за судженнями опитуваних, до 90% часу медсестринської практики на рівні ПМСД йде на адміністрування,

документування та обробку (але не введення) вакцин, що спричинює відрив від того, чому вони були навчені. Тим не менш, в Україні можна знайти приклади практик, коли медичні сестри беруть на себе ширше коло обов'язків, включаючи проведення скринінгу, обстежень та оцінок. Розширення повноважень медичних сестер може сприяти підвищенню ефективності та орієнтованості ПМСД на пацієнта, наближаючи медичну допомогу до потреб громади.

Неясно, яким ступенем медичний персонал ПМД (та інші працівники ПМД) в країні трудяться мультидисциплінарно, а не як приватно практикуючі лікарі, за причини відсутності даних. Тим не менш, значний запас для мультидисциплінарної роботи команди є. Послуги, які може надавати мультидисциплінарна команда ПМСД, включають діагностику та лікування поширених і хронічних захворювань, профілактичний скринінг та вакцинацію, ведення вагітності, педіатрію, а також певні види невідкладної, домашньої та паліативної допомоги. Більшість хронічних захворювань в Україні лікують вузькі спеціалісти.

Історична модель надання медичної допомоги полягає в тому, що пацієнти з кількома хронічними захворюваннями полягає в тому, що пацієнтами з множинними хронічними захворюваннями займаються вузькі спеціалісти, а не сімейні лікарі. Як наслідок, лікарі первинної ланки мають обмежений досвід догляду за пацієнтами з кількома поширеними захворюваннями. Наприклад, у нещодавньому звіті ВООЗ припускає, що реєстрація поведінкових факторів ризику неінфекційних захворювань (НІЗ) лікарями ПМД поведінкових факторів ризику неінфекційних захворювань (НІЗ) лікарями на рівні ПМД в Україні є низьким. Загальний рівень холестерину вимірювався та зареєстровано лише у 28 % чоловіків та 29 % жінок, а окружність талії – у 9 % чоловіків та 10 % жінок [5].

Пацієнти звикли отримувати медичну допомогу від спеціалістів і можуть не бажати, щоб їхні стани контролювалися в системі ПМД, що ще більше зменшує можливості для розвитку навичок персоналу ПМД. У ПМД

проводиться мало ефективної профілактичної роботи. профілактика та пропаганда здорового способу життя на рівні ПМД відсутні результативні інтервенції та програми з профілактики та пропаганди здорового способу життя. Це означає, що лікарі ПМД мають обмежені можливості щодо управління факторами ризику хронічних захворювань та надання консультування щодо зміни поведінки. Вони також часто не володіють технологіями необхідних для ранньої діагностики та лікування, а також їм може бракувати навичок залучення пацієнтів та їхніх родин до лікування.

Таблиця 2.1

Вікова структура лікарів ПМД

Вік	Сімейні лікарі	Педіатри	Терапевти	Всього
<= 30	2 045	418	216	2 679
31–35	1 918	577	278	2 773
36–40	1 333	388	221	1 942
41–45	1 217	303	278	1 798
46–50	1 153	399	246	1 798
51–55	1 517	484	318	2 319
56–60	2 206	634	429	3 269
61–65	2 241	740	598	3 579
66–70	1 224	435	529	2 188
71–75	374	154	266	794
> 75	75	55	82	212
Загалом	15 303	4 587	3 461	23 351

Джерело [30].

Це може суттєво обмежити здатність пацієнтів до самообслуговування та посилити ризики захворювання або прогресування хвороби. З часом коло надавачів ПМД розширюється. Умови надання послуг ПМД у 2022 році були розширені. Надавачі послуг тепер зобов'язані:

- інформувати пацієнтів про можливості профілактики та лікування;
- залучати пацієнтів до прийняття рішень щодо їхнього здоров'я, узгоджувати з ними план лікування відповідно до їхніх очікувань та можливостей;
- проводити профілактичні бесіди з пацієнтами щодо ведення здорового способу життя та піклування про власне здоров'я та здоров'я своїх дітей [31].

Освітня підтримка всіх рівнів персоналу ПМД необхідна для того, щоб ці послуги надавалися пацієнтам надання цих послуг пацієнтам у комплексний та належний спосіб. Можливості медичних сестер у наданні допомоги є обмеженими. Медичні сестри відіграють ключову роль у первинній медичній допомозі у розширенні, з'єднанні та координації медичної допомоги [30].

Однак, як описано вище, ролі медсестер здебільшого є адміністративними. За умови певного навчання та зміни мислення лікарів і пацієнтів ПМД лікарів та пацієнтів ПМД, функції медичних сестер ПМД можуть бути розширені і включати в себе функції сімейних медсестер. Тоді медичні сестри могли б брати участь у наданні послуг під наглядом і керівництвом сімейних лікарів, покращуючи доступ до медичної допомоги, використовуючи нові технології, надаючи мобільну допомогу та навчаючи самопомозі за дорученням сімейних лікарів.

Важливо відзначити, що перегляд поточної системи безперервної освіти медичних сестер, а також розробка нормативних документів, які б відповідали тим, що існують для лікарів. Такі дії можуть сприяти підвищенню професіоналізму медичних сестер. Послуги з охорони психічного здоров'я в системі ПМСД обмежені за обсягом. Той факт, що психіатричні стани психіатричні стани виходять за рамки сімейної медицини, а соціальна робота не входить у практику охорони здоров'я, обмежує ефективність нинішньої моделі у вирішенні складних проблем, з якими стикаються багато пацієнтів. Це також може мати наслідки для фізичного здоров'я людей із серйозними та довготривалими психічними розладами [32].

Попри зростаючий національний консенсус щодо необхідності інтеграції послуг з охорони психічного здоров'я в систему ПМД, що відображено в Концепції розвитку охорони психічного здоров'я, затвердженій Кабінетом Міністрів у 2017 році, обсяг послуг з охорони психічного здоров'я, які можуть надаватися в рамках ПМД, залишається невизначеним. ВООЗ та партнери реагують на зростаючі потреби та підтримують Міністерство охорони здоров'я у впровадженні послуг з охорони психічного здоров'я на первинній медичній

допомозі шляхом розбудови потенціалу ПМД щодо ведення поширених психічних розладів, таких як депресія, самоушкодження/суїцид, розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, тривожність і розлади, пов'язані зі стресом [32].

Станом на жовтень 2021 року ВООЗ та партнери підготували та забезпечили супервізію для понад 370 працівників ПМД, що дозволило забезпечити доступ до якісних послуг з охорони психічного здоров'я для понад 400 000 людей. Інтеграція служб громадського здоров'я та соціальної допомоги з ПМД є слабкою. Тісніша співпраця з соціальними службами може покращити догляд за пацієнтами, особливо для тих, хто є вразливим. Чіткі та ефективні механізми координації між соціальними службами та ПМСД мають потенціал для вирішення таких важливих детермінант, як зловживання алкоголем та наркотичними речовинами, сексуальне та гендерне насильство, недоїдання, догляд за людьми похилого віку та багато інших. Це, в свою чергу, матиме значний вплив на добробут громади [30].

В Україні система охорони здоров'я покладається на вузьких спеціалістів для лікування більшості хронічних захворювань. Це призводить до того, що пацієнти з множинними хронічними захворюваннями не отримують належного комплексного догляду від своїх сімейних лікарів.

Наслідки цієї системи:

- Обмежений досвід лікарів первинної ланки, через те, що вони рідко стикаються з пацієнтами, які мають декілька хронічних захворювань, лікарям первинної ланки не вистачає досвіду та знань для їх ефективного лікування.
- Недостатнє виявлення та ведення факторів ризику, лікарі первинної ланки в Україні часто не реєструють та не ведуть ключові фактори ризику неінфекційних захворювань, такі як рівень холестерину та окружність талії.
- Низька зацікавленість пацієнтів, багато пацієнтів звикли звертатися до вузьких спеціалістів за лікуванням хронічних захворювань і не схильні до того, щоб їх станом керували сімейні лікарі.

- Відсутність профілактики та пропаганди здорового способу життя, система первинної медичної допомоги не пропонує ефективних програм профілактики та пропаганди здорового способу життя, що обмежує можливості лікарів щодо управління факторами ризику та надання консультацій щодо зміни поведінки.

- Нестача ресурсів та навичок, лікарям первинної ланки часто не вистачає необхідних технологій для ранньої діагностики та лікування, а також їм може бракувати навичок залучення пацієнтів та їхніх родин до процесу лікування.

Незважаючи на ці проблеми, в системі первинної медичної допомоги України відбуваються деякі позитивні зміни:

- Розширення повноважень лікарів первинної ланки, так, з 2022 року лікарі первинної ланки зобов'язані інформувати пацієнтів про можливості профілактики та лікування, залучати їх до прийняття рішень щодо їхнього здоров'я та проводити профілактичні бесіди про здоровий спосіб життя.

- Підтримка медсестер: ВООЗ визнає важливу роль медсестер у первинній медичній допомозі та рекомендує розширити їхні функції, включивши до них деякі обов'язки сімейних медсестер. Це може покращити доступ до медичної допомоги, використання нових технологій, надання мобільної допомоги та навчання самопомозі.

- Інтеграція психічного здоров'я: ВООЗ та партнери співпрацюють з Міністерством охорони здоров'я України над розширенням доступу до послуг з охорони психічного здоров'я на рівні первинної медичної допомоги.

- Покращення співпраці з соціальними службами може покращити догляд за пацієнтами, особливо для вразливих груп населення. Ці зміни мають потенціал для покращення якості та доступності медичної допомоги для мільйонів українців. Важливо зазначити, що для успішного впровадження цих змін необхідні додаткові зусилля:

- Навчання та підтримка персоналу первинної медичної допомоги, потрібна додаткова підготовка та підтримка для того, щоб вони могли виконувати свої нові обов'язки.
- Необхідні інвестиції для забезпечення ресурсами та технологіями, необхідними для надання якісних послуг первинної медичної допомоги.
- Необхідні ширші системні зміни для забезпечення кращої координації між різними секторами системи охорони здоров'я. Завдяки спільним зусиллям урядів, міжнародних організацій та медичних працівників Україна може створити більш ефективну та орієнтовану на пацієнта систему первинної медичної допомоги [1].

Управління ВІЛ, туберкульозом та вірусними гепатитами на рівні ПМД є складним завданням. Ці захворювання вважаються пріоритетними в контексті громадського здоров'я в Україні, тому тестування на них включено до переліку завдань первинної медичної допомоги, викладеного в Наказі МОЗ № 504 (2018) [8]. НСЗУ надала можливість службам ПМД брати участь у тендерах на отримання контрактів на ведення пацієнтів з ВІЛ-інфекцією та туберкульозом з 2021 року. ВІЛ-інфікованих та хворих на туберкульоз з 2021 року. Незважаючи на це, перед ПМД залишається багато викликів, щоб повністю взяти на себе виявлення та лікування цих станів, серед них:

- проблеми зі спроможністю персоналу ПМД виявляти пацієнтів зі СНІД-асоційованими розладами, станами, пов'язаними з ВІЛ-інфекцією, та тими, що пов'язані з розладами, пов'язаними зі СНІДом, ВІЛ-інфекцією, а також тих, хто практикує ризиковану поведінку;
- недостатня кількість часу для проведення швидких діагностичних тестів;
- брак знань щодо доконтактної профілактики, антиретровірусної терапії та догляду за людьми, які живуть з ВІЛ-інфекцією людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом;
- слабкі можливості транспортування зразків крові в закладах ПМСД;

- висока вартість тестування або доступу до швидких молекулярно-генетичних тестів;

Механізми обміну інформацією між ПМД і громадським здоров'ям та взаємної обміну інформацією між ПМД і громадським здоров'ям та взаємної підтримки потреб громад у сфері охорони здоров'я. Це може включати допомогу в розробці ефективних стратегій профілактики та лікування захворювань, включаючи вакцинацію та профілактику самогубств [31].

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ

Розробка політики та планування впровадження ПМД повинні бути узгоджені з поточним розвитком та впровадженням мережі госпітальних округів. Важливо, щоб мережа ПМД була пов'язана з кластерним підходом до створення госпітальних округів, що призведе до гармонізованої мережі охорони здоров'я на місцевому рівні.

Необхідно створити нормативно-правову базу для відновлення та розвитку інфраструктури, на основі конкретних критеріїв з визначеними функціональними та технічними вимогами. Вони мають бути узгоджені з функціями та кошиком послуг ПМД та відображати контекст відновлення і стійкість об'єктів. Хоча нові політики та нормативні акти, спрямовані на розширення сфери застосування та навичок робочої сили, а також на заохочення працівників та заохочення їх до мультидисциплінарної роботи є кроками у правильному напрямку до створення у правильному напрямку до створення сильної системи ПМД, на шляху до змін залишається низка бар'єрів.

На жаль, ці зміни можуть виявитися складними для реалізації, оскільки вже утверджені пацієнтські установки та структури системи ПМД можуть перешкоджати здійсненню цих завдань. Необхідно створити ефективні механізми співпраці між лікарями ПМД і спеціалістами для забезпечення

інтегрованої та координованої опіки для пацієнтів з множинними хронічними захворюваннями.

Зміни в управлінні та організації Медичної Служби України будуть необхідними для того, щоб забезпечити ефективну профілактику, діагностику та лікування хронічних захворювань. Потрібно реформувати сферу подання меддопомоги та надати першочерговий фінансовий та діловий підхід до впровадження інновацій для покращення якості та доступності медичних послуг.

Українська Медична Служба повинна стати більш орієнтованою на пацієнта та забезпечити інтегровану та координовану опіку для пацієнтів з хронічними захворюваннями. Тільки шляхом спільної роботи зацікавлених сторін та вдосконаленням професійних навичок медичного персоналу можна досягти покращення стану громадського здоров'я в Україні.

РОЗДІЛ 3.

ІННОВАЦІЙНІ ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПЕРВИННОГО РІВНЯ

При наданні медичної допомоги ефективна командна робота може негайно і позитивно вплинути на безпеку пацієнта та результати лікування. Потреба в ефективних командах зростає через збільшення кількості супутніх захворювань і ускладнення спеціалізації медичної допомоги. Минув час, коли лікар, стоматолог чи будь-який інший медичний працівник у будь-якій медичній організації міг одноосібно створювати меддопомогу відповідної якості, яка задовольняла б його чи її пацієнтів. Розвиток охорони здоров'я та глобальний попит на якісну меддопомогу хворі вимагають паралельного професійного розвитку медичних працівників з акцентом на орієнтованому на пацієнта командному підході до роботи. Цього можна досягти, лише поставивши пацієнта в центр надання медичної допомоги та поширюючи широку культуру цінностей і принципів. Це допоможе сформуванню та розвинути ефективну команду, здатну надавати виняткову допомогу пацієнтам. Для досягнення цієї мети мотивація членів команди повинна бути підкріплена стратегіями і практичними навичками для досягнення цілей і подолання викликів. Ця стаття висвітлює цінності та принципи роботи в команді, а також надає учасникам команди практичний підхід до якісної медичної допомоги пацієнтам [12].

Ефективна командна робота сьогодні в усьому світі визнана важливим інструментом для побудови більш ефективної та орієнтованої на пацієнта структури подання медичної допомоги. Виявлення найкращих практик за допомогою ретельних досліджень, які можуть надати дані про оптимальні процеси надання медичної допомоги на основі командної роботи, залежить від визначення основних елементів цієї системи. Як тільки основні принципи та основні цінності будуть узгоджені та поширені, дослідники зможуть легше

порівнювати моделі медичної допомоги на прикладах командної роботи, а уповноважені особи зможуть сприяти впровадженню ефективних практик [13].

Тому низка уповноважених професійних медичних організацій по всьому світу нещодавно виступили із заявами щодо визначення команд, їхніх ролей та характеристик успішної команди [14-17].

Вони розробили основні цінності та принципи командної роботи в охороні здоров'я, щоб знайти спільну мову на цю дуже гарячу тему. Потенційні виклики та практичні поради щодо того, як успішно вирішити це завдання, також були досліджені та включені до запропонованих стратегій впровадження. Природа команди різноманітна і складна, хоча багато пацієнтів вважають, що найефективніша команда – це мультидисциплінарна команда, проте команди можуть складатися з однієї професійної групи. Командна медична допомога – це надання медичних послуг окремим особам, сім'ям та/або їхнім громадам щонайменше двома медичними працівниками, які співпрацюють з пацієнтами та особами, що здійснюють догляд за ними, – в тій мірі, в якій цього бажає кожен пацієнт, – для досягнення спільних цілей в межах та поза межами закладу для забезпечення скоординованої, високоякісної медичної допомоги [31].

Впровадження розподілу обов'язків та підзвітності між членами команди в системах охорони здоров'я має великі переваги. Однак на практиці спільна відповідальність без якісної командної роботи може призвести до безпосередніх ризиків для пацієнтів. Наприклад, погана комунікація між медичними працівниками, пацієнтами та тими, хто за ними доглядає, стала поширеною причиною того, що пацієнти подають позови до суду на медичних працівників [19].

Медичні помилки, «промахи» та інші несприятливі події також можуть виникати через неадекватну комунікацію між членами команди навіть у добре злагодженій команді [20-24].

Більше того, відсутність цілеспрямованої командної допомоги також може призвести до непотрібних витрат [25].

Тому визначення найкращих практик може допомогти уникнути деяких з цих небезпек і допомогти контролювати витрати [26, 27].

Ефективна команда – це команда, в якій члени команди, включаючи пацієнтів, спілкуються один з одним, а також об'єднують свої спостереження, досвід і відповідальність за прийняття рішень для оптимізації лікування пацієнтів [19].

Розуміння культури робочого місця та її впливу на динаміку і функціонування команди зробить члена команди хорошим командним гравцем. У наш час пацієнтами рідко опікується лише один медичний працівник. У контексті складної системи охорони здоров'я ефективна командна робота має важливе значення для безпеки пацієнтів, оскільки вона мінімізує несприятливі події, спричинені непорозуміннями з іншими особами, які доглядають за пацієнтом, а також нерозумінням ролей та обов'язків. Пацієнти, безсумнівно, зацікавлені у власному лікуванні і також повинні бути частиною процесу комунікації; також було доведено, що їх раннє і постійне залучення зводить до мінімуму помилки і потенційні несприятливі події [19].

Еволюція догляду за пацієнтами. У «старі добрі часи» про людей піклувався один всезнаючий лікар або приватна медсестра, яка жила в громаді, і до якої було дуже легко звернутися в разі потреби в будь-який час доби [14]. З тих пір охорона здоров'я зазнала величезних змін, особливо швидкими темпами за останні 20 років. Зараз вважається, що в охороні здоров'я небажано працювати в ізоляції, оскільки це може навіть наражати пацієнта на небезпеку [27, 28]. Складність сучасної охорони здоров'я, яка швидко розвивається, виступає рушійною силою переходу лікарів-практиків від солістів до членів команд, які поділяють спільну мету [13].

Сьогодні, коли і лікарі, і пацієнти інтегрують нові технології в процес управління, загальна швидкість змін у системах охорони здоров'я буде продовжувати прискорюватися. Національний координаційний центр клінічних настанов США налічує понад 2700 клінічних настанов, і щороку публікуються результати понад 25 000 нових клінічних досліджень [29].

Жоден практикуючий лікар не може обробити, засвоїти і використати всю цю інформацію, і потреба в спеціальних знаннях у спеціалізованих сферах надання медичної допомоги різними членами команди стала необхідністю. Зараз, більш ніж будь-коли, існує обов'язок прагнути до досконалості в науці і практиці міжпрофесійної командної медичної допомоги. Кожен лікар покладається на інформацію та дії інших членів команди. Проте без чіткого визнання і цілеспрямованого розвитку команди неможливо усунути і запобігти систематичним неефективностям і помилкам [14].

Потрібен розвиток та характеристики успішної медичної команди, так у системах охорони здоров'я можна виділити різні типи команд. Основні команди беруть безпосередню участь у догляді за пацієнтом. Зазвичай вони складаються з керівників та членів команди, які безпосередньо надають медичну допомогу, таких як медсестри, стоматологи, фармацевти, лікарі, асистенти тощо. До них також входять кейс-менеджери [19].

Координаційні команди, це група, відповідальна за оперативне управління, координаційні функції та управління ресурсами для основних команд, команди реагування на надзвичайні ситуації, це сформовані для реагування на надзвичайні ситуації або специфічні події (наприклад, команди реанімації при зупинці серця, команди реагування на стихійні лиха тощо), допоміжні команди/служби. Група підтримує служби, які полегшують догляд за пацієнтами, такі як прибиральники або домашній персонал.

Допоміжні служби та адміністрація. Ті, хто надає непрямі, специфічні послуги в медичному закладі, підтримують допоміжні служби. Сюди входять секретарі та виконавче керівництво підрозділу чи закладу. Ця команда несе цілодобову відповідальність за загальне функціонування організації. Дослідження показали, що для того, щоб будь-яка команда сформувалася і розвивалася таким чином, щоб бути злагодженою, ефективною і достатньо сильною, щоб протистояти майбутнім викликам, вона зазвичай проходить через наступні етапи [19]:

Формування: Зазвичай характеризується невизначеністю та розгубленістю. На цьому етапі члени команди можуть не мати чіткого уявлення про завдання. Вони ще не вирішили працювати разом і можуть спілкуватися поверхнево та безособово.

Штурм: Складний етап, коли між членами команди може виникнути конфлікт, а деякі бунтують проти поставлених завдань. Члени команди можуть засмучуватися, коли не досягають успіху у виконанні завдань.

Нормування: Між членами команди встановлюється відкрита комунікація, і команда починає справлятися з поставленими завданнями. Встановлюються загальноприйняті процедури і моделі спілкування.

Виконання: Команда спрямовує всю свою увагу на досягнення поставлених цілей. Команда стала близькою і підтримуючою, відкритою і довірливою, ресурсною та ефективною.

Після формування та подальшого розвитку команди медичних працівників динамічно взаємодіють між собою, маючи спільну мету – подання медичної допомоги населенню. Для того щоб досягти успіху, члени команди повинні володіти певними характеристиками, до яких належать [19]:

Володіти спеціальними знаннями та навичками і часто працювати в умовах високого робочого навантаження. Знати свою роль і ролі інших членів команди (команд) і взаємодіяти для виконання спільних завдань. Працюють як одне ціле в результаті взаємозалежності завдань, виконуваних членами команди. Володіти спеціалізованими та додатковими знаннями і навичками. Приймати рішення. Цінності, необхідні ефективному члену команди, гармонують із цариною ключових компетенцій «Цінності/Етика», представлену на зустрічі, організованій Міжпрофесійним освітнім співробітництвом (ІРЕС) під назвою «Компетенції на основі команди». Нижче перелічено п'ять особистих цінностей, які характеризують найефективніших членів високофункціональних команд в охороні здоров'я [14]:

Велике значення надається ефективному спілкуванню в команді, включно з прозорістю щодо цілей, рішень, невизначеності та помилок. Чесність має

вирішальне значення для безперервного розвитку та підтримання взаємної довіри, яка є необхідною умовою для високофункціональної команди. Члени команди дисципліновано виконують свої функції та обов'язки, навіть якщо це здається незручним. Така дисципліна дає змогу командам розробляти та дотримуватися своїх стандартів і протоколів, навіть якщо вони шукають шляхи вдосконалення.

Члени команди натхненні й мотивовані на творчий підхід до вирішення проблем, що виникають. Навіть помилки та непередбачувані погані результати вони розглядають як потенційні можливості для поліпшення. Члени команди не вважають, що один тип підготовки або точка зору однаково перевершує підготовку інших, хоча й визнають відмінності в підготовці. Вони також визнають, що вони люди і будуть робити помилки. Таким чином, ключова цінність роботи в команді полягає в тому, що члени команди можуть покластися один на одного і допомогти розпізнати і запобігти невдачам, незалежно від того, яке місце вони займають в ієрархії. Члени команди прагнуть осмислити уроки, які вони винесли зі своєї повсякденної діяльності, і використати цей досвід у безперервному професійному розвитку та функціонуванні команди.

Існує безліч моделей, що описують ефективну командну роботу. Історично вони запозичені з інших галузей, наприклад, з управління ресурсами екіпажу (CRM) в авіації [19]. Принципи, що характеризують успішну командну роботу в охороні здоров'я, включають [14]:

Загальні цілі, тобто команда, включно з пацієнтом і, за необхідності, членами сім'ї або іншими особами, які надають підтримку, виробляє загальну та чітко визначену мету, що охоплює спільну зацікавленість та показує колективну відповідальність.

Чіткі ролі, існують чіткі очікування щодо функцій, обов'язків і відповідальності кожного окремого члена команди, що оптимізує ефективність роботи команди та часто дає їй змогу використовувати переваги поділу праці, тим самим досягаючи більшого, ніж сума складових її частин. Взаємна довіра і

повага: Члени команди завойовують довіру один одного, створюючи міцні норми взаємності та розширюючи можливості для спільних досягнень. Вони поважають і цінують роль один одного. Вони також поважають таланти і переконання один одного додатково до професійного внеску кожного. Плодотворні команди ще приймають і стимулюють різноманітні думки членів.

Ефективна комунікація, це дуже важливо для успішної роботи команди. Команда розставляє пріоритети і постійно вдосконалює свої навички спілкування. У неї є послідовні та доступні канали для повноцінного спілкування, які використовуються всіма членами команди в будь-яких умовах.

Вимірювані процеси та результати, надійний і своєчасний зворотний зв'язок про успіхи і невдачі має бути узгоджений і впроваджений командою. Їх використовують для відстеження і негайного поліпшення роботи, а також для розроблення стратегій на майбутнє. Ефективні лідери команди сприяють, тренують і координують діяльність інших членів команди. Ефективне керівництво є ключовою характеристикою ефективної команди.

Дійові команди можуть покращити медичне обслуговування на рівні організації, самої команди загалом, окремого члена команди та пацієнта (додаток А.) [19]:

Проблеми, що заважають ефективній командній роботі існують у вигляді декількох перешкод для створення та підтримки ефективної командної роботи в охороні здоров'я [19]:

Зміна ролей.

У багатьох медичних колективах відбувається значна зміна і повторювання ролей, які реалізують різні працівники галузі. Ці мінливі ролі можуть створювати проблеми для команд з погляду визнання і розподілу ролей.

Зміна умов.

Деякі переміни у природі медичної діяльності, як-от збільшення обсягу допомоги при хронічних захворюваннях, вимагають створення нових команд і модифікації наявних.

Ієрархія в охороні здоров'я.

Сильно ієрархічна структура охорони здоров'я може бути контрпродуктивною для добре функціонуючих і ефективних команд, у яких враховуються думки всіх членів.

Індивідуалістична природа охорони здоров'я.

Багато професій у сфері охорони здоров'я, як-от медсестри, стоматологія та медицина, ґрунтуються на автономних стосунках «один на один» між медичним працівником і пацієнтом. Хоча ці стосунки залишаються основною цінністю, вони ставляться під сумнів багатьма концепціями командної роботи та спільного догляду.

Нестабільність команд.

Деякі команди медичного персоналу мають несталий характер, збираючись разом для виконання конкретного завдання або проведення певного заходу (наприклад, травматологічна бригада).

Недосконалість командної роботи призводить до нещасних випадків.

Огляди резонансних подій виявили три основні типи невдач у командній роботі, а саме: нечітке визначення ролей, відсутність чіткої координації та інші види непорозуміння.

Вирішення розбіжностей і конфліктів.

Здатність вирішувати конфлікти та розбіжності в командному середовищі має грандіозну вагомість для успішної командної роботи. Це може бути особливо складно для молодших членів команди або в командах з високою ієрархією.

Практичні поради

Існує декілька загальних порад, які допоможуть колективам медичних закладів рухатися до успішних досягнень, застосовуючи принципи командної роботи.

Приклад стратегічного плану з життя.

Практичні поради для членів команди охорони здоров'я.

Моніторинг прогресу через задоволеність пацієнтів.

Практичний стратегічний підхід.

«Довкілля подання меддопомоги та підтримки змінюються. Насамперед, завдяки тому, що люди живуть довше, нам доводиться надавати підтримку більшій кількості літніх людей і пацієнтів, багато з яких мають значні та проблематичні потреби, і вони мають вищі очікування щодо того, що може й має забезпечувати охорона здоров'я, догляд і підтримка. Надання підтримки та допомоги у галузі охорони здоров'я та догляду передбачає роботу з людьми в рамках нового партнерства, пропозицію та залучення людей до процесу ухвалення рішень щодо їхнього здоров'я та догляду, а також підтримку принципу «немає рішень про мене без мене» [16].

Це заяви старших медсестер, акушерок та інших медичних працівників NHS у Великій Британії, які залучили широке коло спеціалістів і пацієнтів до оцінювання задоволеності та пропозицій цих членів команди щодо якості наданої допомоги. Відповідно до цього вони розробили стратегію, спрямовану на задоволення швидко зростаючих потреб служби. Цілі участі були двоякими. По-перше, вони хотіли отримати ширшу думку про 6 C: (*care*-турботу, *compassion*-співчуття, *competence*-компетентність, *communication*-спілкування, *courage*-сміливість, *commitment*-прихильність).

Перша сфера дій: Допомога людям у збереженні незалежності, максимізації благополуччя і поліпшенні стану здоров'я.

Друга сфера дій: Робота з людьми для забезпечення позитивного досвіду догляду.

Третя сфера дій: Забезпечення високої якості догляду та оцінка його ефективності.

Четверта сфера дій: Створення та зміцнення лідерства.

П'ята сфера дій: Забезпечення наявності потрібного персоналу, що володіє необхідними навичками, у потрібному місці.

Шостий напрям діяльності: підтримка позитивного досвіду персоналу.

Практичні поради для медичних працівників.

Завжди представляйтеся команді.

Роз'ясніть свою роль.

Використовуйте об'єктивну (а не суб'єктивну) мову.

Вивчіть і використовуйте імена людей.

Будьте напористі, коли це необхідно.

Перечитуйте/закривайте коло спілкування.

Говоріть очевидне, щоб уникнути припущень.

Ставте запитання, перевіряйте й уточнюйте.

Делегуйте завдання конкретним людям, а не по повітрю.

Якщо щось не має сенсу, дізнайтеся точку зору іншої людини.

Завжди проводьте командний брифінг перед початком командної діяльності та дебрифінг після її завершення. У разі конфлікту зосередьтеся на тому, що правильно для пацієнта, а не на тому, хто правий/неправий.

І слід пам'ятати: «Командна робота не виникає просто так». Вона вимагає:

- розуміння характеристик успішних команд;
- знання про те, як функціонують команди, і про способи підтримки ефективності команд.

Задоволеність пацієнтів. Чутливим показником успішної командної участі у сфері охорони здоров'я є задоволеність пацієнтів, яка потребує:

- співчутливого спілкування;
- інформації про пацієнта/управління болем;
- відповідної реакції [19].

Для досягнення високого рівня задоволеності пацієнтів дуже важливо забезпечити виконання таких умов:

- донести до пацієнта інформацію про те, хто ви, чим займаєтеся і хто є членами команди;
- щодня повідомляйте пацієнту, яким є його план на день і які його очікування – напишіть на дошці, щоб він міг бачити його і переглянути в міру необхідності;
- повідомляйте пацієнту і членам його сім'ї, що якщо у них виникнуть запитання або побоювання, телефонуйте – ви готові допомогти;

- заохочуйте пацієнта повідомляти про те, як він справляється з болем – його комфорт життєво важливий!
- Розповідайте пацієнту про те, що ви робите в палаті, навіть про такі прості речі, як встановлення крапельниць або вимірювання життєво важливих показників. Що більше ви розповідаєте про те, що робите, то спокійніше пацієнтові буде ставити запитання [17].

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ

Прагнення забезпечити якісний догляд за пацієнтами залежить від високої ефективності роботи команд, орієнтованих на пацієнта. Однак нам необхідно подолати розрив між традиційною практикою і новим ставленням, яке вимагається від ефективної команди для досягнення такої великої мети. Тому медичні організації повинні прагнути до забезпечення виняткового догляду за пацієнтами шляхом прийняття широкої командної культури, в якій певні цінності та принципи розділяють і прозоро передають членам команди, включно з пацієнтами, яких потрібно поставити в центр уваги.

ВИСНОВКИ

Недоступність та низька якість медичних послуг, недофінансування галузі, нестача кваліфікованих кадрів, застаріла матеріально-технічна база, низький рівень інформованості населення про свої права та обов'язки – риси радянської спадщини охорони громадського здоров'я України. А відтак перед системою охорони здоров'я країни постають сучасні виклики.

- Реформування системи фінансування первинної медико-санітарної допомоги.
- Підвищення кваліфікації медичних кадрів.
- Оновлення матеріально-технічної бази.
- Розширення доступу до медичних послуг.
- Підвищення рівня інформованості населення.

Наявність робочої сили, обсяг, навички та міждисциплінарний підхід закликають до новітньої стратегії управління персоналом. Необхідна комплексна кадрова стратегія для первинної медичної допомоги (включаючи медсестринство). Вона повинна відображати кількість необхідного персоналу, його навички та компетенції (і можливо перерозподіл обов'язків), заохочення та винагороди компетенції (і можливий перерозподіл завдань), стимули та винагороди для підтримки та розвитку навичок і безперервний професійний розвиток, а також добробут персоналу. Він також може включати стимули для набору та утримання персоналу в районах з недостатнім рівнем обслуговування.

Посилення ролі медичних сестер та інших фахівців буде ключовою частиною загальної стратегії ПМД. Важливо забезпечити усунення бар'єрів на шляху до оптимізації внеску цього персоналу були усунуті, а також створені стимули для максимізації можливостей і були створені стимули для максимізації їхнього внеску.

З огляду на реструктуризацію лікарняного сектору та зниження рівня госпіталізації через COVID-19 з 2020 року, перехід лікарняного персоналу до

зкладів ПМД для посилення кадрового потенціалу ПМД може для посилення кадрового потенціалу ПМД може бути розглянутий, залежно від ситуації в кожній області.

Моніторинг медсестринського персоналу ПМД (включаючи чисельність персоналу, розподіл, демографічні показники, кількість годин роботи та кваліфікаційний склад) слід покращити. Це може вимагати для цього може знадобитися проведення початкового дослідження для встановлення базової лінії; дані для цього наразі відсутні.

Необхідно вести професійний реєстр медичного персоналу ПМД. Навчальні програми додипломної та післядипломної освіти мають бути приведені у відповідність з освітніми системами в ЄС для підвищення рівня навичок цифрової та кібербезпеки усіх медичних працівників та використання доказової медицини і раціональних підходів до фармакотерапії. Механізми акредитації післядипломної освіти викликають необхідність розробки механізмів акредитації тренерів післядипломної освіти та університетських курсів.

Під час навчання за всіма професіями слід збільшити вплив досвіду загальної практики. Важливо залучати лікарів-практиків ПМСД до навчання медичних працівників на додипломному етапі, а також використовувати медичних працівників на додипломному та післядипломному етапах, а також використовувати заклади ПМСД як навчальні бази. Працівників ПМСД слід заохочувати до діяльності розширення навичок з БПР через систему реєстрації, заохочення та мережі акредитованих матеріалів і провайдерів.

Слід запровадити програми для розвитку навичок недирективних підходів до консультивання та нових видів консультаційних процедур. (таких як навички ефективної комунікації, заохочення поваги та гідності, мотиваційне інтерв'ювання, повідомлення поганих новин, планування сім'ї, зменшення стресу та посилення соціальної підтримки та посилення соціальної підтримки, а також посилення залучення до повсякденної діяльності), підкріплені гнучкими

системами гнучкими системами запису на прийом та можливістю планувати різну тривалість консультацій.

Необхідно розробити мультидисциплінарний підхід для посилення співпраці між сімейними лікарями, медсестрами, акушерками, психіатрами та лікарями вузької спеціалізації у таких сферах, як управління НІЗ (включаючи психічне здоров'я), реабілітація та паліативна допомога, стоматологія, фізіотерапія, соціальна робота, харчування, фармація та адміністрування, з відповідними фінансовими механізмами, моніторингом та підзвітністю. Це може здійснюватися особисто, якщо дозволяють можливості, а також віртуально.

Ролі медичних сестер слід розширити, включивши до них профілактику, моніторинг стану пацієнта, навички самоуправління пацієнтами та надання розширеного спектру лікування. Медсестри також можуть відігравати ключову роль у покращенні взаємодії з пацієнтами та їхніми системами підтримки.

Слід розробити стійкі моделі надання послуг (наприклад, мобільні послуги та/або телемедична підтримка) повинні бути розроблені для надання цих послуг у важкодоступних районах. Впровадження стимулів покращить якість послуг, особливо в сільській місцевості. Необхідно впроваджувати навчальні програми для розширення компетенцій медичних працівників та покращення їхніх навичок, а також запровадити додаткові та нові посади, що дозволить розширити кадровий склад і зменшити навантаження на існуючий персонал. Слід розглянути можливість створення стимулів для працівників ПМД, які працюють на територіях, прилеглих до лінії зіткнення, або на територіях, підконтрольних Уряду України.

Для посилення координації та співпраці з громадським здоров'ям задіяти навички працівників ПМД у сфері профілактики, консультування та санітарної освіти слід розширювати, узгоджуючи індивідуальну допомогу з послугами з охорони здоров'я, орієнтованими на населення з популяційними послугами у сфері зміцнення здоров'я, профілактики захворювань та охорони здоров'я, що діють на рівні громади. Зокрема, забезпечення скринінгу та рутинного

лікування ВІЛ-інфекції, туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу на рівні громади скринінгу та рутинного лікування ВІЛ/СНІДу, туберкульозу, вірусних гепатитів та найпоширеніших хронічних захворювань має бути розширено, а внесок у вакцинацію та консультування щодо здорового способу життя посилено роботу з вакцинації та консультування щодо здорового способу життя. Враховуючи нові загрози, пов'язані з війною, було розроблено навчальний курс з управління хімічними, біологічними, радіологічними і ядерними загрозами, слід розширити навчальні курси з управління хімічними, біологічними та ядерними небезпеками.

Обов'язки лікарів ПМСД щодо призначення психотропних лікарських засобів для лікування поширених психічних розладів.

Ці та ряд інших комплексних заходів дозволить вивести систему охорони здоров'я України із кризи та реально покращити індикатори суспільного здоров'я населення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Primary health care financing in Ukraine: a situation analysis and policy considerations. URL: <https://reliefweb.int/report/ukraine/primary-health-care-financing-ukraine-situation-analysis-and-policy-considerations> (дата звернення 16.04.2024).
2. Primary health care in Ukraine: progress review and way forward URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366447/WHO-EURO-2023-7087-46853-68305-eng.pdf?Sequence=1> (дата звернення 16.04.2024).
3. Barbazza E, Kringos D, Kruse I, Klazinga NS, Tello JE. Creating performance intelligence for primary health care strengthening in Europe. *BMC Health Serv Res.* 2019;19, art. 1006. doi:10.1186/s12913-019-4853-z. (дата звернення 17.04.2024).
4. Е-дані [E-data]. In: Національна служба здоров'я України [National Health Service of Ukraine] [website]. Київ, Уряд України; 2022 URL: <https://edata.e-health.gov.ua/e-data> (in Ukrainian) (дата звернення 30.04.2024).
5. Бюро ВООЗ в Україні, неопубліковані дані, 2021.
6. Starfield, B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83(3):457–502. DOI:10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x. (дата звернення 21.04.2024).
7. Romaniuk P, Semigina T. Ukrainian health care system and its chances for successful transition from Soviet legacies. *Global Health.* 2018;14(1)116. DOI:10.1186/s12992-018-0439-5.
8. Міністерство Охорони Здоров'я України Наказ 19/03/2018 No. 504. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги [Order of the Ministry of Health Protection of Ukraine 19/03/2018 No. 504. On the approval of the procedure for providing primary medical aid]. Київ, Уряд України; 2018 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18> (in Ukrainian) (дата звернення 16.04.2024).

9. Share of different categories of doctors, 2018. In: Organisation for Economic Cooperation and Development, European Union. Health at a glance: Europe 2020. Paris: OECD Publishing; 2020 URL: <https://DOI.org/10.1787/ef94792f-en> (дата звернення 18.04.2024).

10. Evaluation of structure and provision of primary care in Ukraine: a survey-based project in the regions of Kiev and Vinnitsa: primary care in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010 URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/365606> (дата звернення 19.04.2024).

11. Kolesnyk P, Bayen S, Shushman I, Kolesnyk A, Kuodza G, Klemenc-Ketiš Z et al. Identification and ranking of core values in family medicine: a mixed methods study from Ukraine. *Front Med.* 2021;8, art. 646276. DOI:10.3389/fmed.2021.646276. (дата звернення 25.05.2024).

12. Health care professional development: Working as a team to improve patient care. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4949805/> (дата звернення 25.05.2024).

13. Mitchell P, Wynia M, Golden R, McNellis B, Okun S, Webb CE, et al. Core Principles and Values of Effective Team-Based Health Care Discussion Paper. Washington, DC: Institute of Medicine; 2012. [Google Scholar] (дата звернення 15.05.2024).

14. Mitchell P, Wynia M, Golden R, McNellis B, Okun S, Webb CE, et al. Core Principles and Values of Effective Team-Based Health Care Discussion Paper. Washington, DC: Institute of Medicine; 2012. [Google Scholar] (дата звернення 30.05.2024).

15. World Health Organization. Being an effective team player Available from: URL: http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/who_mc_topic-4.pdf (дата звернення 14.05.2024).

16. Compassion in practice – nursing, midwifery and care staff – our vision and strategy, the Chief Nursing Officer for England’s Conference. 4 December 2012. URL: <http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2012/12/compassion-in-practice.pdf> (дата звернення 16.06.2024).

17. Frampton S, Guastello S, Brady C, et al. Patient centered care improvement guide. VII.A. Communicating effectively with patients and families Boston: Planetree, Inc. and Picker institute; 2008. pp 77–199. URL: <http://www.patient-centeredcare.org/chapters/chapter7a.pdf> [Google Scholar] (дата звернення 21.06.2024).

18. World Health Organization. Being an effective team player Available from: URL: http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/who_mc_topic-4.pdf (дата звернення 31.05.2024).

19. Petersen LA, Brennan TA, O’Neil AC, Cook EF, Lee TH. Does housestaff discontinuity of care increase the risk for preventable adverse events? *Ann Intern Med* 1994; 121:866–872. [PubMed] [Google Scholar] (дата звернення 31.05.2024).

20. Horwitz LI, Moin T, Krumholz HM, Wang L, Bradley EH. Consequences of inadequate sign-out for patient care. *Arch Intern Med* 2008; 168:1755–1760. [PubMed] [Google Scholar] (дата звернення 01.06.2024).

21. Williams RG, Silverman R, Schwind C, Fortune JB, Sutyak J, Horvath KD, et al. Surgeon information transfer and communication: factors affecting quality and efficiency of inpatient care. *Ann Surg* 2007; 245:159–169. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar] (дата звернення 01.06.2024).

22. Sentinel Event Alert, Issue 30: Preventing infant death and injury during delivery URL: http://www.jointcommission.org/Sentinel_Event_Alert_Issue_30_Preventing_infant_death_and_injury_during_delivery_Additional_Resources/ [PubMed] (дата звернення 01.06.2024).

23. Gawande AA, Zinner MJ, Studdert DM, Brennan TA. Analysis of errors reported by surgeons at three teaching hospitals. *Surgery* 2003; 133:614–621. [PubMed] [Google Scholar] (дата звернення 01.06.2024).

24. Olsen L, Young PL. The Healthcare Imperative: Lowering Costs and Improving Outcomes: Workshop Series Summary National Academies Press; 2010. http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=12750 [PubMed] [Google Scholar] (дата звернення 09.06.2024).

25. Famadas JC, Frick KD, Haydar ZR, Nicewander D, Ballard D, Boulton C. The effects of interdisciplinary outpatient geriatrics on the use, costs and quality of health services in the fee-for-service environment. *Aging Clinical and Experimental Research* 2008; 20:556–561. [PubMed] [Google Scholar] (дата звернення 08.06.2024).

26. Boulton C, Green AF, Boulton LB, Pacala JT, Snyder C, Leff B. Successful models of comprehensive care for older adults with chronic conditions: Evidence for the Institute of Medicine's Retooling for an Aging America report. *Journal of the American Geriatrics Society* 2009; 57:2328–2337. [PubMed] [Google Scholar] (дата звернення 07.06.2024).

27. Grumbach K, Bodenheimer T. Can health care teams improve primary care practice? *JAMA* 2004; 291:1246–1251. [PubMed] [Google Scholar] (дата звернення 09.06.2024).

28. Gawande A. Cowboys and Pit Crews Harvard Medical School Commencement Address, 2011. [Google Scholar] (дата звернення 11.06.2024).

29. Institute of Medicine (US) Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines. *Clinical Practice Guidelines We Can Trust* Washington (DC): National Academies Press (US); 2011. URL: http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=13058&page=R1 [PubMed] [Google Scholar] (дата звернення 11.06.2024).

30. Competencies for nurses working in primary health care. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020 URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/365607> (дата звернення 11.06.2024).

31. Naylor MD, Coburn KD, Kurtzman ET, Prvu Bettger JA, Buck H, Van Cleave J. et al. Inter-professional team-based primary care for chronically ill adults: State of the science. Unpublished white paper presented at the ABIM Foundation meeting to Advance Team-Based Care for the Chronically Ill in Ambulatory Settings Philadelphia, PA; March 24–25, 2010. [Google Scholar] (дата звернення 11.06.2024).

32. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>.