

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ПОЛІСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет права, публічного управління та національної безпеки
Кафедра економічної теорії,
інтелектуальної власності та публічного управління

Стринадко Тетяна Миколаївна

УДК 351.82

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

«Особливості впровадження реформи первинної медицини
на прикладі Новоборівської громади»

281 – Публічне управління та адміністрування

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр

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

(підпис, ініціали та прізвище здобувача вищої освіти)

Керівник роботи
Симоненко Леся Іванівна
кандидат економічних наук, доцент

АНОТАЦІЯ

Стринадко Т. М. Особливості впровадження реформи первинної медицини на прикладі Новоборівської громади. – Кваліфікаційна робота на правах рукопису.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістра за спеціальністю 281 – Публічне управління та адміністрування – Поліський національний університет, 2021.

Реформи системи охорони здоров'я, розпочаті в Україні з фінансового підходу та формування шпитальних округів почалися з великим, характеризуються недостатнім рівнем системності, наступності та забезпеченості стратегічного розвитку, зокрема у питаннях профілактики. Окремі зміни мають фрагментарний характер та політичний контекст. Неврахування всіх потенційних ризиків здійснення перетворень виявили низку прогалин у нормативно-правовому полі, а нестача підготовлених фахівців сповільнює перспективи позитивного управління змінами.

Ключові слова: охорона здоров'я, державне регулювання, національна економіка, публічне управління, реформа.

SUMMARY

Strinadko T. M. features of implementing the primary medicine reform on the example of the Novoborovskaya community. – Qualification work on the rights of the manuscript.

Qualification work for a master's degree in specialty 281 – Public administration and administration. – Polissia national university, 2021.

The reforms of the healthcare system that began in Ukraine with a financial approach and the formation of hospital districts began with great success, are characterized by an insufficient level of consistency, continuity and security of strategic development, in particular in prevention issues. Individual changes are fragmentary in nature and have a political context. Failure to take into account all potential risks of implementing changes has revealed a number of gaps in the regulatory field, and the lack of trained specialists slows down the prospects for positive change management.

Keywords: healthcare, state regulation, national economy, public administration, reform

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ПРОБЛЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.....	5
Висновки до розділу 1	12
РОЗДІЛ 2. ОСОБЛИВОСТІ ВПРОВАДЖЕННЯ РЕФОРМИ ПЕРВИННОЇ МЕДИЦИНИ НА ПРИКЛАДІ НОВОБОРІВСЬКОЇ ОТГ.....	14
Висновки до розділу 2	19
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ РЕАЛІЗАЦІЇ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ	20
Висновки до розділу 3	25
ВИСНОВКИ.....	27
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	31
ДОДАТКИ.....	Ошибка! Закладка не определена.

ВСТУП

Актуальність теми. Одним з особливо контroversійних питань державної політики України є медична реформа, її виклики, проблеми та переваги. Медична реформа стартувала із Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», прийнятого Верховною Радою України 19.10.2017 р. Однак, до останнього часу темпи реформування первинної медичної допомоги відносно невисокі. До 2021 р. в країні працювало 272264 лікарі та фахівці медичного персоналу, у тому числі 23980 лікарів первинної ланки і 97668 лікарів спеціалізованої медичної допомоги (відповідно 8,8% та 35,9% від загальної кількості медичних працівників). Причому, у регіонах їх відсоток є нижчим або їх взагалі немає у низці населених пунктів окремих територіальних громад.

Актуалізація цього питання викликає жвавий інтерес з боку дослідників, зокрема серед вітчизняних вчених питанням реформування сфери охорони здоров'я присвятили свої праці Н. Авраменко, О. Загладь, М. Заїрський, В. Костюк, Н. Кризина, Л. Крячкова, В. Лехан, З. Лободіна, Г. Слабкий, О. Фірсова. М. Шевченко та інші. Водночас, відкритий характер відповідей на нагальні питання розвитку системи охорони здоров'я та, зокрема, її первинної ланки, актуалізують подальші дослідження у цій сфері. Бар'єри на шляху реформування первинної медичної допомоги, недостатній характер досліджень питань потенційних переваг впровадження інституту лікаря загальної практики та пришвидшують пошук механізмів їх подолання.

Метою даної роботи є проведення аналізу проблем розвитку первинної медичної допомоги у напрямі підвищення ефективності інституту лікаря загальної практики та розробка стратегії подолання наявних бар'єрів впровадження реформ первинної медицини. **Завданнями роботи** є:

- 1) вивчення і систематизація досвіду впровадження інституту лікаря загальної практики в Україні та інших країнах;

- 2) аналіз стратегії реформи первинної медичної допомоги;
- 3) виявлення перешкод для реформування первинної медичної допомоги та визначення можливих способів їх подолання;
- 4) розробка рекомендацій щодо стратегії продовження реформ у системі амбулаторно-поліклінічного сектору.

Джерелами інформації для виконання роботи стали результати наукових досліджень реформування первинної медичної допомоги на основі праць вітчизняних та зарубіжних дослідників, дані Міністерства охорони здоров'я, дані відкритих джерел, публікації у засобах масової інформації, інтерв'ю з фахівцями та керівниками закладів та органів управління охороною здоров'я.

Методи дослідження, які використані під час написання роботи стали монографічний метод (опис практики Новоборівської громади), графічний, табличний та розрахунково-конструктивний (аналітичні підходи), системний і функціональний аналізи (оцінка причинно-наслідкових зв'язків між чинниками, явищами та процесами); статистичні методи (оцінка явищ у динаміці).

Апробація результатів дослідження. Дослідження представлено на Міжнародній науково-практичній конференції «Інструменти і практики публічного управління» (м. Житомир, 25 червня 2021 р.); Міжнародній науково-практичній конференції «Механізми управління розвитком територій» (м. Житомир, 27–29 жовтня 2021 р.); науково-практичній конференції за результатами I туру Всеукраїнського конкурсу студентських наукових робіт «Студентські наукові читання – 2021» (м. Житомир, 15 грудня 2021 року).

Структура роботи включає три розділи, вступ висновки, список використаної літератури (з 25 найменувань), 3 додатки.

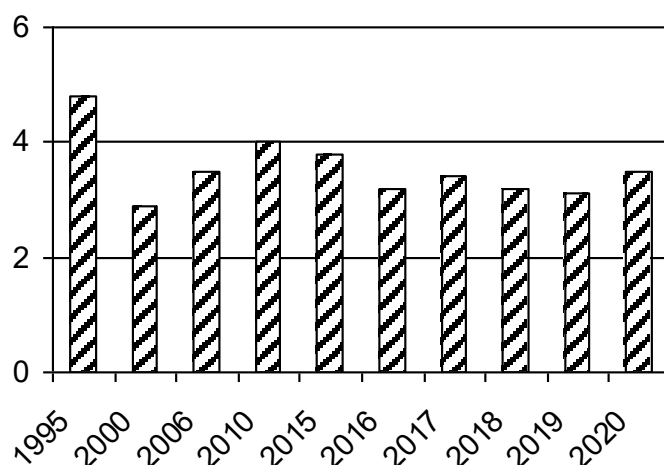
РОЗДІЛ 1

ПРОБЛЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Сформована традиційна модель первинної медичної допомоги, заснована на інституті багатoproфільної поліклініки, має чимало позитивних сторін, які отримали визнання у багатьох країнах світу [7]. Головними серед них є: 1) локальний принцип надання медичної допомоги, покликаний забезпечити пацієнтам спостереження одним дільничним лікарем протягом відносно тривалого часу; 2) професійна кооперація лікарів різних спеціальностей, до якої зараз прагнуть незалежні лікарі в багатьох країнах; 3) комплексність надання пацієнтам медичної допомоги «під одним дахом»; 4) можливість спільного використання лікарями медичної техніки та адміністративно допоміжних служб [13].

Однак, інститут великої багатoproфільної поліклініки, в тому вигляді як він діяв до 2017 р., має низку недоліків, які у значній мірі підривають його переваги, а саме наступні. Жорстке територіальне прикріплення поряд з позитивними моментами має і негативні наслідки, оскільки стримує формування ринкового середовища у сфері охорони здоров'я. Велика поліклініка неминуче перетворюється у локальну монополію, не залишаючи населенню права вибору і позбавляючи персонал мотивації до підвищення якості медичної допомоги [21]. У радянській охороні здоров'я декларувалося, що дільнична служба – це основна ланка системи надання медичної допомоги і «ключ» до підвищення якості медичної допомоги в цілому [11]. На практиці обраний у післявоєнні роки курс на пріоритетний розвиток спеціалізованої допомоги в умовах загальної обмеженості ресурсів привів до залишкового принципу фінансового (рис. 1.1), матеріально технічного та кадрового забезпечення первинної ланки медичної допомоги [17]. Посилення спеціалізації призвело до фрагментації надання амбулаторно-поліклінічної допомоги. Дільничні лікарі і фахівці значною мірою втратили загальну

стратегію і тактику ведення хворого. Кожна ланка амбулаторної допомоги відповідала лише за свою ділянку роботи. У цих умовах складно забезпечити раціональну координацію дій і спадкоємність у роботі кожної ланки. У такій моделі надання первинної медичної допомоги надання допомоги дорослому населенню і дітям розділені. Дільничний терапевт відповідає за доросле населення, педіатр – за дітей до 18 років, акушер гінеколог – за жіноче населення за відповідним профілем захворювань. Практично відсутня взаємодія між дільничними терапевтами, педіатрами та акушерами гінекологами в наданні медичної допомоги сім'ї в цілому [23].



**Рис. 1.1. Видатки зведеного державного бюджету України
на охорону здоров'я до ВВП, %**

Джерело: сформовано за даними Держкомстату України.

Дільничний лікар не став координатором лікувально-профілактичної роботи на своїй дільниці і фактично не ніс відповідальність за обсяг і якість наданої допомоги. Частота направлень амбулаторних хворих на консультації до вузьких фахівців сягала 40–50% загального числа відвідувань, у той час як у західних країнах – 5–10% [20]. Знижувалася системність у спостереженні за пацієнтами з хронічними захворюваннями. Низькою залишалася довіра до первинної ланки медичної допомоги й у самій системі її організації. Дільничний лікар обплутаний численними інструкціями, які наказували що потрібно

робити, спрямовував пацієнтів до вузьких фахівців. Контролюючі органи, перевіряючи роботу дільничного лікаря, основною причиною його помилок в діагностиці вважали не низьку кваліфікацію лікаря, а те, що він не направив хворого на консультацію до фахівця [15]. У результаті дільничний лікар для перестраховки направляв хворих до фахівця навіть у тих випадках, коли і сам вважає, що в цьому немає необхідності. Посилена спеціалізація діяльності амбулаторної служби призвела до зниження ролі дільничних лікарів. Вони все більшою мірою перекладали навантаження на фахівців. Дільничний лікар поступово перетворився на диспетчера спеціалізованих служб.

У раціональній моделі організації медичної допомоги фахівці амбулаторної ланки ведуть консультування у тих випадках, коли потрібні знання у певній галузі і спеціалізовані дослідження для уточнення діагнозів, поставлених лікарями первинної ланки. У реальній дійсності України фахівці значною мірою виконують роботу дільничних лікарів. Приблизно третина відвідувань до фахівців – пряме звернення до них пацієнтів минаючи дільничного лікаря [22]. Це порушує безперервність спостереження за пацієнтами не тільки протягом його життя, але і в процесі перебігу конкретного захворювання. Практично втрачений диспансерний метод в практиці дільничного лікаря [16]. Порушення принципу єдності і безперервності спостереження за пацієнтами сприяє законодавчо встановлене право пацієнтів на вільне звернення не тільки до дільничного лікаря, але і до будь-якого лікаря і у будь-який медичний заклад [14].

На тлі низького авторитету первинної ланки і природної низької інформованості пацієнта у специфічних питаннях медичної технології це право, помилково розуміється як благо, призводить до численних безсистемним зверненням пацієнтів у різні установи до численних фахівців. При найвищій своїй кваліфікації такі фахівці не в змозі за короткий час контакту з пацієнтом, без попереднього і безперервного спостереження за ним належним чином оцінити його стан в цілому, а також біологічні та соціальні фактори, що з'явилися причиною захворювання. Найчастіше їх

висновок зводиться до констатації відсутності патології за їх спеціальністю. Починаються ходіння пацієнта по колу фахівців до тих пір, поки він не натрапить на фахівця, що має відношення до його захворювання. Результатом цього є пізня діагностика, несвоєчасне лікування, що проводиться без належного обліку супутніх станів, перехід захворювання у хронічну стадію, виникнення ускладнень, яких можна було б уникнути при системному підході до пацієнта, а він притаманний якраз високо професійному первинній ланці медичної допомоги [12].

При цьому, страждає не лише медична ефективність (мова йде про економічну ефективність надання медичної допомоги). Відсутність мотивації дільничного лікаря до профілактичної спрямованості своєї діяльності, підвищення якості медичних послуг, реалізації функції координації лікувально-діагностичного процесу на всіх його етапах, ефективному використанню як наявних у його розпорядженні ресурсів, так і ресурсів системи надання медичної допомоги в цілому. Функціонування первинної ланки медичної допомоги у межах поліклінічної моделі не забезпечує раціонального використання ресурсів охорони здоров'я. Відсутність економічної зацікавленості і конкуренції між окремими лікарями веде до того, що такий лікар не є координатором «медичного маршруту» пацієнта, не забезпечує безперервності спостереження. У його роботі відсутня орієнтація на планування як власної діяльності та витрат на неї, так і обсягів спеціалізованої допомоги для своїх пацієнтів [5]. В результаті виникає потреба у великій кількості фахівців. Із загального числа лікарів на частку фахівців припадає 75%, в той час як в західних країнах частка фахівців складає 45–55% [19].

Як і в будь-якій іншій формі великого колективного господарства, у поліклініці важко пов'язати оплату праці з обсягом і якістю праці кожного працівника. Лікар є найманим працівником і не має достатніх стимулів до розширення видів допомоги, що надається. У поліклініці у тій чи іншій мірі діє принцип «загального котла». Свобода лікарів і підрозділів, що надають первинну медичну допомогу, пов'язана обмеженнями, притаманними організа-

ційно правовій формі установи, відсутністю можливості прямих договірних відносин з фінансуючою стороною (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Порівняльний аналіз української та британської моделі охорони здоров'я

Показник	Об'єднане королівство	Україна
Фінансування закладів охорони здоров за рахунок коштів платників податків, надання більшості медичних послуг безкоштовно	+	+
Орієнтація утримання медичної інфраструктури, а не надання медичних послуг	-	+
Принцип оплати медпослуг – «гроші йдуть за пацієнтом»	+	-
Приватна медицина фінансується з приватного страхування	+	-
Ліки за рецептом мають стандартну ціну	+	-
95% амбулаторної допомоги надається незалежними лікарями	+	-
35% амбулаторної допомоги надається незалежними лікарями	-	+
Спеціалізована допомога надається декількома медичними центрами країни	+	+
Невідповідність кількості лікарів потребам стаціонарних ліжок	+	+
Розмежування видатків на охорону здоров'я між різними рівнями бюджетів	-	+
Тривалі черги на операції, планову госпіталізацію та консультації	+	-
Вільний вибір пацієнтом лікаря і медзакладу	+	-
Оплата праці лікаря залежить від кількості пацієнтів, їх віку та статі	+	-
Недоступність для населення у вихідні та вечірній час лікарів загальної практики	+	+
Участь громадськості в управлінні проблемами охорони здоров'я.	+	-

Джерело: сформовано на основі [23].

Система винагороди персоналу первинної ланки (в кращому випадку – твердий посадовий оклад, в гіршому – за число амбулаторних відвідувань) не є адекватною цілям діяльності первинної ланки медичної допомоги та суперечить їм, не враховує кінцеві результати праці, не містить мотивів до якісного надання медичної допомоги та ефективного використання ресурсів. У традиційній на пострадянському просторі системі амбулаторно-поліклінічної допомоги складно заохотити ланку дійсно первинної допомоги (дільничних лікарів), успішне функціонування якої знижує частоту

виникнення захворювань, їх ускладнень і загострення хронічних захворювань і, як наслідок, зростання потреби у фахівцях, обсягу дорогої стаціонарної та швидкої медичної допомоги. Залишковий принцип фінансування в сукупності поряд з низьким престижем дільничного лікаря і недостатньою привабливістю цих функцій для лікарів призвело до посилення диспропорцій у системі охорони здоров'я в цілому – підвищенню ролі дорогої спеціалізованої допомоги, насамперед стаціонарної.

Перераховані недоліки перешкоджають реалізації таких найважливіших принципів надання первинної медичної допомоги, як: 1) профілактична спрямованість; 2) цілісність підходу до пацієнта (лікування не хвороби, а хворого); 3) облік всієї сукупності впливають на пацієнта біологічних, екологічних, сімейних, виробничих та інших соціальних факторів; 4) виконання для пацієнта функції «лоцмана» у «морі» медичних технологій; 5) загальна координація всього процесу надання пацієнту медичної допомоги [12]. Ці та інші чинники сприяли скороченню кількості медперсоналу (рис. 1.2).



Рис. 1.2. Чисельність молодшого медперсоналу та лікарів в Україні та інфраструктури у сільській місцевості

Джерело: сформовано за даними Держкомстату України.

Недоліки поліклінічної моделі надання первинної медичної допомоги з часом призвели до виникнення цілого ряду проблем у сфері надання первинної медичної допомоги, які мають все більш кризовий характер. Перш за все, це – проблема кадрів. Падіння престижу дільничного лікаря в очах населення та медичної громадськості призвело до різкого зниження привабливості цієї професії для молодих лікарів. Як наслідок, має місце відтік фахівців з ділянок. Досі спостерігаються гостра нестача кадрів і низький рівень професіоналізму лікарів дільничної служби. У більшості регіонів дільничні лікарі у дефіциті. Їх середній вік постійно зростає, значна частина дільничних лікарів передпенсійного та пенсійного віку. Найчастіше проблема починає зводитися навіть не до якості медичної допомоги, а до можливості забезпечити елементарний прийом пацієнтів. Особливо яскраво проявляється ця проблема у сільській місцевості. Населення багатьох районів має низьку доступність допомоги, обумовлену насамперед дефіцитом кваліфікованих кадрів. Перевантаження дільничних лікарів (більшість з них працює на 1,5–2 ставки) знижує якість їх праці. Проблематичним є систематичне підвищення їх кваліфікації. Як наслідок, становище з профілактикою неінфекційних захворювань помітно погіршилося. Про це свідчать зростаючі показники смертності від серцево-судинних і онкологічних захворювань, отруєнь, травм та іншого. Серйозною проблемою стали соціально обумовлені захворювання – алкоголізм, наркоманія, туберкульоз, ВІЛ інфекція, а також захворювання, що передаються статевим шляхом [9]. Ці проблеми загострилися на період 2019–2021 рр. у зв'язку із глобальними процесами у світі [14]. Зарубіжний досвід засвідчує, що більш високі показники чисельності сімейних лікарів у розрахунку до загальної чисельності населення знижують рівень смертності від серцево-судинних і онкологічних захворювань [15]. Орієнтація на систему надання медичної допомоги, засновану на вузьких фахівцях, підсилює несправедливість у її доступності для груп населення, які відрізняються за місцем проживання, рівнем доходу, освітою.

Отже, слід констатувати, що охорона здоров'я України, практикуючи вузьку спеціалізацію амбулаторної допомоги, на практиці стало відійшла від визнаних світовою спільнотою основоположних принципів організації первинної медичної допомоги. Багато лікувально-профілактичних функцій і лікарські маніпуляції, що становлять базову підготовку дільничного лікаря, були передані іншим лікарям амбулаторно поліклінічного сектора. Це призвело до втрати наступності у роботі лікаря та інших фахівців при визначенні індивідуальної тактики збереження здоров'я пацієнта. До того ж у роботі дільничних лікарів, розділених між терапевтичною, педіатричною та акушерсько-гінекологічною службами, не простежується сімейна орієнтація.

Висновки до розділу 1

1. Відсутність механізмів впливу на сім'ю, часто безвідповідальне ставлення пацієнтів до свого здоров'я і багато інших факторів не дозволили втілити в життя ідею про дільничного лікаря як центральної фігури охорони здоров'я. Зростаюча спеціалізація у поліклініці, де ніхто не відповідав за здоров'я пацієнта (принцип колективної відповідальності), призвела до відсутності відповідальності персональної, включаючи відповідальність дільничного лікаря. Мало місце відсутність достатнього володіння методами діагностики та лікування хворих з боку дільничного лікаря, а також його мотивації до розширення діапазону своїх професійних можливостей, інтенсифікації праці, впровадження ресурсозберігаючих технологій.

2. Виходом з кризи стала принципово змінена модель надання первинної медичної допомоги на основі аналізу світового досвіду його організації через поширення діяльності лікарів загальної практики. При цьому найбільш ефективною у світі визнана модель сімейного лікаря. Сімейна медицина – форма організації первинної медико-санітарної допомоги, яка надається лікарем загальної практики (сімейним лікарем), який забезпечує

індивідуальне первинне і безперервне спостереження окремих осіб, сімей і населення, незалежно від віку, статі або виду захворювання і на цій основі – підвищення якості не тільки первинної медичної допомоги але і всієї медичної допомоги в цілому. Перехід до сімейної медицини – це результат пошуку більш ефективних і економічних форм оптимізації медичної допомоги та реалізація інтегрального бачення людини, її здоров'я і хвороби.

3. Створення груп лікарів загальної практики дозволяє використовувати переваги загальної лікарської практики (наближення первинної медичної допомоги до населення, її профілактична спрямованість, безперервність і комплексність спостереження за пацієнтом, координація лікувально-діагностичного процесу на всіх його етапах) у поєднанні з позитивними моментами поліклінічної моделі (збереження безперервності спостереження за пацієнтами за відсутності лікаря загальної практики, пов'язаному з відпусткою, навчанням, хворобою, взаємне консультування членів команди загальної лікарської практики, розумне підвищення власних діагностичних можливостей).

РОЗДІЛ 2

ОСОБЛИВОСТІ ВПРОВАДЖЕННЯ РЕФОРМИ ПЕРВИННОЇ МЕДИЦИНИ НА ПРИКЛАДІ НОВОБОРІВСЬКОЇ ОТГ

Календарний план реформ медичної галузі в 2017–2020 рр., передбачав реалізацію наступних заходів: 1) запровадження нової моделі фінансування для первинної медичної допомоги; 2) створення правових основ для нової системи фінансування охорони здоров'я; 3) створення єдиного національного замовника медичних послуг; 4) створення єдиної електронної системи обміну медичною інформацією; 5) перегляд уніфікованих клінічних протоколів для переліку найбільш поширених медичних станів і спрощення вимог до ведення паперової звітності у медичних закладах; 6) запровадження нової моделі фінансування медичної допомоги для вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, а з 2018 р. передбачалося її запровадження в усіх закладах, що надають стаціонарну допомогу; 7) затвердження методики аналізу витрат (собівартості медичних послуг) закладів охорони здоров'я; 8) створення госпітальних округів; 9) запровадження національної системи реімбурсації лікарських засобів для визначеного переліку медичних станів; 10) автономізація бюджетних закладів охорони здоров'я.

Реформа розпочалась з піврічного підготовчого етапу в 2018 р. Виплати розпочалися у другому півріччі. Саме з 2018 р., МОЗ здійснює фінансування за новим механізмом «гроші ідуть за пацієнтом» і для цього здійснюється практика планування бюджету. Місцева влада, заклади провели значну підготовчу роботу: провели автономізацію центрів та амбулаторій, забезпечили необхідне оснащення, приєдналися до електронної системи охорони здоров'я, тощо. Керівники закладів реалізували завдання реорганізації закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) в некомерційні комунальні підприємства. Реалізація вказаних завдань дає закладам можливість мати значно більше свободи у прийнятті щоденних рішень, мати банківський рахунок, справедливо диференціювати заробітні плати, самостійно планувати

свою фінансову діяльність. Головні лікарі стають фаховими управлінцями. Новоборівська об'єднана територіальна громада була створена в грудні 2015 року (на початку децентралізації в Україні) і, завдяки активності голови громади та управлінської команди, громада швидко вийшла на передові позиції з реалізації стратегії децентралізації (рис. 2.1).

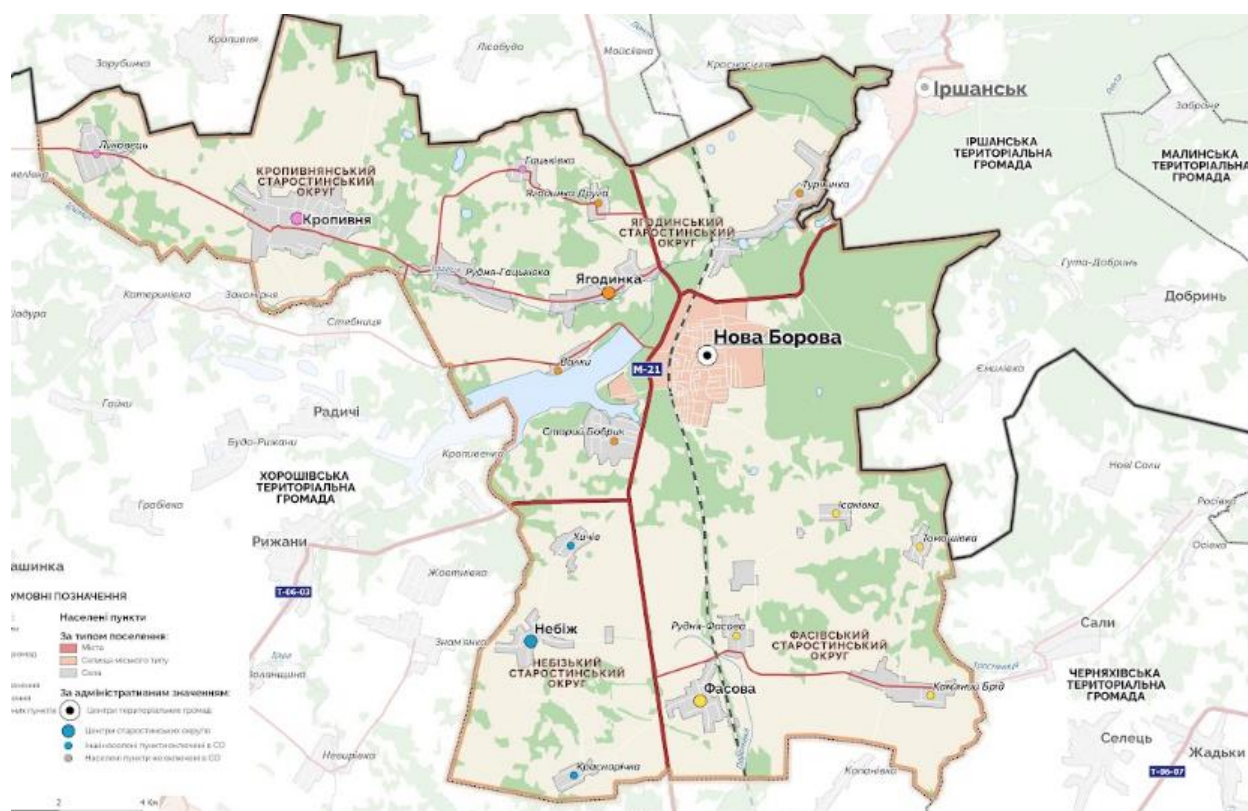


Рис. 2.1. Картограма Новоборівської територіальної громади

Джерело: сформовано на основі [18].

Співпраця з *DESPRO*, ПРООН, *U-LEAD* стала показником активності громади. Керівник ЦПМСД (на той період часу зав. амбулаторією) розпочала роботу з інституційного впровадження реформи. Першим кроком, стало навчання, а саме участь в семінарі з реформування первинної медицини в громадах, що проходив в Харкові 6–7 березня 2017 року. Захід проходив за підтримки *U-LEAD*. Власне це і стало поштовхом до практичної реалізації медичної реформи в громаді. Домашнім завданням було створення стратегії розвитку первинної медицини у своїй громаді. Разом з експертами *U-LEAD* упродовж двох місяців відбувалася корекція Стратегії і роз'яснення практич-

них аспектів впровадження медичної реформи на місцях (особливості фінансування, кадрової політики). Затим, в червні 2017 р. була Літня школа трансформації охорони здоров'я в Буковелі за підтримки Світового банку, фонду Відродження, *U-LEAD*.

З липня 2017 року розпочався етап просування і пропагування ідеї реформування. Процес супроводжувався значною підтримкою невеликої команди закладу і, саме головне, частини депутатського корпусу та голови громади з заступниками. Сказати, що було повне розуміння і підтримка більшості працівників лікарні та просто громадян – було б неправдою. Як все нове, це сприймалося з великою пересторогою і недовірою. Тут, звісно, сильно «допомагають» деякі засоби масової інформації. Наступним етапом інституційного впровадження реформи стало вивчення світових практик фінансування медичних послуг. З 18 листопада по 9 грудня керівник пройшла, в Київській школі економіки, адаптований курс Гарвардської школи Громадського здоров'я з основ фінансування системи охорони здоров'я. Курс проведений за підтримки *USAID*, *DELOITTE* та *KSE*. 23 жовтня рішенням сесії Новоборівської ОТГ, першими в Житомирській області, було прийнято рішення про реорганізацію КЗ «ЦПМСД» в Комунальне некомерційне підприємство. Процес підготовки завершився в кінці січня 2018 року. До 01 січня 2018 р. проведено основні «болючі» кроки, а саме суттєва оптимізація структури та штату Комунального закладу з врахуванням бачення основних тенденцій реформованого закладу. Розроблена стратегія розвитку медицини в громаді, статут підприємства.

З грудня 2017 р. на базі Комунального некомерційного підприємства «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Новоборівської селищної ради реалізовано Проєкт *USAID* «Реформа ВІЛ-послуг у дії», підготовлено мапи первинної медичної допомоги (ПМД). наразі за рахунок бюджету місцевого самоврядування утримується 5 фельдшерських пунктів, 1 амбулаторія та пункт базування станції швидкої допомоги (довідково – обсяг доходів громади становить 74,75 тис. грн або 8,89 тис. грн у розрахунку на одного мешканця). 5 червня 2018 р. в першу хвилю, наш КНП одним зі 160

закладів в Україні підписав договір з НСЗУ по пакету «Первинна медична допомога». А вже з 1 липня 2018 року, з 40% підписаних декларацій, підприємство отримало кошти – 277 тис. грн. (проти 180 тис. грн за червень 2018 р.) З моменту отримання коштів від НСЗУ підприємство змогло підняти заробітні плати лікарям та медичним сестрам. З першого жовтня вступив в дію новий колективний договір. Заробітні плати зросли до 16 тис. грн. у лікарів та 7–8 тис. у медичних сестер ЗПСМ.

За кошти НСЗУ комп'ютеризовано весь заклад (закуплено 8 комп'ютерів з принтерами та МФУ), збільшена швидкість інтернету, закуплено 2 пеленальні столи, проведено поточні ремонти, закрита основна потреба закладу в бензині, медикаментах та витратних матеріалах. В лютому 2019 р. надійшло вже 325 тис. грн. при 68% підписаних декларацій. Разом в можливостями, впровадження реформи поставило значне число нових запитань. Зауваження, пропозиції, труднощі під час впровадження реформи:

Будь яка реформа – це болючі, незрозумілі, незвичні, але вкрай потрібні зміни. Без реформування немає прогресу. Результативність проведення реформи напряму залежить від швидкості її проведення. Чим швидше, коротше в часі реалізація - тим ефективніше, тим кращий результат. Якщо реформа стосується практично всі людей (як реформа медицини), то має бути широка інформаційна кампанія. Не вмовляти людей погодитись на зміни, а доносити до них інформацію, що тепер буде інакше. Особливо важливо проводити роз'яснення для управлінців місцевої влади, депутатів – саме тих, від рішення яких і залежать зміни. Нажаль, при реалізації цієї реформи цього не відбувалося. Успіх проведення змін напряму залежав від бажання/чи не бажання конкретних посадовців проводити такі зміни у себе в громадах. Якщо голова громади живе популізмом, сам опирається будь яким змінам, часто не бажає знати про зміни, то практично така реформа приречена на провал. За нашими спостереженнями саме від особистості голови в першу чергу все і залежало.

Друга проблема – інформація для керівників, їх навчання. Так, дійсно, над реалізацією впровадження реформи працювало багато міжнародних до-

норів. І основна їх місія була саме навчити, розказати як це працює в цивілізованому світі (на прикладі країн, які були в такому ж становищі як і Україна), у фактах і цифрах показати ефективність і користь для людей. Але таке навчання змогли пройти лише невелика кількість управлінців. І відбір відбувався лише за результатами оцінки їх мотивації та готовності до всього нового конкретних керівників. З одного боку це правильно, адже мотивувати інертних, не відкритих до змін керівників-це намарно витрачати час та ресурси. Але реформа мала бути обов'язковою для всієї країни і, на нашу думку, її впровадження не повинно було відбуватися за принципом особистого бажання чи не бажання чиновника чи управлінця від медицини. Адже політику в медицині формує саме МОЗ. А не кожна громада на свій розсуд.

Встановлено, що лікарі у середньому ведуть прийом пацієнтів протягом 4,5 год./ день (20-ти пацієнтів з середньою тривалістю візиту пацієнта – 13 хв.) Основними споживачами послуг первинного медичного закладу є жінки віком 40–64 роки (68% від загальної кількості пацієнтів, а у селі – 70%). Головними причинами візиту до ПМД є гострі симптоми хвороби (34% візитів), а також регулярні візити через хронічні захворювання (20% візитів). Протягом року 69% пацієнтів отримують до 10 послуг первинного медичного закладу (звернення, вакцинація, здача аналізів, отримання довідок та рецептів тощо). Пацієнти з хронічними хворобами здійснюють у середньому 14 візитів на рік (через гострі симптом – 10,1%, потреба у рецепті – 12,2%; вразливі групи населення – 15,6%; люди з особливими потребами – 18%; постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС – 16,6%, безпритульні – 13,2%). Один лікар первинного медичного закладу у середньому робить 16 направлень до спеціалістів на кожні 100 візитів. Найвищий рівень направлень – у лікарів первинної медичної ланки з досвідом роботи до 10 років (18 направлень). Лікарі загальної практики переважно жінки (80%), віком 47 років. Лікар у середньому має 1700 укладених декларацій. 60% закладів ПМД Новоборівської ОТГ мають дефіцит кадрового забезпечення. У 2019 р. у первинних медичних закладах основне джерело доходів становили кошти від НСЗУ (у поліклініках – 93%, у

ЦПМСД – 85%, у амбулаторіях – 74%, у лікарнях – 52%).

Таким чином, на шляху впровадження реформи виникли декілька факторів, що вплинули на ефективність реформування: готовність голови громади до змін; готовність конкретного керівника медичного закладу до впровадження змін; готовність і розуміння депутатів місцевої ради до змін; опір простих людей (виборців, мешканців); шалений популізм в країні; слабка інформаційна кампанія в ЗМІ.

Висновки до розділу 2

1. 3 жовтня 2018 р. на території Новоборівської ОТГ вперше в Україні проведено реформування закладу первинної медичної допомоги і створено комунальне некомерційне підприємство, а первинна медична допомога перейшла на нові принципи фінансування (оплата почала здійснюватися Національною службою здоров'я України за одного пацієнта у межах договорів про медичне обслуговування населення). Нова модель фінансування як капітаційна модель не є основним стимулом впровадження змін, а повинна передбачати моніторинг якості, обсягу та повноти надання медичних заходів та послуг, з метою підвищення професійного рівня лікарів.

2. Більшість лікарів первинних медичних закладів відмічають зростання кількості телефонних консультацій і зменшення візитів до дому. 64% лікарів стверджують, що методи та практики лікування та надання послуг не зазнали суттєвих змін. Підтверджено зміни у підходах до оплати праці та складання фінансових планів. 79% лікарів задоволені роботою, а 71% – відмічають задоволеність роботою внаслідок кавітації. 67% лікарів готові лікувати туберкульозних хворих. Однак, велика кількість первинних медичних закладів Новоборівської ОТГ у сільській місцевості потребують обладнання, а також облаштування закладів для людей з особливими потребами.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ РЕАЛІЗАЦІЇ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ

Запорукою успіху у питаннях реорганізації ПТСД на засадах сімейної медицини є Концепція розвитку охорони здоров'я, затверджена Указом Президента від 7 грудня 2000 р. № 1313/2000, відповідно до якої ланки ПТСД мають забезпечувати виконання функцій відповідно до основних засад. Основними завданнями реформи є державної політики на основі удосконалення існуючої системи медичної допомоги, упровадження ефективних механізмів фінансування, багатоканальність всіх ланок, удосконалення кадрового, інформаційного, фінансового і матеріального забезпечення ПТСД. Кінцевою метою змін є надання кваліфікованої медичної допомоги кожній сім'ї, підвищення якості та доступності.

Подолання типової проблеми реформування ПТСД, посилення її, організаційної і управлінської функції, а також фінансування є впровадження внутрішньосистемних, організаційних, структурних та нормативно-правових заходів та механізмів інституційного розвитку галузі, усунення «вузьких» спеціальностей лікарів [15]. Посилення та удосконалення існуючої правової стратегії реформування галузі покликане створити умови наближення медичної допомоги до кожної сім'ї, запровадити принцип багатоканальності фінансування медичних послуг. Зміцнення первинної ланки охорони здоров'я також забезпечується за рахунок надання населенню можливості отримувати більш якісні медичні послуги за рахунок комплексного вирішення проблем ПТСД: удосконалення механізму фінансування ПТСД, оплати праці медичного персоналу, посилення кадрового забезпечення закладів, напрацювання порядку формування контингенту пацієнтів та їх взаємодії з сімейним лікарем [19]. Потужним інструментом подальшого розвитку ПМД є державно-приватне партнерство та міжмуніципальне співробітництво: розв'язати наявні проблеми можливо за умови об'єднання зусиль всіх

стейхолдерів (зацікавлених сторін). Основа успіху – науково обґрунтовані, виважені, на основі консенсусу визначені між усіма заінтересованими сторонами заходи (фахове та громадське обговорення), які забезпечать структурну чітку стратегію цілеспрямованого поліпшення громадського здоров'я та ефективне задоволення потреб населення у медичній допомозі.

Пропонується впровадження таких заходів: 1) реорганізація управління медзакладами району, 2) утворення відділів охорони здоров'я райдержадміністрацій з функціями замовника медичної допомоги та розпорядника бюджетних коштів; 3) забезпечення в районі реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я; 4) здійснення контролю за дотриманням державних стандартів та законодавства у сфері охорони здоров'я; 5) незалежно від форм власності та їх підпорядкування забезпечення управління та координації діяльності закладів охорони здоров'я (таким чином на первинному рівні забезпечується надання медичної допомоги, відновлюється вертикаль підпорядкування закладів та консолідація коштів на охорону здоров'я); 6) визначення ПМСД як основного механізму усунення структурних диспропорцій системи надання меддопомоги (основне профілактика, рання діагностика та лікування захворювань); 7) посилення економічної самостійності лікувальних установ; 8) посилення ролі сімейної медицини (договірні відносини у сфері охорони здоров'я: замовник – це держпокупець, а постачальник медичних послуг – амбулаторія сімейної медицини визначають юридичні зобов'язання сторін. Затвердження механізму оплати праці сімейного лікаря покликано сформулювати матеріальну зацікавленість відповідальності та забезпечення якості за виконану роботу); 9) приведення можливих обсягів безоплатної медичної допомоги у відповідність з фінансовим механізмом співучасті населення у покритті видатків на охорону здоров'я (принцип суспільної солідарності). Враховуючи дефіцит бюджетних коштів (існуюча система фінансування ПМД лише на 30-40% забезпечує потреби лікувальних закладів, з них 70% – це заробітна плата.), населення розглядається як потенційного інвестора медичної допомоги, додаткове джерело наповнення бюджету лікувального закладу, а також ініціатора страхового та приватного

фінансування послуг всіх структур охорони здоров'я. Механізм співпраці з населенням у питаннях фінансування медичної допомоги створює базис багатоканальної системи фінансування галузі та можливості професійної та економічної мотивації лікаря ПМД та їх партнерів через механізм бюджетного фінансування з боку держави, органів місцевого самоврядування, суспільно-солідарні накопичувальні механізми та оплату медичних послуг споживачами. Подальше підвищення відповідальності за медичне забезпечення та стан здоров'я населення доцільно надати закладам ПМД (постачальникам медичних послуг – амбулаторіям) автономний статус як некомерційних медичних установ з якими відділи охорони здоров'я укладають контракти. Такий підхід поступово призводить до появи природної економічної мотивації медичних працівників за результати лікування, одержання можливості додаткового легального заробітку.

Отже, основним напрямом регулювання управлінських та функціонально-структурних перетворень у державного у сфері охорони здоров'я є зміцнення системи закладів ПМД, надання населенню доступу до більш якісних медичних послуг, раціональне використання наявних ресурсів, запровадження механізмів професійної та економічної мотивації діяльності фахівців та персоналу ПТСД, створення гідних умов роботи, підвищення ролі органів місцевого самоврядування у сприянні сімейним лікарям, надання економічної, юридичної та управлінської самостійності (автономії закладам ПМСД), введення контрактних відносин між розпорядниками коштів та надавачами послуг. Указом Президента від 18.08.2021 № 369/2021 вводиться рішення Ради нацбезпеки і оборони від 30.07.2021 року «Про стан національної системи охорони здоров'я та ... забезпечення ... медичною допомогою». Ним на КМУ покладено завдання: 1) до 1.12.2021 р. розробити стратегічний план розвитку системи охорони здоров'я до 2030 р. (він передбачає а) поетапне включення до тарифів вартості витратних матеріалів, лікарських засобів та медичних виробів за програмою медичних гарантій; б) визначення механізмів контролю дотримання медстандартів, підготовку вертикально інтегрованої системи управління якістю надання меддопомоги; в)

запровадження 1.01.2022 року індикаторів якості первинної медичної допомоги; г) запровадження показників ефективності керівників закладів охорони здоров'я; д) започаткування системи моніторингу медичних послуг; е) створення умов застосування міжрегіональних клінічних маршрутів пацієнта; ж) підготовку законопроектів з метою приведення до 1.04.2022 року принципів фінансування медпослуг; з) затвердження Порядку реалізації програми медичних гарантій на календарний рік; і) опрацювання питання доцільності об'єднання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги; к) удосконалення електронної системи охорони здоров'я; л) до 1.01.2022 р. виключення з повноважень органів виконавчої влади невластивих їм функцій; м) розвиток національної системи донорства крові; н) забезпечення повноцінної реабілітаційної допомоги громадянам; о) опрацювання питання посилення відповідальності за підробку документів; п) забезпечення високого рівня медичної освіти та кадрового потенціалу тощо [5].

Між тим МОЗ не вдалося розширити склад і розміри ресурсів, які використовуються для проведення декларованих перетворень. Бюджетне фінансування у повній мірі не було отримано. МОЗ використало фінансові та організаційні ресурси, які були й його розпорядженні. У результаті реформування системи первинної медичної допомоги на основі впровадження загальної лікарської практики вони часто носили локальний чи безсистемний характер. Рушійною силою реалізації реформи була несистемно проведена органами державної влади політика, діяльність окремих регіональних, колективів медичних та навчальних закладів, а також програм міжнародних організацій (АМР США, ЄС: ТАСІС, ноу-хау Фонд, Світовий банк тощо).

Для розуміння доцільних напрямків і можливостей реформування первинної медичної допомоги в нашій країні важливо проаналізувати тенденції змін у первинній медичній допомозі, що має місце у інших країнах, перш за все Європі. У країнах Європи та Північної Америки основними суб'єктами надання первинної медико санітарної допомоги за даними

Світового банку є сімейний лікар, медсестра громади, практикуюча медсестра, соцпрацівник, терапевт, менеджер та адміністративні робітник [5].

Сектор ПМД перебуває на периферії систем охорони здоров'я у європейських країнах, серйозні зусиллями перетворили його у центр цих систем [19]. Первинний сектор вже більше не є у тіні стаціонарної допомоги. Йде тривалий і складний процес перетворення його у рівного партнера секторів вторинної і третинної допомоги. Разом з тим, незважаючи на серйозне посилення уваги держорганів, що формують політику в охороні здоров'я, до розвитку сектору первинної допомоги, наявні дані не свідчать про суттєвий перерозподіл ресурсів від стаціонарної допомоги до амбулаторної [6]. За даними ВООЗ, серед країн Центральної та Східної Європи, лише у Угорщини та Латвії частка витрат на стаціонарну допомогу у сукупних витратах на охорону здоров'я значно скоротилась [4]. У західноєвропейських країнах спостерігається тенденція невеликого скорочення цієї частки. За даними ж ОЕСР, цього не відбувається, а в деяких країнах (Бельгія, Ірландія, Іспанія, Італія, Люксембург, Нідерланди, Туреччина, Фінляндія, Франція, Швейцарія) частка витрат на амбулаторну була стабільною або зменшилася [22]. Істотне збільшення цього показника було лише у Австрії та Данії. Найбільш важливі зміни у організації первинної мкддопомоги у західноєвропейських країнах у останні 10–15 років пов'язані з розвитком різних форм мережевих взаємодій [17]. Реагуючи на зростання числа пацієнтів з хронічними захворюваннями і використовуючи поліпшуються технічні можливості телекомунікацій та електронних технологій, лікарі загальної практики все сильніше втягуються в створюванні і розвиток мережі взаємодій з ланками, які надають вторинну і третинну допомогу (при лікуванні, наприклад, хворих з астмою та діабетом), з медичними сестрами та соціальними працівниками, які надають допомогу хворим на дому, зі школами тощо. При цьому розвиток первинної медичної допомоги відбувається у різних організаційних формах, і поки немає ясних побачення користі домінування у майбутньому будь-якої моделі [7].

У ряді європейських країн (Великобританії, Іспанії, Італії, Швеції, Фінляндії, Естонії) апробувалися різні механізми часткового фондоутримання лікарів первинної ланки. Цей досвід свідчить про наступні переваги впровадження таких механізмів фінансування [20]:

більш гнучке надання послуг первинної медичної допомоги, включаючи розширення переліку послуг, забезпечення своєчасного доступу, підвищення ступеня відповідності виконуваних лабораторних тестів потребам хворих, розвиток електронних комунікацій (Великобританія, Фінляндія, Швеція, Естонія);

зростання відповідності лабораторним посібникам, скорочення аналізів крові приблизно на 8%, госпіталізація хворих, які можуть отримувати амбулаторне лікування (наприклад, діабет) – на 6% (Італія);

* підвищення ефективності використання ресурсів (*cost effectiveness*) у разі використання фінансових стимулів, наприклад, до виписки більш економічно ефективних ліків препаратів (Великобританія, Італія);

скорочення часу очікування необхідного лікування (Фінляндія);

використання фондоутримувачами додаткової інформації про клінічну та організаційну якість послуг спеціалістів для організації надання допомоги своїм пацієнтам.

При цьому були відсутні свідчення того, що фондоотримувачі необґрунтовано скорочують кількість напрямів до спеціалістам. Введення фондоотримувача на перших порах у обмежених масштабах може полегшити перехід до альтернативних постачальників послуг без дестабілізації фінансової бази ванній амбулаторної допомоги.

Висновки до розділу 3

1. Таким чином, досвід створення загальних лікарських практик свідчить про те, що первинна медична допомога у нашій країні сприйняла нові форми організації. За нашими даними, пацієнти відзначають зростання

задоволення роботою лікарів загальної практики порівняно з дільничними лікарями у зв'язку з тим, що зменшується кількість спрямовувань на консультації до інших лікарів (57%), знижується кількість зайвих обстежень (30%), приділяється більше уваги пацієнту (93%). У результаті впровадження лікаря загальної практики у роботу первинної ланки охорони здоров'я на 23-30% скорочується кількість викликів «швидкої допомоги», поліпшується взаємодія з вузькими фахівцями. У поліклініках, де працюють лікарі загальної практики, активніше розвиваються стаціонари, а у сільських амбулаторіях – ліжко-місця сестринського догляду.

2. Однак, слід визнати, що позитивні зміни відбуваються у регіонах, які мали можливість залучити для фінансування реформи додаткові ресурси, в тому числі ресурси міжнародних проєктів і позик. Займатися реорганізацією базової ланки надання медичної допомоги, залишаючись у межах поточного фінансування бажаючих набагато менше. Розвиток первинної медичної допомоги став одним з пріоритетних національних проєктів у сфері охорони здоров'я. Він передбачає підвищення оплати праці персоналу первинної ланки (без диференціації між дільничними лікарями та лікарями загальної практики) та оснащення амбулаторних закладів медичною технікою.

3. Слід констатувати, що реальної реформи первинного ланки охорони здоров'я у масштабах країни досі тривають. Переважна більшість територіальних поліклінік продовжують надавати первинну медико-санітарну допомогу силами тих кадрів, які діяли до початку реформи, а новий інститут лікарів загальної практики (сімейних лікарів) ще не повною мірою відповідає цільовим параметрам рівня кваліфікації фахівців.

4. За досить повільних змін у організації первинної допомоги спостерігається подальше нарощування кількості хворих лікарнях, збереження обсягів швидкої медичної та спеціалізованої амбулаторної допомоги. Таким чином, структурні диспропорції, усуненню яких покликана служити реформа первинної ланки, не зменшуються.

ВИСНОВКИ

1. Найважливішим компонентом необхідної реформи охорони здоров'я є перетворення ланки первинної медичної допомоги. Вона повинна стати базисом амбулаторного сектора і системи охорони здоров'я в цілому. Організація охорони здоров'я у західних країнах вже накопичила досвід реформування первинної медичної допомоги. У постсоціалістичних країнах інститут лікаря загальної практики порівняно з характерною для системи охорони здоров'я поліклінічною моделлю амбулаторної медичної допомоги забезпечує більш високі доступність і якість первинної медичної допомоги, більш ефективне використання ресурсів системи охорони здоров'я.

2. Лікар загальної практики бере на себе виконання частини функцій лікарів фахівців і функцій організатора медичної допомоги, що надається на інших етапах. Навпаки, орієнтація на систему надання медичної допомоги, засновану на вузьких фахівцях, посилює її недоступність для різних груп населення. Необхідність реформування первинної ланки надання медичної допомоги на принципах організації загальної лікарської практики неодноразово декларувалася в урядових документах. Широкий розвиток загальних лікарських практик не лише означає необхідність реорганізації поліклінічної мережі, а й безпосередньо охоплює стаціонарну і швидку допомогу, а отже, інтереси різних категорій лікарів і пацієнтів, які звикли до формам взаємодії, які склалися.

3. Така реорганізація, щоб бути успішною, вимагає значних витрат фінансових, матеріальних, адміністративних та інших ресурсів усієї держави.. Тим часом передбачувані урядом практичні заходи охоплювали обмежений набір факторів, від яких залежить цей перехід, і не супроводжувалися виділенням достатньої кількості ресурсів, необхідних для проведення декларованих масштабних перетворень. Як наслідок, реформування системи первинної медичної допомоги на основі впровадження інституту загальної лікарської практики носило локальний,

часто безсистемний характер. Практичне впровадження інституту лікаря загальної практики лежить у площині доповнення існуючої мережі амбулаторних закладів та їх реорганізації.

4. Накопичений в країні досвід створення сімейних лікарів свідчить, що система первинної медичної допомоги є готовою до нових форм організації. Пацієнти лікарів загальної практики позитивно оцінюють їх роботу, відзначають посилення уваги до хворих, зменшення необхідності в консультаціях інших лікарів і обстеженнях. Враховуючи накопичений досвід реформування ПМД в Україні і за кордоном, як стратегічний слід зберегти розвиток інституту лікаря загальної (сімейної) практики, перехід на надання основної частини первинної ПМД силами автономних або повністю незалежних групових та індивідуальних загальних лікарських практик. Поліклініки повинні поступово перетворені у консультативно-діагностичні центри та системи незалежних і конкуруючих між собою лікарських практик, що діють на основі договірних відносин з фінансуючою стороною, стаціонарами та іншими медичними організаціями. При цьому важливо зберегти всі властиві поліклініці переваги, насамперед, тісну кооперацію різних ланок надання медичної допомоги на договірній основі.

5. Перешкодами до широкого впровадження загальних лікарських практик та реорганізації поліклінік у консультативно-діагностичні є те, що ця модель пов'язана з ризиками руйнування педіатричної та погіршенням діагностики і лікування дорослих і дітей. На шляху заміщення дільничних служб лікарями загальної практики іншими перешкодами є значні витрати, необхідні для створення умов для роботи лікарів загальної практики, невідлагодженість медико-технологічних та інституційно-економічних механізмів роботи загальних лікарських практик, погана опрацьованість наслідків розвитку цього інституту для існуючого корпусу лікарів.

6. Просуванню реформи сприяло підвищення якості надання медичної допомоги та справедливості у забезпеченні доступу до неї. При цьому правила роботи загальних лікарських практик і їх фінансування повинні бути

прозорі і зрозумілі для населення та працівників охорони здоров'я. Проведення реформи потребує зміни управлінських технологій її проведення. До них відносяться наступне:

перехід до загальної лікарської практики вимагає управлінського програмування як медико-технологічних, так і інституційно-економічних змін; які не можна обмежувати лише навчанням лікарів і оснащенням амбулаторій як то є наразі;

створення мережі загальних лікарських практик повинно бути пов'язане з управлінським програмуванням процесу перетворення функцій поліклінік;

самостійним предметом управлінського програмування повинні виступати зміни в обсягах, змісту діяльності, кадровому складі лікарів фахівців амбулаторної ланки;

предметом управлінського програмування повинні стати стратегії взаємодії органів охорони здоров'я різних рівнів, які реалізують реформу, з різними категоріями лікарів і з населенням, а також способи зниження їх опору, компенсації витрат.

7. Перетворення системи надання медичної допомоги має відбуватися по різному у населених пунктах різних типів. У сільській місцевості або у деяких міських житлових масивах, віддалених від поліклінік, доцільно створювати нові загальні лікарські практики на додаток до діючої амбулаторної мережі. Схема їх формування повинна бути відмінною від порядку створення лікарських практик на базі поліклінік. Такі практики розумно з самого початку формувати як незалежні господарюючі суб'єкти на базі приватної або муніципальної власності. Ключовою економічною умовою забезпечення успішності реформування первинної допомоги є створення економічної мотивації медичних організацій та персоналу до роботи у нових умовах.

7. Для посилення профілактичної складової у діяльності первинної ланки медичної допомоги доцільно застосовувати методи фінансового планування їх роботи з використанням нормативу у розрахунку на одного

прикріпленого жителя. Наразі фінансування реалізоване через впровадження методу оплати амбулаторної допомоги за відвідування не сприяє розвитку профілактичної діяльності та загальних лікарських практик.

8. Для того щоб лікар загальної практики взяв на себе реальну відповідальність за стан здоров'я прикріпленого до нього населення, необхідно наділити його інструментами впливу на надання медичної допомоги пацієнтам на інших її етапах. Найкращим механізмом для цього є фінансування первинної ланки медичної допомоги. Загрози появи в цьому випадку у лікарів загальної практики стимулів до невиправданого скорочення звернень за послугами служби швидкої допомоги та стаціонару можуть бути ефективно знижені адекватним вибором механізмів фінансування сімейних практик та розвитком державного та професійного контролю за їх роботою.

9. При проведенні реформи необхідно забезпечити етапність перетворення поліклінік і розвиток інститутів загальних лікарських практик за ступенем автономності цих практик, за впровадженням ними механізмів фінансування, по групах регіонів, за ступенем розвиненості систем управління і фінансування сфери охорони здоров'я. Масштабний розвиток інституту лікарів загальної практики здійснюється всією системою надання медичної допомоги, включаючи не тільки амбулаторну, а й стаціонарну, і швидку допомогу, включаючи інтереси різних категорій лікарів і пацієнтів, які звикли до сформованих форм взаємодії. Така реорганізація, щоб бути успішною, вимагає значних фінансових, матеріальних, політичних, адміністративних ресурсів усієї державної системи.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Київ. Закон України № 3612 від 7 липня 2011 року. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/3612-17>
2. Конституція України URL:<http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр>
3. Порядок планування та прогнозування розвитку мережі комунальних закладів охорони здоров'я в пілотних регіонах URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1414-11>
4. Про затвердження примірних положень про заклади охорони здоров'я. Наказ МОЗ № 1008 від 30.12.2011. URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20111230_1008.html
5. Про затвердження Примірного положення про Центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги. Наказ МОЗ № 557 від 01.09.2011 URL: http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110901_557.html
6. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я. Закон України від 06.04.2017р. URL:<http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2002-viii>
7. Проект Закону про внесення змін до Бюджетного кодексу України щодо забезпечення державних фінансових гарантій надання медичних послуг та лікарських засобів від 21.06.2017. URL: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=62073
8. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості. Закон України від 14.11.2017. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2206-viii>
9. Деякі питання надання субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на здійснення заходів, спрямованих на розвиток системи охорони здоров'я у сільській місцевості. Постанова КМУ від 06.12.2017. URL:

<http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/983-2017-%D0%BF>

10. Про затвердження Порядку формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги. Наказ МОЗу та Мінрегіону від 06.02.2018. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0215-18>

11. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» Наказ МОЗ України від 19.03.2018 р.. Режим доступу: <http://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-19032018--504-pro-zatverdzen-n-ja-porjadku-nadannja-pervinnoi-medichnoi-dopomogi>

12. Акимова И., Максимчук М. Медицинская реформа: шаг к успеху или разочарованию. *Еженедельник Аптека*. 2017. 30 октября. №42

13. Про внутрішнє та зовнішнє становище України в 2020 році. Аналітична доповідь до Щорічного Послання Президента України до Верховної Ради України. К.: НІСД, 2021. С. 388–392.

14. Бюджетний кодекс: Закон України від 8 липня 2010 р. № 2456 Документ 2456-VI у редакції 10.11.2021, підстава – 1813-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2456-17#Text>

15. Деякі питання надання медичної субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам: Постанова Кабінету Міністрів України від 23 січня 2015 р. № 11. Документ 11-2015-п у редакції 26.03.2019, підстава – 238-2019-п URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/11-2015-%D0%BF#Text>

16. Деякі питання щодо договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій. Постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410. Документ 410-2018-п у редьці х 16.11.2021, підстава – 1168-2021-п URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/410-2018-%D0%BF#Text>

17. Лехан В. М., Гінзбург В. Г., Борвінко Е. В. Порівняльна характеристика моделі Семашка та моделі, започаткованої в рамках реформи системи охорони здоров'я в Україні. *Медицина сьогодні і завтра*. 2013. № 4. С. 99.

18. Адміністративно-територіальний устрій. *Міністерство розвитку громад та територій України*. URL: <https://atu.decentralization.gov.ua/#karta>

19. Лехан В. М., Слабкий Г. О., Шевченко М. В. Аналіз результатів реформування системи охорони здоров'я в пілотних регіонах: позитивні наслідки, проблеми та можливі шляхи їх вирішення. Україна. *Здоров'я нації*. 2015. №3. С. 67–86.

20. Надута Г. Н., Надутий К. А., Жаліло Л. І. Порівняння економічної ефективності двох організаційних моделей первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. *Підвищення ефективності державного управління охороною здоров'я на регіональному рівні та на рівні місцевого самоврядування на основі принципів громадянського суспільства* : матеріали Всеукр. наук.-прак. конф. (6–7 листопада 2003 р., м. Комсомольськ). Кременчук: Вид во «Християнська зоря», 2004. С. 61–66.

21. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років. *Стратегічна дорадча група з питань реформування системи охорони здоров'я в Україні*. 2015. 41 с.

22. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні / під заг.ред. В. М. Лехан, Н. М. Лакізи Сачук, В. М. Войцехінського. К.: Сфера, 2001. 176 с.

23. Krugman P. Space: the last frontier. *Spatial economy*. 2005. №3. Р. 125.

24. Sharing or paring? Growth of the sharing economy. Price Water house Coopers Magyarország Kft. 2015. URL: <https://www.pwc.com/hu/en/kiadvanyok/assets/pdf/sharing-economy-en.pdf>.

25. Study to monitor the economic development of the collaborative economy at sector level in the 28 EU Member States. Final Report. 23.02.2018. European Commission. URL: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/0cc9a6b6-7501-11e8-9483-01aa75ed71a1>.