

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Навчально-науковий інститут післядипломної освіти

Завідувач кафедри громадського здоров'я
та управління охороною здоров'я

_____ В.А. Огнев

**ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ СІМЕЙНОЇ
МЕДИЦИНИ В СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ**

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «магістр»
освітня програма: «Управління в сфері охорони здоров'я»
спеціальність: 281 «Публічне управління та адміністрування»

Виконала:

слухачка групи ПУА-21

А.П. Спасібо

Керівник,

д.держ.упр., проф.

О.А. Мельниченко

Рецензент

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СІМЕЙНОЮ МЕДИЦИНОЮ.....	5
1.1 Розвиток сімейної медицини в сільській місцевості як об'єкт публічного управління	5
1.2 Механізми публічного управління розвитком сімейної медицини	12
РОЗДІЛ 2 ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ	22
2.1 Особливості розвитку сімейної медицини в сільській місцевості.....	22
2.2 ФОП як специфічна форма розвитку сімейної медицини в сільській місцевості	27
РОЗДІЛ 3 КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ВДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ	40
3.1 Адаптація до умов України передового світового досвіду щодо подальшого розвитку сімейної медицини	40
3.2 Перспективні напрями покращання публічного управління розвитком сімейної медицини в сільській місцевості	48
ВИСНОВКИ	62
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ	64

ВСТУП

Актуальність проблеми. Стан здоров'я сільського населення в Україні, порівняно з мешканцями міст, має відмінності: менша тривалість життя, більше випадків виявлення захворювань на пізніх стадіях. Це вимагає заходів щодо розширення доступності охорони здоров'я в сільській місцевості. Якісно організована сімейна медицина покликана вирішити переважну більшість медичних запитів пацієнтів. Зі стартом медичної реформи стан первинної медичної допомоги (далі – ПМД) населенню зазнав позитивних змін, але залишаються певні проблеми характерні для сільської місцевості: функціонування фельдшерсько-акушерських пунктів, дефіцит кваліфікованого медичного персоналу, низька якість ПМД, брак налагодженої комунікації між пацієнтами, середнім медсоналом і сімейним лікарем, низька привабливість ОТГ для залучення молодих спеціалістів і відкриття приватних практик.

Покращання надання ПМД в сільській місцевості вимагає комплексних нагальних рішень. Діяльність органів публічного управління відіграє важливу роль у поліпшенні здоров'я та добробуту в місцевих громадах. Рішення та діяльність інших підрозділів виконавчої влади також можуть створювати сприятливі умови, знижувати ризики та підвищувати чинники збереження здоров'я. Ці питання потребують розробки ефективних публічно-управлінських рішень, що обумовлює актуальність даного дослідження.

Мета та завдання дослідження: на основі дослідження діючих в Україні механізмів публічного управління сімейною медициною в сільській місцевості обґрунтувати основні напрями їх вдосконалення.

Для досягнення поставленої мети необхідно виконати такі завдання:

- з'ясувати сутність і значення функціонування сімейної медицини в сільській місцевості з як об'єкту публічного управління;
- дослідити діючі механізми публічного управління розвитком сімейної медицини;

– оцінити розвиток комунальних закладів і ФОП, які надають первинну медичну допомогу, як результат публічного управління;

– виокремити для подальшої адаптації до умов України передовий світовий досвід щодо подальшого розвитку сімейної медицини в сільській місцевості;

– запропонувати комплекс заходів за пріоритетними напрямками для подальшого розвитку сімейної медицини в сільській місцевості

Об'єктом дослідження є розвиток сімейної медицини в сільській місцевості

Предметом дослідження є публічне управління розвитком сімейної медицини в сільській місцевості

Методи дослідження. Абстрактно-логічний – для теоретичних узагальнень і формування висновків; аналізу та синтезу – для оцінки параметрів розвитку сімейної медицини в сільській місцевості; статистичних порівнянь – для дослідження результативності публічного управління подальшим розвитком сімейної медицини в сільській місцевості.

Практичне значення результатів дослідження полягає в поглибленні існуючих уявлень про застосування механізмів публічного управління подальшим розвитком сфери охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СІМЕЙНОЮ МЕДИЦИНОЮ

1.1 Розвиток сімейної медицини в сільській місцевості як об'єкт публічного управління

Всесвітня організація охорони здоров'я (далі – ВООЗ) визначає здоров'я як «стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки як відсутність хвороб і фізичних дефектів» [2]. Здоров'я – це не тільки прагнення до благополуччя, це – право людини. Право на здоров'я не слід розуміти тільки як право людини бути повністю здоровою: неможливо забезпечити захист від усіх можливих причин поганого стану людського здоров'я. Це право для всіх без дискримінації на користування різними послугами, установами та речами, а також мати відповідні умови життя, щоб бути здоровим, наскільки це є можливим. Право на здоров'я включає в себе не тільки ПМД, а й умови, що визначають здоров'я населення, в т.ч.: безпечні умови навколишнього середовища, доступ до чистої питної води, належної санітарії та житла, достатнє харчування, здорові умови роботи і, а також доступ до освіти та інформації, пов'язаних зі здоров'ям [47].

Для забезпечення реалізації цього права держава підтримує розвиток сфери охорони здоров'я – сукупності усіх організацій, інституцій і ресурсів, головною метою яких є зміцнення, підтримка чи відновлення здоров'я; сукупність заходів (соціально-економічного та медичного характеру), що спрямована на збереження здоров'я людини, населення [27].

За даними ВООЗ, на сучасному етапі в жодній країні світу не створено ідеальної сфери охорони здоров'я, проте сімейна медицина визнана такою, що здатна найповніше задовольняти населення у ПМД та є економічно доцільною для країни. ПМД передбачає надання консультації, проведення діагностики та

лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів, здійснення профілактичних заходів [48]. Надання ПМД забезпечують заклади охорони здоров'я та фізичні особи – підприємці (далі – ФОП), які одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку. ПМД надають лікарі загальної практики – сімейні лікарі та лікарі інших спеціальностей, а також інші медпрацівники.

Саме розвиток ПМД допоміг багатьом країнам світу подолати важкі кризові часи в сфері охорони здоров'я. Доведено, що сімейний лікар може найповніше впливати на стан здоров'я населення. Одним з критерієм європейського вибору України є реформування ПМД відповідно до світових стандартів охорони здоров'я. Ба більше, без здорової нації не можливо побудувати успішну державу, зміцнити економіку, вдосконалити та розвинути ряд інших сфер життєдіяльності [3, с. 416].

ВООЗ, у стратегічному документі «Здоров'я для всіх у ХХ столітті», визначила розвиток ПМД на принципах сімейної медицини одним із важливих завдань для європейських країн і відповідно цього підкреслила зростаючу роль сімейного лікаря. Нині в більшості країн світу частка лікарів загальної практики – сімейної медицини серед лікарів становить від 30 % до 50 % [4, с. 13].

Сімейна медицина – комплекс наукових і практичних заходів для організації сімейної лікувальної практики. Сімейну лікувальну практику необхідно розглядати, як таку, що забезпечує тривалу опіку за здоров'ям людини і всіх членів її родини, незалежно від характеру хвороби, стану органів і систем організму в усі періоди життя. Сімейна лікувальна практика базується на засадах доказової медицини. Головні принципи сімейної медицини:

- довготривалість і безперервність спостереження;
- багатопрофільність ПМД;
- ставлення до родини, як до одиниці медичного обслуговування;
- превентивність, як основа діяльності сімейного лікаря;
- відповідальність пацієнта, членів його родини й суспільства за збереження та покращання його здоров'я;

– економічна ефективність і доцільність допомоги.

Надаючи ПМД декільком поколінням пацієнтів з однієї родини, сімейний лікар і сімейна медсестра неминуче стають свідками внутрішніх проблем сім'ї і їх впливу на здоров'я членів родини. Ставлення до питань здоров'я, особливостей харчування, шкідливих звичок має постійно контролюватися медичним працівником, який має передбачувати як очікувані, так і непередбачувані переходи кожного із членів сім'ї в зону ризику. У спеціаліста з сімейної медицини є унікальна можливість застосовувати превентивні заходи на ранньому етапі патологічних змін [57, с. 7]

Початок історії сімейної медицини в Україні відносять до останніх років існування СРСР, коли фахівці з організації охорони здоров'я отримали можливість вивчати досвід медицини розвинутих країн. Ще в 1987 р. МОЗ УРСР започаткувало експеримент у Львівській області, у рамках якого у м.Дрогобич відкрили першу амбулаторію загальної практики сімейної медицини. А з 1995 р. було розпочато підготовку сімейних лікарів згідно програми затвердженою Міністерством охорони здоров'я України (далі – МОЗ). В 1998 р. відкрито першу кафедру сімейної медицини у Львівському медичному інституті [57, с.10]. Термін «сімейна медицина» в нормативних актах України вперше наведено в наказі МОЗ від 21.11.1991 р. № 168, за яким у номенклатуру лікарських спеціальностей було введено спеціальність «Загальна практика – сімейна медицина». Наказом МОЗ від 24.03.1999 р. № 68 «Про затвердження програми підготовки медичних кадрів для сільської місцевості» було затверджено «Програму підготовки лікарів зі спеціальності загальна практика сімейної медицини і підготовка кадрів для роботи в закладах охорони здоров'я в сільській місцевості». У 2000 р. Кабінетом Міністрів України (далі – КМУ) було прийнято постанову від 20.06.2000 р. № 989 «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в охорону здоров'я».

Згідно рекомендацій ВООЗ, система ПМД чинить визначальний вплив на загальні результати роботи усієї сфери охорони здоров'я: більшість усіх запитів пацієнтів на медичну допомогу у Європі починаються і задовольняються саме

на первинному рівні. Вчасна профілактика захворювань, раннє виявлення хвороби лікарем «первинного контакту», забезпечує своєчасну діагностику і лікування, зменшують потребу у госпіталізації та/або у викликах екстреної медичної допомоги.

Оскільки стан ПМД в країні був найбільш незадовільним, трансформація почалась із неї. Декларується потреба забезпечувати не менше 80 % всіх медичних послуг на рівні ПМД. Адже, в Америці, Австралії та багатьох країнах Європи на консультацію до «вузьких» спеціалістів скеровується не більше 10 % пацієнтів, тоді як в Україні ця цифра ще донедавна перевищувала 50 %, що підтверджувало той факт, що лікарі первинної ланки не керують процесом співпраці з лікарями спеціалістами і під їхнім наглядом завершують лікування 10–28 % пацієнтів, а решту переходять до спеціалістів другого і третього рівня. За кордоном цей показник становить 70–75 %, а в країнах, де належним чином налагоджена система ПМД і де сімейний лікар має відповідну кваліфікацію, рівень досягає 90 %.

Сімейний лікар – це фахівець із вищою медичною освітою, який має право надавати медичну допомогу, виступати інтегратором оцінки здоров'я пацієнтів, брати участь у розробці планів лікувально-оздоровчого характеру, координувати їх реалізацію та оцінювати ефективність. Він забезпечує корекцію способу життя, є адвокатом і провідником пацієнта у складній системі охорони здоров'я, медико-санітарного, фармацевтичного та соціального забезпечення. Сімейні лікарі, згідно парадигми медичної реформи повинні ставати «менеджерами» пацієнта у сфері охорони здоров'я і саме на рівні ПМД має відбуватись первинний контакт із системою.

Сімейний лікар, відповідно до своєї компетентності, здійснює управління ПМД. Це допомога тривала, безперервна, він орієнтується на пацієнта і його сім'ю, вирішуючи специфічні проблеми (як з гострих, так із хронічних проблем здоров'я, враховує широкий спектр скарг і хвороб, супутні захворювання).

За визначенням Всесвітньої організації сімейних лікарів (далі – WONCA), сімейний лікар – це спеціаліст з унікальних проблем популяції пацієнтів. У всіх

ключових документах WONCA виокремлено значну й важливу соціальну роль та відповідальність сімейного лікаря. Водночас і пацієнти та суспільство очікують і вимагають від сімейних лікарів вирішення багатьох проблем, лише частка з яких є повністю медичними. Профілактика захворювань, обумовлених погіршенням екологічної ситуації, і корекція здоров'я членів сім'ї у цих рамках має бути пріоритетною в роботі сімейного лікаря шляхом проведення комплексних профілактичних заходів [3 с. 419].

Розглянемо передумови для покращання ПМД сільському населенню.

Фундаментальні перетворення у сфері охорони здоров'я відбуваються паралельно зміні політики держави у сфері місцевого самоврядування. У 2014 р. було закладено основу реформи децентралізації через схвалення КМУ 01.04.2014 р. «Концепції реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні».

Органи місцевого самоврядування отримали більшу фінансову та владну незалежність, що дозволяє формувати місцеву політику покращання надання ПМД населенню. Зокрема, органи місцевого самоврядування можуть самостійно формувати мережу закладів охорони здоров'я на своїй території. Передбачено здійснення видатків з бюджетів територіальних громад на оплату комунальних послуг та енергоносіїв комунальних закладів охорони здоров'я (далі – КНП), які належать відповідним об'єднаним територіальним громадам (далі – ОТГ), для забезпечення надання медичних послуг за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення [6]. Загалом, можна стверджувати, що в центрі уваги реформи децентралізації є людина, її добробут та можливість отримання усіх базових послуг у громаді (медичних, освітніх, адміністративних тощо).

Продовженням законодавчого регулювання змін в системі публічного управління є прийнятий 14.11.2017 р. Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» [1], який передбачає регулювання найбільш слабкої ланки медичного забезпечення – охорони здоров'я населення, які мешкають в сільській місцевості й

покликаний вирішити проблему критичного стану ПМД на селі. Законом фактично дано старт реформи сільської медицини при залученні органів місцевого самоврядування в реалізації державної політики в цій сфері. Основна ціль – забезпечити вчасне виявлення захворювань на ранніх стадіях, системний нагляд за певними групами хворих, проведення профілактичних і оздоровчих заходів. Таким чином формується дієва модель ПМД. Це здійснюється насамперед, через формування амбулаторних дільниць – мережі первинної ланки сільських закладів охорони здоров'я, впровадження сучасних технічних рішень і мотиваційних переваг для лікарів, особливо через залучення до роботи на селі молодих спеціалістів. Передбачається вирішення кадрових проблем медичних працівників на селі, створення ефективної системи мотивації лікарів, залучення молоді. Квінтесенцією цього Закону є заходи, які заплановано до реалізації в сільській місцевості. Серед таких заходів необхідно визначити основні:

- наближення якісного медичного обслуговування до населення шляхом сприяння розвитку лікувальних закладів усіх форм власності у сільській місцевості, удосконалення мережі закладів охорони здоров'я;

- впровадження сучасних технологій з медичного обслуговування у сільській місцевості, зокрема з використанням телемедицини;

- розроблення та реалізація програм з медичного обслуговування у сільській місцевості щодо діагностики, лікування, реабілітації та профілактики захворювань населення, насамперед дітей, вагітних жінок і літніх людей;

- надання медичних послуг, передбачених програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, за рахунок коштів держбюджету у порядку, визначеному законом, розробка відповідних місцевих програм для забезпечення лікарськими засобами та виробами медичного призначення;

- розвиток необхідного для якісного зв'язку з пацієнтами і роботи з електронною системою охорони здоров'я покриття мобільною і інтернет мережею;

- створення дієвих механізмів заохочення кваліфікованих медичних і фармацевтичних працівників до роботи у сільській місцевості;
- розвиток транспортної інфраструктури, створення умов для застосування авіаційних, водних, автомобільних спеціальних і спеціалізованих санітарних транспортних засобів, у т.ч. обладнаних реанімаційними засобами;
- залучення інвестицій у розвиток медичного обслуговування у сільській місцевості, сприяння розширенню публічно-приватного партнерства та здійсненню благодійної діяльності у сфері охорони здоров'я;
- сприяння дієвій просвітницькій роботі серед населення щодо активної соціальної орієнтації на здоровий спосіб життя шляхом формування традицій і культури здорового способу життя, престижності здоров'я, залучення населення до активних занять фізичною культурою і спортом для збереження здоров'я та активного довголіття [3 с. 24].

Таким чином, законодавчо закріплена можливість уповноважених органів публічного управління здійснювати вплив на надання ПМД в сільській місцевості, спрямований на покращення їхньої якості та доступності.

Завдання надання якісної ПМД стоїть в центрі уваги уряду України в рамках реформування всієї системи охорони здоров'я. Головною метою Загальнодержавної Програми розвитку ПМД є забезпечення зниження рівня захворюваності, інвалідності та смертності населення шляхом ефективного функціонування загальної практики сімейної медицини, підвищення ролі сімейного лікаря. Окремим пріоритетом розвитку охорони здоров'я в Україні виступає підвищення її доступності в сільській місцевості [1].

Медична реформа відкриває нові можливості для розвитку сімейної медицини в сільській місцевості, які вимагають від керівників нових рішень і ефективного управління, зосередженні на чіткому визначенні ролей та відповідальності Уряду, органів місцевого самоврядування, керівників закладів охорони здоров'я задля досягнення мети – забезпечення населення якісною ПМД. Тому, однією з найважливіших умов ефективного функціонування

охорони здоров'я є розробка належним чином організованої системи публічного управління.

Зрештою слід зазначити, що сфера охорони здоров'я є складовою національною економікою, а тому є об'єктом публічного управління, яке направлене на забезпечення цілісності, соціальної безпеки, фізичного, духовного і соціального благополуччя нації, управління системою якості як в наданні медичних послуг, так і виробництві та продажі медичних препаратів, забезпечення біологічної безпеки та біологічного захисту, реагування на небезпеки для здоров'я та надзвичайні стани в сфері охорони здоров'я, забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення.

1.2 Механізми публічного управління розвитком сімейної медицини

Сучасне публічне управління сферою охорони здоров'я України формується за принципами та на основі пріоритетів розвитку державної політики у цій сфері, що визначаються Конституцією України, основами законодавства про охорону здоров'я та іншими актами.

Вітчизняна сфера охорони здоров'я функціонує за принципом вертикального підпорядкування. Найвищим органом законодавчої влади є Верховна Рада України, яка приймає законодавство із питань охорони здоров'я та фінансування, за яким функціонує система, а найвищим центральним органом виконавчої влади є МОЗ, яке забезпечує формування та реалізує державну політику у цій сфері. Медична допомога розподілена на три рівні – первинну, вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану).

На місцевому рівні існують 25 обласних департаментів та управлінь організації надання медичної допомоги, які здійснюють планування роботи та поточне керівництво всіма підпорядкованими (державними чи комунальними) закладами охорони здоров'я на певній території. Також на місцях функціонують і надавачі ПМД приватної форми власності: ТОВ, ФОП. Обласні

департаменти скеровують діяльність 136 районних адміністрацій, які, відповідно, здійснюють управління закладами ПМД. МОЗ, обласні та районні адміністрації проводять моніторинг діяльності підпорядкованих закладів охорони здоров'я та відповідають за дотримання якості ПМД. Це реалізується за допомогою протоколів лікування, ліцензування діяльності госпіталів і сертифікації лікарів, які в них працюють, акредитації лікувальних закладів охорони здоров'я. При цьому слід зазначити, що вимоги однакові для приватних і державних надавачів ПМД. У складі МОЗ діють багато консультативних і дорадчих органів, кваліфікаційних, наукових і науково-кваліфікаційних комісій, наукових установ з різних питань охорони громадського здоров'я, високоспеціалізованої медичної допомоги.

Згідно з законом [1], до повноважень органів місцевого самоврядування належить управління закладами охорони здоров'я, організація їх матеріально-технічного та фінансового забезпечення, організація медичного обслуговування та харчування в комунальних оздоровчих закладах, забезпечення у межах наданих повноважень доступності та безоплатності медичного обслуговування на відповідній території, а також розвиток усіх видів медичного обслуговування, зокрема – мережі закладів охорони здоров'я та сприяння підготовці й підвищенню кваліфікації спеціалістів. Діяльність уповноважених органів місцевого самоврядування відіграє важливу роль у поліпшенні здоров'я та добробуту населення ОТГ. Рішення та діяльність інших підрозділів виконавчої влади також можуть створювати сприятливі умови, знижувати ризики та підвищувати чинники збереження здоров'я.

Таким чином, відповідальність за здоров'я мешканців ОТГ несуть не лише безпосередньо медичні працівники закладів охорони здоров'я, а й уповноважені органи публічного управління.

Публічне управління ПМД реалізується за допомогою відповідних механізмів публічного управління – системи, яка забезпечує практичну реалізацію функції публічного управління з метою досягнення визначених цілей, яка характеризується власною структурою, методами, важелями,

інструментами впливу на об'єкт управління за допомогою відповідного правового та інформаційного забезпечення. Науковці відзначають, що специфічною рисою публічного управління є механізм контролю суспільства над усіма органами державної влади та органами місцевого самоврядування, якого, відповідно, не має державне управління у цій сфері.

Механізми публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я – сукупність цілей, принципів, методів адміністративного, економічного, правового та соціально-мотиваційного характерів, що здійснюються суб'єктом управління (органами публічної влади та місцевого самоврядування) на об'єкти управління за допомогою визначеного набору інструментів і, які спрямовані на забезпечення ефективного та динамічного розвитку охорони здоров'я [6].

Виділяють наступні механізми публічного управління:

- економічний – формує механізм публічного управління за допомогою банківської, грошово-валютної, інвестиційної, інноваційної, кредитної, податкової політики;

- мотиваційний – складається з сукупності стимулів стимулів, які спонукають посадових осіб до високоефективної роботи;

- організаційний – характеризує об'єкти, суб'єкти публічного управління, їх цілі, завдання, функції, методи управління та організаційні структури, а також результати їх функціонування;

- політичний – визначає особливості формування публічної політики через інструменти її складових;

- правовий – включає законодавчі та нормативно-правові акти, а також методичні рекомендації, інструкції тощо [50];

- комплексний механізм – система економічних, мотиваційних, управлінських, організаційних, політичних, правових механізмів.

Основними елементами механізмів публічного управління сферою охорони здоров'я є: предмет, об'єкт, мета, цілі та принципи, а, також, інструменти реалізації механізмів надання медичної допомоги [13 с 177].

Предметом публічного управління є: функціональний аналіз діяльності органів публічної влади як політико-правового інституту управління суспільством і утворених відповідних політико-правових і соціальних відносин.

Основна мета публічного управління якістю ПМД – забезпечення гарантованого державою права громадян на медичну допомогу, та надання якісних, достатніх за обсягом ПМД. Принциповою особливістю публічного управління в цій сфері є те, що воно відбувається в контексті адміністративної і бюджетної реформ, спрямованих на перехід від концепції управління витратами до управління за результатами. Унікальний характер сфери охорони здоров'я, як соціального і, водночас, особистого блага підкреслює роль (значущість) публічного управління.

На сучасному етапі розвитку системи охорони здоров'я, основні цілі публічного управління нею, з урахуванням названих особливостей надання медичного обслуговування можуть бути представлені наступним чином:

- забезпечення населення висококваліфікованими спеціалістами та надання якісної ПМД;
- забезпечення громадянам гарантованого пакету безоплатних ПМД;
- впровадження нових технологій та інноваційного розвитку ПМД;
- вдосконалення управління охороною здоров'я;
- підвищення рівня кваліфікації персоналу у сфері охорони здоров'я;
- розробка і реалізація профілактичних заходів;
- забезпечення вдосконалення процесу правового регулювання сфери охорони здоров'я;
- створення конкурентного середовища на ринку медичних послуг;
- формування системи охорони здоров'я, яка адаптується до постійно мінливих умов економічного курсу країни тощо [13, с. 187].

Для досягнення цих цілей важливо, щоб органи публічної влади, здійснюючи регулювання сфери охорони здоров'я, спиралися на такі принципи, як: законність, прозорість, систематичність, оптимальність, передбачуваність, пріоритетність, ефективність та соціальна відповідальність. Дотримуючись цих

принципів, можна досягти підвищення ефективності та результативності механізму публічного управління системою охорони здоров'я в контексті медичної реформи, що є актуальним питанням для України [14].

Принципи публічного управління сферою охорони здоров'я базуються на фундаментальних класичних принципах демократії, зокрема, поділу влади; виборності основних органів державної влади; плюралізму; гласності; рівності; забезпечення інтересів більшості при гарантуванні прав меншості відстоювати власну позицію, відігравати свою роль у суспільному житті; незалежного контролю. Принципи фактично є індикаторами сутності, змісту та реальності процесів публічного адміністрування. Класичні принципи публічного адміністрування, мають на меті формування якісної системи, зокрема, принципи верховенства права, системності, не зловживання владою, об'єктивності, соціальної справедливості, службової співпраці, централізм на демократичній основі, принцип єдиного вікна та зворотного зв'язку [58].

Найважливішою умовою забезпечення ефективного функціонування галузі охорони здоров'я є наявність ефективних інструментів регулювання процесів, які відбуваються у ній. Щодо особливостей реалізації механізму публічного управління системою охорони здоров'я то їх можна визначити як сукупність способів, прийомів, інструментів, за допомогою яких держава виконує свої регуляторні функції та досягає поставлених цілей розвитку медичної галузі [13, с. 188].

Основними методами реалізації механізму публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я є: адміністративні, економічні, правові соціально-мотиваційні та комплексні.

Кожний з суб'єктів публічного управління використовує універсальні та специфічні способи й прийоми для виконання функцій публічного управління [15] в рамках визнаних методів управління, які поділяються за способом впливу. В контексті управління сімейною медициною можна виділити наступні засоби, які використовують органи публічної влади реалізуючи нижченаведені механізми.

1. Адміністративний механізм:

- дозволи на здійснення медичної практики, ліцензування права здійснення медичної практики;
- державна акредитація закладів охорони здоров'я;
- державне регулювання цін на медичні послуги;
- державний контроль і нагляд за сферою охорони здоров'я;
- єдині кваліфікаційні вимоги до медичних працівників;
- порядок застосування методів профілактики, діагностики, лікування, які застосовуються в рамках надання ПМД;
- стандартизація медичної допомоги (клінічні протоколи і стандарти), медичного обслуговування, медичних матеріалів і технологій.

2. Економічні:

- державне замовлення підготовки різних категорій медичних кадрів;
- державні субсидії, дотації з державного та місцевих бюджетів;
- пільгове оподаткування (за користування земельною ділянкою під заклад охорони здоров'я);
- пільгові строки амортизації;
- податки;
- попередження та штрафи за правопорушення;
- пріоритетне надання кредитів і встановлення спеціальних субсидій.

3. Нормативні: Конституція України, Кодекси України, Закони України, Укази Президента України, постанови та рішення Верховної Ради України, постанови та розпорядження Кабінету Міністрів України; нормативні акти Міністерства охорони здоров'я України та інших ЦОВВ, обласних і районних державних адміністрацій.

4. Організаційні:

- визначення конкретного складу, обсягу медичних послуг і лікарського забезпечення, безкоштовне надання яких держава гарантує громадянам у разі різних видів захворювань;
- виконання зобов'язань, взятих за міжнародними договорами України;

- зміна господарсько-правового статусу закладів охорони здоров'я шляхом реорганізації;
- конкурси для проведення наукових досліджень з пріоритетних напрямів розвитку медичної науки;
- координація діяльності місцевих органів публічного управління у сфері охорони здоров'я;
- міждержавні, загальнодержавні та регіональні програми покращення здоров'я населення;
- міжнародне співробітництво;
- моніторинг (ціноутворення на платні медичні послуги; стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення медичних закладів);
- підготовка спеціалістів для надання ПМД: сімейних лікарів, середнього медичного персоналу;
- розмежування первинної, вторинної та третинної ланок медичної допомоги; розширення мережі закладів ПМД;
- розподіл і працевлаштування випускників вищих навчальних закладів, що належать до сфери управління МОЗ, у медичні заклади в межах державного замовлення;
- централізована закупівля медичного обладнання та виробів медичного призначення;
- соціально-психологічні: договірні процеси; інформування та освіта населення; просвітництво; формування культури у сфері охорони здоров'я.

Органи місцевого самоврядування реалізують наступні механізми публічного управління ПМД.

1. Адміністративні:

- боротьба з хабарництвом;
- виконання місцевих і регіональних програм у сфері охорони здоров'я;
- призначення керівників комунальних закладів охорони здоров'я, контроль за їхньою діяльністю, внесення пропозицій щодо продовження терміну контракту чи достроковому його розірванню;

- перевірки надання ПМД населенню (за контингентом і видом захворювань і контроль якості наданих медичних послуг;

- рішення про розміщення на території населеного пункту медичних закладів та їх фінансування.

2. Економічні:

- аналіз споживання енергоресурсів та бюджетних коштів комунальними закладами охорони здоров'я;

- виконання капітальних і поточних ремонтів у комунальних закладах охорони здоров'я;

- залучення коштів підприємств, установ, організацій та громадян, місцевого бюджету та позабюджетних фондів для фінансування будівництва нових, розширення та реконструкції діючих медичних закладів.

3. Нормативні:

- розпорядження та рішення органів місцевого самоврядування.

4. Організаційні:

- аналіз діяльності закладів охорони здоров'я, стану якості надання ПМД дорослому населенню;

- залучення громадськості до забезпечення безпеки у сфері охорони здоров'я;

- координація діяльності медичних закладів;

- місцеві програми розвитку сфери охорони здоров'я;

- моніторинг і аналіз основних показників діяльності закладів охорони здоров'я;

- реєстрація, облік, аналіз і реагування на заяви, скарги та пропозиції населення щодо обсягів та якості наданої ПМД, а також цін та якості медичних послуг;

- робота з електронними петиціями;

- участь у засіданнях виконкому органу місцевого самоврядування, постійної комісії з питань охорони здоров'я, комісії з техногенно-екологічної безпеки та надзвичайних ситуацій;

- поширення медичних знань та інформації про способи лікування;
- роз'яснення населенню положень законодавства про медичну реформу.

Бізнес-структури на території громади приймають участь в публічному управлінні сімейною медициною через наступні механізми.

1. Економічні: будівництво медичних закладів; інвестиційне забезпечення проєктів у сфері охорони здоров'я; маркетингові інструменти просування медичних послуг і підвищення їх якості та доступності.

2. Організаційні: надання місцевим органам влади з питань охорони здоров'я інформації про захворювання персоналу; облік кількості хворих за видами хвороб; укладання угод і договорів.

Громадські організації на території громади приймають участь в публічному управлінні сімейною медициною через наступні механізми:

1. Адміністративні: контроль за наданням медичних послуг; перевірка виконання планів і заходів у сфері охорони здоров'я; подання до суду позовів про відшкодування шкоди, заподіяної здоров'ю громадян.

2. Економічні: збір благодійних внесків і спонсорської допомоги, спрямування цих коштів (ресурсів) на реалізацію соціально значущих проєктів (закупка медичного обладнання та препаратів для закладів охорони здоров'я; адресна допомога на оплату лікування найбільш нужденним...).

3. Організаційні: організація та проведення акцій; участь (розробка планів, програм, пов'язаних з охороною здоров'я; заходи міжнародних неурядових організацій з питань охорони здоров'я, публічні слухання або відкриті засідання; підготовка проєктів нормативно-правових актів питань охорони здоров'я).

4. Соціально-психологічні: виступи у ЗМІ; інформування населення про стан здоров'я, а також про можливі фактори ризику його погіршення; подання письмових зауважень, пропозицій і рекомендацій; пропаганда здорового способу життя.

Уповноважені суб'єкти (органи державного управління, органи місцевого самоврядування, бізнес-структури, громадські організації) використовують

відповідні методи та засоби публічного управління для забезпечення розвитку вітчизняної сфери охорони здоров'я за пріоритетними напрямками. При цьому органи державної влади здебільшого використовують засоби адміністративного впливу.

РОЗДІЛ 2

ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ

2.1 Особливості розвитку сімейної медицини в сільській місцевості

Згідно статистичних даних, сільське населення складає близько 30 % населення України [7]. Стан здоров'я сільського населення відрізняється від стану здоров'я мешканців міст. У багатьох сільських та віддалених громадах є більшою частка людей похилого віку, ніж у столичних центрах. Швидкість економічного зростання, закономірності міграції, вищий рівень факторів ризику для здоров'я та соціально-економічні недоліки – це вплив на здорове старіння у сільській місцевості. Старі люди в сільських громадах стали маргіналізованими завдяки багаторічним помилковим уявленням про сільське життя та політику, орієнтовану на міські поселення. Автори вказують на брак досліджень з ключових сфер життя населення та практичну відсутність внутрішньоринкових досліджень на сільських теренах. Дослідженням встановлено, що в Україні в цілому, а особливо у сільській місцевості, існують суттєві нерівності в стані здоров'я, за період 2009–2018 рр. утворилась несприятлива медико-демографічна ситуація, особливо у сільській місцевості Північно-Східного регіону, де виявлені найвищі темпи зниження кількості сільського населення (на 13,22 % проти 1,58 % у Західному регіоні) за рахунок найнижчих показників народжуваності при найвищих темпах їх зниження та високих показниках смертності (22,77 ‰ проти 14,77 ‰ у Західному регіоні). Виявлено, що зменшення демографічного навантаження у сільській місцевості на противагу його зростанню у містах сформовано за рахунок високої смертності сільського населення у похилому віці і недостатньої народжуваності. Особливо високий рівень загальної смертності в сільській місцевості у 2018 р.

спостерігався в Північно-Східному регіоні (22,77 %) і він на 30,11 % перевищував середній по країні (17,50 %).

Суб'єктивно більшість сільських мешканців оцінюють стан свого здоров'я як добрий та швидше добрий і можливо, тому недостатньо приділяють йому увагу, не дотримуються здорового способу життя, не відвідують медичні заклади з профілактичною метою, первинно не звертаються з медичними проблемами до сімейного лікаря. Чоловіки – сільські мешканці оцінюють власну якість життя гірше, ніж жінки, головним чином за критеріями життєвої активності (46,35 балів проти 47,54 балів відповідно), фізичного (3,25 проти 3,63 балів) та емоційного (3,36 проти 3,85 балів) стану, відчуттям втоми (2,93 проти 2,31 балів), що можливо може слугувати предиктором їх нижчої тривалості життя [8].

Про незадовільний стан якості життя сільського населення свідчать результати опитувань, які проводить Державна служба статистики України. Зокрема, за самооцінкою доступності медичної допомоги четверта частина сільського населення засвідчує про неможливість отримати медичну допомогу навіть за такої потреби [9].

Покращання якості життя населення сільської місцевості вимагає комплексних нагальних рішень. Зокрема, на тлі погіршення демографічної складової, якості і тривалості життя важливо спрямувати зусилля на розширення доступності охорони здоров'я. Ураховуючи це, розвиток сімейної медицини саме в Північно-Східних регіонах потребує покращання.

На даний час надання ПМД в сільській місцевості фактично має декілька моделей: фельдшерсько-акушерський пункт (ФАП) як структурних підрозділ КНП, окрема амбулаторія сімейного лікаря, приватна практика сімейного лікаря-ФОП. Відповідно допомогу населенню можуть надавати працівники ФАПу фельдшер або медична сестра, працівники амбулаторії на чолі з сімейним лікарем. Найчастіше зараз в сільські місцевості продовжує існувати саме ФАП, який нині в Україні наявно понад 11 тис. [11]. Згідно з ідеологією медичної реформою, вони мали перетворитися на пункти здоров'я, куди б

приїздили сімейні лікарі кілька разів на тиждень, допомагаючи фельдшерам надавати якісну ПМД. ФАПи, як місця надання ПМД, мають знаходитись в відповідних приміщеннях і відповідати законодавчо закріпленим умовам по обладнанню [22].

Проте вагомою проблемою сільської сімейної медицини є наявність ФАПів у тому вигляді, в якому вони є нині: фельдшери ФАПів не мають достатньої кваліфікації для лікування хворих, не мають юридичної самостійності в прийнятті медичних рішень; часто надають ПМД не фіксуючи це в медичній документації пацієнта. Не можна погодитись в цьому питанні з думкою, що краще вже така допомога, ніж ніякої. ПМД має бути кваліфікованою та уніфікованою для кожного.

Згідно умов реформування НСЗУ фінансує заклад охорони здоров'я за кількістю декларантів, фельдшер не має «своїх» декларатів, тому може працювати з НСЗУ тільки в команді з сімейним лікарем, який безпосередньо укладає з пацієнтом декларацію. Тому наявність ФАПу в селі, й головне його фінансування виключно за програмою медичних гарантій є складним.

Тут часто в громадах є певна маніпуляція влади, зберігаючи свій престиж перед населенням, ФАПи не закривають. При чому їх стан залишається невідповідним, а саме утримання лягає тягарем на заклад і громаду.

Надання ПМД сільському населенню зараз в Україні відбувається в контексті створення спроможної мережі [10].

Спроможна мережа надання ПМД – це необхідна сукупність надавачів медичних послуг на конкретній території. Вона потрібна для того, щоб пацієнт мав доступ до адекватної ПМД, а лікар первинної ланки – можливість надати її в повному обсязі.

До критеріїв спроможності мережі відносять:

- спроможність надавати якісну ПМД (адекватні умови праці, сучасне оснащення, достатня кількість персоналу);
- налагодження взаємодії між окремими закладами охорони здоров'я, які надають ПМД;

- задоволення потреби населення в ПМД;
- покращання доступності ПМД для жителів ОТГ (зручний графік роботи, адаптація для людей з інвалідністю тощо);
- транспортну доступність (наявність громадського транспорту та маршрутів, зручних для доїзду);
- фінансову стійкість.

До плану спроможної мережі включені центри первинної медико-санітарної допомоги (далі – ЦПМСД), амбулаторії групової та монопрактики, пункти здоров'я (колишні ФАПи). При розробленні цього плану вивчали проєктні межі центральної території доступності (далі – ТД), периферійних ТД першого та другого порядків. Вони не обов'язково повинні збігатися з адміністративно-територіальними межами населених пунктів, ОТГ, області, району тощо. Проєктні межі можуть визначатися географічною наближеністю (допускається, коли медична ТД об'єднує два населених пункти різних областей).

Центральна ТД охоплює найбільший населений пункт і територію в радіусі 7 км навколо нього. Сполучення має бути по дорогах із твердим покриттям. У цьому радіусі розміщують ЦПМСД та/чи амбулаторію групової практики.

Периферійні ТД першого порядку планують навколо населених пунктів, де не менше 750 мешканців, а поруч наявні дороги державного значення. Ця ТД, окрім цього населеного пункту, включає населені пункти, розташовані у межах 7 км, які не входять до центральної ТД (загалом – понад 3000 людей). Розміщують амбулаторію групової практики. Периферійні ТД другого порядку включають населені пункти, що не увійшли до двох попередніх ТД, компактно розміщені, зі зручним транспортним сполученням (загалом – щонайменше 1500 людей). Розташовують амбулаторію монопрактики.

Надзвичайно важливою при розміщенні закладів ПМД є транспортна доступність, наявність доріг із твердим покриттям. Якщо доїзд ускладнено, розглядають можливість утримання пунктів нерегулярного надання допомоги

(«пунктів здоров'я») за певним графіком, якщо це вигідніше, ніж транспортування мешканців цього населеного пункту до найближчого регулярного пункту надання ПМД [11].

Практична реалізація проекту створення спроможної мережі наразі є ускладненою, через наявність проблем в організації ПМД в сільській місцевості, до яких слід віднести:

- відсутність у керівництва громади реальної чіткої, а не паперової, стратегії розвитку ПМД на рівні регіону – ОТГ – конкретного надавача. Заклади охорони здоров'я часто працюють в режимі виконання нагальних питань, не приділяючи достатньої уваги стратегічному плануванню майбутнього;

- відсутність співпраці з представниками бізнесу, грантодавцями, через брак навичок, часу для комунікації з потенційними донорами, брак знань для подання необхідних грантових заявок і подальшої реалізації проєктів;

- нераціональне використання наявних коштів: кошти отримані від НСЗУ і з інших джерел використовуються для заробітної плати співробітникам, штат яких роздутий і може бути зменшений;

- ускладнений механізм співпраці первинної, вторинної ланки, екстреної допомоги в інтересах пацієнта. Зустрічаються непоодинокі ситуації, коли заклади, навіть маючи одного власника (ОТГ), діють з позиції захисту власної організації, намагаючись уникнути взаємодії з «складними» пацієнтами, перенаправляють, не приймають, відмовляють в госпіталізації, що в кінцевому результаті негативно відображається на здоров'ї пацієнта;

- складність об'єктивного моніторингу контролю за роботою закладу в частині відповідності надання послуг стандартам;

- недостатня комунікація з населенням щодо профілактики захворювань, вакцинації, популяризації здорового способу життя;

- відсутність необхідної кількості кваліфікованих медичних кадрів: сімейних лікарів, середнього медичного персоналу, та недостатня кваліфікація наявного персоналу;

- недостатнє забезпечення необхідною освітою управлінських кадрів системи охорони здоров'я;
- юридично обмежені повноваження середнього медичного персоналу (в т.ч. фельдшерів);
- відтік молодих кадрів з сільської місцевості, внаслідок відсутності підтримки з боку ОТГ: низької заробітної плати, відсутності власного житла, нерозвинутій інфраструктурі;
- матеріально-технічні проблеми: незадовільний стан ФАПів, сільських амбулаторій, відсутність та/чи невідповідність обладнання;
- транспортна доступність ускладнена якістю доріг, відсутністю регулярного транспортного сполучення.

Зазначені проблеми можуть бути вирішені за допомогою нових ефективних підходів до публічного управління розвитком сімейної медицини. Як один з можливих способів покращення ПМД в сільській місцевості можна розглянути функціонування приватних практик сімейних лікарів – ФОП, про що йдеться в наступних розділах даної роботи.

2.2 ФОП як специфічна форма розвитку сімейної медицини в сільській місцевості

Нині в сільській місцевості надання ПМД представлене переважно ФАПами як структурними підрозділами КНП, амбулаторіями моно- і групових практик КНП і меншою мірою ФОПами. З 2018 до 2022 рр. спостерігається тенденція до збільшення частки приватного сектору. Це пов'язано передусім з проміжними результатами медичної реформи (зокрема, покращанням фінансування сфери охорони здоров'я), створенням сприятливих умов (передусім, завдяки належному організаційно-правовому забезпеченню та реалізації принципу «гроші йдуть за пацієнтом») для появи в сільській місцевості приватних практик сімейної медицини у формі сімейного лікаря-

ФОП – це перспективна, порівняно нова та специфічна форма надання ПМД населенню ОТГ.

За підсумками аналізу звіту голови НСЗУ за 2021 рік, в Україні 267 приватних закладів охорони здоров'я та 594 сімейних лікарів-ФОПів мають договори з НСЗУ [16]. Це майже 25 % надавачів ПМД, які співпрацюють з НСЗУ [17]. Із лікарями, які працюють у КНП, загалом українці уклали 30348983 декларацій. З лікарями приватних закладів (без ФОП) – 848086 декларацій, а з лікарями-ФОП – 952098 декларацій [18].

Наявна позитивна тенденція щодо збільшення частки ФОП як надавачів ПМД. Станом на 30.12.2022 р. договір з НСЗУ уклали 668 ФОП [54], які обслуговують 1,374 млн декларацій [55].

В Харківській області, станом на 1.11. 2022 р., 65 приватних закладів охорони здоров'я співпрацюють з НСЗУ, з них 42 – ФОПи. Що показово, ФОПи надають ПМД здебільшого саме в невеликих містах, селищах міського типу і селищах [19].

Можна виділити основні причини, які стимулюють створення приватної практики саме в сільській місцевості:

- відсутність конкуренції,
- фінансова незалежність лікаря,
- низька вартість оренди/купівлі приміщення для впровадження практики,
- зацікавленість мешканців громади в наявності лікаря.

Зупинимось на фінансовій складовій такої діяльності. Сімейний лікар-ФОП зацікавлений у максимізації медичних, соціальних та економічних результатах діяльності, оскільки одночасно є керівником і власником «бізнесу», безпосереднім надавачем ПМД, платних медичних і супутніх послуг, роботодавцем для медперсоналу та лікарів.

Середньостатистичний сімейний лікар-ФОП щомісяця отримує від НСЗУ близько € 46 тис., а у разі підписання максимального числа декларантів – € 100 тис.[20]. Така фінансова мотивація спонукає лікарів підвищувати свій

професійний рівень, купувати сучасне обладнання та інструменти, підвищувати якість медичної допомоги, а також розширювати перелік медичних і супутніх платних послуг (експрес тестування, додаткові вакцинації; прокат медичного обладнання; медичний супровід масових заходів, закладів освіти та підприємств; реалізація грантових програм...) [21].

Слід зазначити, що сімейний лікар-ФОП укладаючи договір з НСЗУ, бере на себе зобов'язання «надавати безоплатний гарантований державою пакет ПМД» кожному, хто уклав декларацію з сімейним лікарем, терапевтом чи педіатром, незалежно від форми власності надавача такої допомоги».

Цей перелік послуг [22] чітко визначений як для комунальних, так і приватних закладів і лікарів-ФОП. Отже, передбачений Програмою медичних гарантій обсяг послуг ПМД включає:

- динамічне спостереження за станом здоров'я пацієнтів, в т.ч. із діагностованими хронічними захворюваннями;
- діагностику та лікування найбільш поширених інфекційних і неінфекційних хвороб, травм, отруєнь, патологічних і фізіологічних станів;
- вакцинацію дітей і дорослих за Національним календарем щеплень;
- аналізи та швидкі тести (в т.ч. на COVID-19);
- довідки, листки непрацездатності, оформлення електронних скерувань, направлень для проходження медико-соціальної експертизи та лікарських свідоцтв про смерть та інші. Право виписувати лікарське свідоцтво про смерть ФОПи набули з липня 2020 р. [23].

Жодного ліміту на безоплатну кількість візитів до лікаря, з яким укладено декларацію, у т.ч. до лікаря-ФОП, немає. Це також стосується і аналізів, і електронних направлень до інших спеціалістів. Але доцільність будь-яких обстежень визначає сімейний лікар.

Лікарі ФОПи намагаються надавати якісні медичну послугу, завдяки чому створюють позитивну репутацію серед сільського населення. «Заміна» фельдшера на лікаря дозволяє істотною мірою підвищити якість медичної допомоги, й покривати до 80 % всіх звернень пацієнтів. Якість медичного

обслуговування є одним з визначальних чинників для забезпечення взаємодії з клієнтами [24].

Приватна практика має наступні переваги перед КНП для пацієнтів, це клієнтоорєнтованість закладу: надання послуг на високому професійному рівні, сервіс, сучасні тенденції в лікуванні. Ці переваги обумовлені необхідністю бути кращим за своїх прямих конкурентів. До впровадження медичної реформи, комунальні заклади охорони здоров'я мали монополію на певній території: незалежно від якості ПМД населення було фактично «прив'язане» до єдиного закладу охорони здоров'я на певній місцевості. З появою ФОП, у КНП вперше з'являється конкурент.

Постійний контакт «лікар – пацієнт» дозволяє краще розуміти один одного, підвищити довіру (відкритість) до лікаря, оптимізувати процес надання медичної допомоги (у т.ч. уникати зайвих процедур), спонукати пацієнтів до активнішого піклування про власне здоров'я.

Як більшість приватних установ, практика лікаря-ФОП велику увагу приділяє сервісу. Покращуються умови перебування клієнтів в закладі охорони здоров'я: сучасний ремонт, зручний і приємний інтер'єр кабінетів, кондиціонери, wi-fi; забезпечення інклюзивності приміщень (доступ для осіб з особливими потребами, матусям з дитячими візочками, клієнтам з вадами зору). Є можливість отримання якісної ПМД за попереднім записом, зручний і достатній час на прийом пацієнта; використання доступних засобів комунікації (Instagram, Telegram, Facebook, WhatsApp, Viber). Сімейні лікарі спілкуються з пацієнтами в месенджерах, надсилають їм результати аналізів, коментують призначення тощо, відслідковують стан пацієнта, таким чином покращують комплаєнс до лікування та економлять час. Велика увага приділяється дотриманню соціальних норм: відповідальність, ввічливість, уважність, особливо конфіденційність, якої в комунальних закладах не завжди дотримуються.

Пацієнти перестали бути «клієнтами одного дня» – і пацієнт, і лікар, і заклад охорони здоров'я зацікавлені в тому, щоб будувати довготривалі

відносини. Тому, нарешті, говорять про категорії поваги та уваги [25]. Узагальнено відмінності в обслуговуванні (табл. 2.1). Приватний сектор забезпечує більш ефективне управління закладами охорони здоров'я [24]. На відміну від державних, приватні заклади конкурують один з одним, що призводить до постійного підвищення внутрішньої ефективності, покращення логістики та впровадження інновацій задля збільшення клієнтів і послуг.

Таблиця 2.1 – Особливості надання ПМД в ФОП і КНП

Для пацієнтів	ФОП (на прикладі ФОП Спасібо А.П.)	КНП (узагальнено)
Якість ПМД	Висока за рахунок більшої мотивації персоналу, «робота на результат», наявність додаткових платних послуг	Залежить від закладу, може бути «відпрацюванням годин», перелік послуг обмежений гарантованим пакетом
Кваліфікація лікарів	ФОП зацікавлена в безперервному професійному розвитку своєму і найманих лікарів, щоб ставати кращими і конкурентоспроможними на ринку	Різного рівня
Комунікація з пацієнтами	Відкрита з максимальним використанням месенджерів, щоб пацієнт відчував постійну підтримку, застосування телемедицини, забезпечення конфіденційності інформації	Комунікація може бути більш ускладненою: пацієнт комунікує окрім лікарів з реєстратурою, молодшим і середнім медичним персоналом, які не завжди є пацієнтоорієнтованими.
Сервіс	Високий: підвищені вимоги до працівників щодо дотримання сервісної складової, сучасний ремонт, зручності для пацієнтів	Різного рівня
Час прийому	Корегується під потреби клієнта: 15 хв. повторний візит, 30 хв. – первинний, 60 хв. – патронаж	Зазвичай, 15 хв.

Якщо порівняти особливості менеджменту КНП і ФОПами існують певні відмінності (табл. 2.2). Для управлінців громади поява ФОП є з одного боку вигідною, бо ФОП має можливість самотійно фінансувати витрати, пов'язані з наданням ПМД, самотійно покриває витрати на своє утримання ще й сплачує податки до бюджету громади. Має зацікавленість в розвитку підприємства,

якості надання послуг. З іншого боку ОТГ не є власником приватної практики. Тому чинити адміністративний вплив на роботу ФОПа може у меншій мірі.

Таблиця 2.2 – Особливості менеджменту в ФОП і КНП

	ФОП (на прикладі ФОП Спасібо А.П.)	КНП (узагальнено)
Мета діяльності	Надавати якісні медичні послуги і отримувати максимальний прибуток від підприємницької діяльності.	Надавати якісні медичні послуги і мати змогу витратити кошти на поточні витрати і розвиток підприємства.
Структура управління	Власник і керівник одна особа, зацікавлений в розвитку закладу, має план розвитку, короткострокові та довгострокові перспективи.	Власником є громада, керівник вибірною посадою, змінюється згідно зі строком контракту.
Менеджмент організації	ФОП самостійно набирає в свою команду кваліфіковані медичні кадри в залежності від потреб, мінімізує витрати.	Працює з тією командою, яка вже сформувалась в КНП, обмежений в радикальних змінах його колективу.
Кадрова політика	Аутсорсинг: бухгалтерія, системний адміністратор, клінінг, таксі.	Буває «роздутий» штат адміністративних працівників: відділ кадрів, завгосп, бухгалтерія, водії; утримання працівників, які за різних обставин не можуть бути звільнені.
Відношення керівник – лікар	Побудова партнерських відносин, спільне бачення розвитку практики, колегіальність, застосування нових методів, більш сучасного обладнання формування єдиного підходу до діагностики і лікування, дотримання протоколів.	Часто консервативна, авторитарна модель відношень, де лікар більше виконує накази керівництва, не виказує ініціативу.
Відношення керівник – медична сестра	розширення повноважень медичних сестер, навчання, більше свободи, зменшення навантаження паперовою роботою за рахунок диджиталізації.	Зберігається велике навантаження паперової роботи, звітів.
Заробітна плата працівників	Висока, залежить від кількості декларацій плюс відсоток від надання платних послуг. ФОП може не мати колективного договору, тому заробітна плата працівника формується згідно з трудовим договором.	Висока залежить від умов, колективного договору. Працівники впливають на формування колективного договору.

Закінчення таблиці 2.2

Винагорода керівника	Вище, ніж в КНП, залежить від щомісячного прибутку практики, є конфіденційною інформацією. При неприбутковості практики керівник залишається без заробітної плати.	Є сталою згідно з умовами контракту, не може перевищувати умови колективного договору, є відкритою інформацією, згідно колдоговору.
Фінансові потоки	НСЗУ 80– 90 % платні послуги 10– 20 % участь в проєктах 2– 5 %.	НСЗУ дотації від ОТГ, спонсорів, грантові програми.
Додаткові витрати	Початкові інвестиції, оренда приміщень, комунальні платежі, амортизація обладнання, поточні витрати, витрати у разі надзвичайних ситуацій покриваються самостійно, при неприбутковості не може розраховувати на чийсь фінансову підтримку.	Менші, за рахунок того, що приміщення зазвичай громада надає безкоштовно, комунальні платежі також можуть покриватись громадою.

Щодо побудови зовнішніх зв'язків при управлінні ФОП і КНП можна виділити наступні відмінності (табл. 2.3).

Таблиця 2.3 – Зовнішні зв'язки у роботі ФОП і КНП

	ФОП (на прикладі ФОП Спасібо А.П.)	КНП (узагальнено)
Керівники громади	Можуть бути зацікавлені в розвитку ФОПів, співпрацювати, якщо є потреба у населення громади, або не зацікавлені в розвитку ФОПів при якісній роботі ЦПМСД.	Зацікавлені в розвитку ЦПМСД, щоб підвищити якість надання допомоги населенню, зменшення видатків на охорону здоров'я в ОТГ, можуть надавати підтримку КНП у вигляді дотацій, приміщень, сплати комунальних платежів.
Підприємства	Послуги медоглядів, вакцинації можуть замовлятися у ФОП, процес співпраці буде максимально комфортний і швидкий для обох сторін.	Платні послуги для підприємств мають бути погоджені на декількох рівнях: власник, керівництво, виконавці, що сповільнює процес співпраці.
Навчальні заклади	ФОП законодавчо не можуть бути базою для стажування інтернів лікарів загальної практики-сімейної медицини.	Мають квоту на розподіл в свої заклади молодих спеціалістів.

Закінчення таблиці 2.3

НСЗУ	Підтримує розвиток ФОПів і ЦПМСД задля надання однаково якісної медичної допомоги для всіх верств населення.	
	Висуває вимоги для контракування на певні пакети, які є обтяжливими для ФОП: обов'язкова наявність медичної сестри, маніпуляційного кабінету, гематологічного аналізатора певного класу тощо.	За рахунок розмірів мають більше кадрових і матеріально-технічних можливостей для відповідності умовам контракування.
Департаменти охорони здоров'я	Мають менший контролюючий вплив на ФОПи, бо безпосередньо контролюючим органом для ФОП є МОЗ, і НСЗУ при наявності контракту.	Багато звітності, нарад, «паперової» роботи.
Інші заклади охорони здоров'я	Будує горизонтальні стосунки: вивчає ринок надання медичних послуг, співпрацює з іншими приватними і державними закладами, шукає кращих спеціалістів для скерування пацієнтів для необхідної діагностики, лікування, використовує телемедичне консультування з «вузькими» спеціалістами.	Узгодження співпраці має більше бюрократичних моментів, зазвичай співпраця більше з державними закладами.
Соціальна функція	Безоплатне обслуговування вразливих груп, які не мають декларації, не притаманне, так як не є обов'язковим, і несе додаткові фінансові і часові витрати.	Є обов'язковою частиною роботи .

Авторка роботи розпочала приватну медичну практику в м. Вовчанськ в 2019 р. [31]. Особливістю Вовчанської територіальної громади (на той момент – Вовчанського району) є висока частка сільського населення. Згідно з статистичними даними кількість населення міста Вовчанськ станом на 2020 р. складало 17942 мешканця, сільське населення Вовчанського району 17699 [7]. Мотивацією до створення приватної медичної практики був перший успішний досвід колег в інших областях: Львівська, Волинська, Дніпропетровська по співпраці з НСЗУ в рамках медичної реформи. Також участь в Азовській школі сімейного лікаря (2019 р.), де була можливість познайомитись з ФОПами – сімейними лікарями, які на той час вже співпрацювали з НСЗУ.

Велику роль у створенні власної справи набув проект Ефективна первинна допомога в громаді, який реалізовувався на території Харківської області з 2018 р. – по 2021 р. [30]. Вперше серйозні думки про те, щоб стати ФОПом, з'явилися на Ярмарку вакансій (захід, організований для студентів Харківського національного медичного університету в рамках проекту «Ефективна первинна медицина в громаді», де також проводилися дискусійні панелі для студентів і молодих фахівців за участі експертів проекту) [53]. Це стало поштовхом до реєстрації в навчальній програмі у рамках проекту на створення автономної практики [43]. У рамках проекту отримала знання з економіки, менеджменту, сервісу, комунікації, які допомогли проаналізувати потреби на ринку медичних послуг, скласти бізнес-план з різними сценаріями, й, загалом, підготуватись до майбутніх викликів ведення власного бізнесу [51, 52]. У навчальній програмі було важливо прорахувати практику з точки зору фінансів: потрібні внески, як розвиватись. Ідея, що людей можна залучати не тільки якісною послугою, а й, в першу чергу, ставленням, організацією послуги, тобто сервісом, теж здалась мені важливою. Тому від початку й зараз активно використовую навички ефективної комунікації та сервісу, отримані під час навчання. Звісно, багато з того, що ми моделювали під час навчання, на практиці виявилось дещо іншим, але вміння швидко реагувати на зміну ситуації, допомагає впоратись з постійними викликами при веденні бізнесу.

Підготовчі роботи до відкриття (пошук приміщення, закупівля обладнання, отримання ліцензії) тривали з липня по жовтень 2019 р., загальний обсяг інвестицій в «старт» медичної практики склав близько € 100 тис.

Проблеми, які виникають на цьому етапі: наявність стартового капіталу, пошук відповідного приміщення, яке відповідає ДБН і умовам щодо інклюзивності; метрологічна перевірка засобів вимірювальної техніки, правильне оформлення при поданні документів на отримання ліцензії, пошук підрядчиків для відповідності умовам контракткування НСЗУ (вибір медичної інформаційної системи, вибір надавачів лабораторних послуг й інше).

З 19.11.2019 р. НСЗУ уклала перший контракт на обслуговування пацієнтів у ФОП Спасібо А.П. Ураховуючи те, що на попередньому місці роботи, в комунальному закладі я працювала також в м. Вовчанськ сімейним лікарем і уклала декларації, то завдяки цьому вдалось швидко за перші місяці набрати велику кількість декларацій вже у власній практиці і отримати достатнє для функціонування фінансування від НСЗУ. Швидкому розвитку сприяли: створення успішної команди сімейний лікар – медична сестра, позитивна репутація в місті, реклама в соцмережах, якісні послуги, загалом нехватка сімейних лікарів в громаді, відсутність значної конкуренції.

З укладанням контракту виникли перші складності пов'язані з випискою довідок про смерть, отриманні імунобіологічних препаратів, закуплених за державний коштів, отриманні бланків листків непрацездатності. Ці питання станом на 2019 р. не мали чітких алгоритмів дій, бо на той час кількість ФОПів, які уклали контракт з НСЗУ в області, була одинична. Та поступово ці питання були вирішені завдяки співпраці з Департаментом охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації. Також присутні були певні моменти пов'язані з конкуренцією між первинною ланкою комунальної власності, через конкуренцію за пацієнтів.

З боку вторинної ланки, представленою Центральною районною лікарнею, яка надає спеціалізовану амбулаторну і поліклінічну медичну допомогу, була позитивна налаштованість до співпраці: укладання договорів на послуги лікарсько-консультативної комісії, лабораторну діагностику, сприяння при необхідності консультації вузьких спеціалістів і госпіталізації .

З боку ОТГ перепон для функціонування практики не було. У той же час і співпраця не була налагоджена.

Станом на 1.12.2022 р. практика обслуговує 3000 пацієнтів, з яких більше 1000 дітей до 18 років. Велику частку населення, яке обслуговувалось в медичній практиці, склали мешканці сільської місцевості. З початком війни велику роль грає налагоджена комунікація з пацієнтами, вважаючи на те, що багато пацієнтів виїхали за межі громади, вони продовжують отримувати

фахові консультації та медичну підтримку засобами зв'язку. Для багатьох пацієнтів сімейні лікарі змогли стати справжніми «менеджерами» здоров'я, з якими консультиються не тільки по лікуванню розповсюджених хвороб, безпосередньої компетенції сімейного лікаря, а й довіряють думці лікаря у складних ситуаціях зі здоров'ям. Можна сказати, що вдалося реалізувати на практиці твердження, що сімейний лікар є адвокатом і провідником пацієнта в складній системі охорони здоров'я, медико-санітарного, фармацевтичного та соціального забезпечення.

Команда медичної практики складається з 2 сімейних лікарів і 3 медичних сестер. Цільовою аудиторією є родини з дітьми, молодь. Кваліфікація медичного персоналу також дозволяє вирішувати більшість медичних питань всіх вікових категорій, від патронажу новонароджених до геріатричних пацієнтів. Окрім гарантованих пакетом ПМД послуг, пацієнти мали можливість отримати додаткові платні послуги: вакцинацію широким спектром доступних в Україні імунобіологічних препаратів, експрес тестування на грип, ротавірус, стрептокок, експрес аналізи сечі і гемоглобіна, транскутанного вимірювання білірубіну новонароджених, діагностику шкірних захворювань лампою Вуда. Також з 1.02.2022 була запроваджена послуга ультразвукового обстеження на сучасному УЗД-апараті експертного класу. Таким чином відбувалось постійне впровадження нових послуг і безперервне навчання персоналу.

Важливе місце у роботі ФОП займає не тільки забезпечення комфортних умов для обслуговування пацієнтів, а й створення відповідних умов для працівників. Однією з важливих задач керівника є вміння організувати процес таким чином, щоб зменшити навантаження на персонал, не зменшуючи ефективності роботи. Для цього ми командою розробили максимально зручне електронне ведення документації та звітності у вигляді гугл-таблиць, і кожний лікар і медична сестра були забезпечені власним комп'ютером, для внесення даних, це дозволило економити час не використовуючи паперові журнали; працювали з пацієнтами щодо правил комунікації: для запису на прийом – телефонувати медичним сестрам в робочі години, узгоджувати час як очної так

і телефонної консультації з сімейним лікарем; займались просвітницькою діяльністю, щодо навчання пацієнтів як діяти при різних станах, що зменшувало кількість дзвінків в позаробочі години.

3 роки функціонування власного проєкту у вигляді ФОП, дозволило стикнутися з великою кількістю проблем, пов'язаних не лише з наданням медичної допомоги та управлінням цим процесом, а й певними недоліками пов'язаними з специфікою публічного управління в цій сфері.

Це проблеми в співпраці з громадою. Керівники громади сприймають ФОП сімейного лікаря часто як конкурента комунальному закладу, тому не включають його до цільових програм, грантових проєктів і інших програм, які б могли покращити матеріально-технічну базу або надати гранти на навчання. Незважаючи на те, що населення, яке обслуговується в практиці ФОПа є повноправними членами громади, в деяких громадах пацієнтам відмовляють в отриманні пільгових рецептів згідно постанови № 1303 [32], участі в інших безкоштовних програмах.

Проблеми в законодавстві: відсутність можливості створювати на базі ФОП лікарсько-консультативну комісію для продовження медичних висновків про тимчасову непрацездатність, проходження медико-соціальної експертизи. Неможливість ФОП стати базою для проходження інтернатури, що не дозволяє передати досвід і навички майбутньому лікарю від досвідчених колег-ФОПів.

На початку діяльності можуть виникнути певні проблеми комунікації з наявними та потенційними декларантами в сільській місцевості: пацієнти скептично можуть ставитись до можливості безоплатного обслуговування у лікаря-ФОП по програмі медичних гарантій, вважаючи, що приватний сектор не може надавати послуги без отримання плати з пацієнта. Також існує певна упередженість, що задля отримання максимального прибутку будуть «нав'язані» додаткові медичні/супутні послуги. Хоча, насправді, сімейний лікар може вирішити більшість проблем пацієнта безпосередньо на прийомі, а при виникненні потреби у додатковій консультації – створить електронне

скерування на обстеження або консультації «вузьких» спеціалістів, які здебільшого відшкодовується НСЗУ.

До стримуючих факторів розвитку приватного сектору медицини в сільській місцевості також можна віднести необхідність початкових інвестицій для старту практики, складність знайти в сільській місцевості приміщення, яке буде відповідати ДБН, потенційний ризик не окупності практики у разі низького фінансування НСЗУ, у разі невеликої кількості декларантів.

Попри всі перелічені складнощі, цей напрямок активно розвивається в Україні, бо базується на незалежності сімейного лікаря, повазі до себе і пацієнтів, і гідної винагороди за свою працю.

3 РОЗДІЛ

КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ВДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

3.1 Адаптація до умов України передового світового досвіду щодо подальшого розвитку сімейної медицини

Світові рейтинги визначення найкращої системи охорони здоров'я та забезпечення реалізації права на охорону здоров'я громадян не дають єдиної відповіді, яка ж країна є світовим лідером у цій сфері.

Наразі у світі не існує єдиної досконалої, стійкої та раціональної системи охорони здоров'я. Кожна країна стикається з різними проблемами у забезпеченні доступу до якісного медичного обслуговування та лікування.

В сучасному світовому господарстві на сферу охорони здоров'я покладаються низка функцій етичного, професійного, юридичного, політичного, суспільного характеру, що визначає можливості її подальшого розвитку та реформування, тому від розвитку цієї сфери, управління нею залежить стабільність та розвиток соціальної системи. Тому головними цілями політики в сфері охорони здоров'я в країнах ЄС визначено:

1. Міжсекторне партнерство для покращання параметричних характеристик сфери охорони здоров'я.
2. Поліпшення якості життя людей.
3. Використання інструментарію стратегічного управління в досягненні цілей сфери охорони здоров'я. При цьому головними стратегічними цілями мають бути: розробка в країнах напрямів політики і стратегій щодо здоров'я та благополуччя як загальної соціальної мети, створення для заінтересованих сторін механізмів участі та визначення шляхів досягнення цілей.
4. Активізацію обміну знаннями і втілення інновацій, розширення бази знань, необхідних для розвитку охорони здоров'я, підвищення здатності

медичних працівників та інших спеціалістів адаптуватися до нових підходів в охороні здоров'я, орієнтація в медико-санітарній допомозі на потреби пацієнтів, максимальне використання новітніх технологій для підвищення ефективності та якості медичної допомоги.

5. Підвищення свідомості кожного громадянина у використанні власних ресурсів здоров'я [12].

У більшості випадків вибір оптимальної моделі управління охороною здоров'я залежить від фінансування охорони здоров'я, яка може будуватися за підходами: бюджетного фінансування (Великобританія, Греція, Португалія, Італія, Іспанія, Данія та ін.); соціального страхування (Німеччина, Франція, Швейцарія, Японія, Сінгапур, Ізраїль та ін.); приватного страхування (США, Південна Корея та ін.); консолідованого фінансування (більшість європейських країн). Залежно від того, який підхід до фінансування галузі домінує в країні, виокремлюють ринкову, соціальну або змішану моделі охорони здоров'я. Фінансування може відбуватись за трьома основними варіантами: із суспільних фондів та з приватних страхових фондів (Нідерланди, Канада); з приватних страхових фондів та із суспільних фондів для надання медичної допомоги специфічним групам населення (бідним та особам похилого віку) (США).

В Україні бюджетне фінансування охорони здоров'я реалізується із суспільних фондів, тому має соціальну форму.

При порівнянні систем охорони здоров'я використовують різні критерії оцінки, тому визначити найкращу систему, яка відповідала б найвищому рейтингу по усім параметрам, неможливо. Наприклад, відповідно до рейтингу процвітання найкращою системою охорони здоров'я за рівнем ефективності у 2019 р. є Сінгапурська, потім – Японська, і на третьому місці – Швейцарська. Система охорони здоров'я України займає 114 місце. Відповідно до Глобального індексу безпеки здоров'я у 2019 р. до найкращих країн світу належать США, Об'єднане Королівство Великобританії, Нідерланди, Австралія. Україна в цьому рейтингу зайняла 94 місце. Відповідно до звіту про Європейський індекс споживачів охорони здоров'я за 2018 р. Система охорони

здоров'я Швейцарії, Нідерландів та Норвегії зайняли перші місця. Поряд з цим у цьому ж звіті визнано, що найкраще забезпечення прав пацієнтів є у Нідерландах та Норвегії, доступність – у Швейцарії, результати лікування – у Фінляндії, Норвегії, Швейцарії, діапазон та доступ до послуг – у Нідерландах та Швеції, профілактика – у Норвегії, фармацевтичні препарати – у Німеччині та Нідерландах [33].

Щодо управління охороною здоров'я, то зараз у світі можна виділи 10 найкращих національних моделей управління системою охорони здоров'я:

1. Франція, яка має розгалужену систему страхових фондів та гарантований рівень якісної медичної допомоги.

2. Італія з децентралізованою моделлю управління. Уряд країни лише визначає цілі, на які будуть витратитися бюджетні кошти, стежить за загальними показниками здоров'я населення, а також веде переговори з медиками щодо укладення трудових контрактів.

3. Андорра, де система охорони здоров'я перебуває під повним контролем держави і задовольняє всі потреби громадян.

4. Мальта, яка приділяє велику увагу якісним показникам медичного обслуговування.

5. Сінгапур, який вважається найкращою системою охорони здоров'я в Азії.

6. Великобританія, яка має Національну службу охорони здоров'я, держава повністю оплачує медичну допомогу за виключенням співфінансування ліків, послуг стоматолога та окуліста.

7. Сан-Марино, в якій поєднується безкоштовне отримання базових медичних послуг і приватне медичне страхування, яке гарантує вищий рівень якості лікування.

8. Австрія, країна в якій всі жителі, а також туристи мають право на безоплатне надання базових медичних послуг на високому рівні.

9. Японія, в якій створено систему загального обов'язкового державного та приватного медичного страхування.

10. Швейцарія, яка поєднує загальне обов'язкове медичне страхування та ринковий підхід до надання медичних послуг і має найбільшу кількість довгожителів [3, с. 17–18].

Для успішної адаптації передового світового досвіду в Україні, варто розглянути країни, в яких є схожість концепції реформування охорони здоров'я. З огляду на успішно впроваджену реформу ПМД в Естонії, а також факт що в селищах міського типу проживають в цілому, 69 % населення Естонії [29], що є важливим аспектом для удосконалення сімейної медицини саме в сільській місцевості, розберемо детально естонську модель. На первинному рівні вся територія Естонії покрита системою сімейної медицини. Більшість сімейних лікарів працюють в приватних практиках по 3–5 лікарів.

Система надання ПМД в Естонії почала змінюватись близько 30 років тому. До цього, як і в більшості країн СРСР, в Естонії впроваджувалась система Семашко з централізованим управлінням і державним фінансуванням. Після відновлення незалежності естонці зіткнулися із тими самими проблемами, що й українці, а саме неефективністю економіки, демографічною кризою та масовим виїздом населення за кордон.

За досить короткий термін було змінено принципи фінансування (започаткування страхової медицини) і надана автономія закладам охорони здоров'я, що, своєю чергою, спровокувало перебудову всієї системи і, відповідно, її реформуванню. Реформа в Естонії, проводилась із 1990 р. у кілька етапів. Відповідно до першого етапу (радикального) впроваджувалося фінансування медичної допомоги за рахунок цільового податку на медичне страхування у відповідні фонди медичного страхування. Між фондами та закладами охорони здоров'я впроваджувалася система на основі договорів з оплатою в залежності від обсягу наданих послуг для розділення функцій виробників і покупців медичних послуг. За даними першого етапу реформування було досягнуто автономію медичних закладів, становлення свободи їх фінансової та кадрової політики. Основою правового регулювання реформ в Естонії, стало прийняття низки медичних законів, зокрема: Закон про

медичне страхування, 1991 р., Закон про організацію надання медичних послуг, 1994 р. Саме вищезазначені закони, утворювали правове регулювання діяльності медичних фондів. Під час другого етапу реформування відбувалось поступове перетворення системи охорони здоров'я Естонії. Так, починаючи з 2000 р. відбувалось підвищення ефективності закладів охорони здоров'я, раціональне використання фінансових і кадрових ресурсів, підвищення відповідальності лікувальних установ. Таким чином, в Естонії було чітко встановлено правовий статус закладів охорони здоров'я, відповідно до яких на лікувальні установи було делеговано частину фінансових ризиків і забезпечення якості медичних послуг. У 2000 р. Естонський фонд медичного страхування отримав статус самоуправляючої публічно-правової організації. Естонський фонд медичного страхування акумулює надходження від цільового соціального податку й перерозподіляє фінансові надходження на оплату медичної допомоги, ліків, виплату по безробіттю, вагітності і пологів. У 2001 р. був прийнятий Закон про організацію надання медичних послуг, відповідно до якого і оцінювалася та регулювалася якість надання медичних послуг. Крім цього, того ж року був прийнятий закон, що встановлював нові правові відносини між пацієнтами та постачальниками медичних послуг, уперше такі відносини почали визначатися як юридично законні відносини, відповідно до яких відповідальність несуть обидві сторони. Закон про медичне страхування в Естонії почав функціонувати лише із 2002 р. Не менш важливим у правовому регулюванні системи охорони здоров'я Естонії був перехід у 2008 р. на загальнонаціональну систему електронного надання послуг у сфері охорони здоров'я.

У 2001 р. в Естонії створено фонд медичного страхування, який наповнюється завдяки податку, що складає 13 % від заробітної плати кожної працевлаштованої особи. Зараз медичну страховку мають 94 % населення Естонії. Від загальної суми соціального податку в 30 %, що стягується з населення, Лікарняна каса отримує 13 % – це витрати на медицину. За працівника податок сплачує роботодавець. Оскільки система медичного

страхування солідарна, діти до 19 років, студенти (і аспіранти з докторантами), пенсіонери, офіційно зареєстровані безробітні, вагітні, інваліди та опікуни інвалідів, солдати строкової служби й ще деякі категорії населення отримують медичну страховку без сплати податку [35]. Із цього фонду гроші безпосередньо надходять сімейним лікарям за кожного пацієнта, який заключив контракт. Тож подібний контракт фактично є обов'язковим.

Головним контролем якості медичної допомоги в Естонії є проведення клінічних аудитів, тобто комплексної оцінки результатів діяльності закладів охорони здоров'я. Об'єкт оцінки – не окремий випадок лікування, взятий на основі випадкової вибірки, а сукупність випадків. Визначаються результати медичних втручань (наприклад рівень лікарняної летальності, частота ускладнень тощо). Клінічні аудити проводяться спеціалізованими лікарняними асоціаціями на основі договорів з Фондом. Таким чином, об'єктивність і компетентність оцінки якості медичної допомоги визначаються не кваліфікацією конкретного лікаря експерта, а колективним органом, що об'єднує лікарів певної спеціальності [34].

При цьому на первинному рівні працюють виключно сімейні лікарі частіше у вигляді приватних об'єднаних практик або монопрактик. З власного досвіду авторки роботи, яка проходила стажування в Естонії в 2019 р. в рамках проєкту «Ефективна первинна медицина в громаді», сімейна медицина в Естонії розвинута на досить високому рівні. Практики, які мали нагоду відвідати, були розташовані в Таллінні і Тарту. За формою – це приватні медичні заклади. У яких є керівник (власник) – сімейний лікар і наймані працівники. Практики зазвичай включають 3–5 сімейних лікарів, кожний з яких має свій «список», пацієнтів, які уклали з ним контракт. Фінансування з Лікарняної каси залежить від кількості законтракованих осіб, а також показників диспансеризації: запланованому щорічному обстеженні пацієнтів з хронічними захворюваннями (серцево-судинні захворювання, цукровий діабет і інші), показників профілактичних оглядів і скринінгів, показників вакцинації. У середньому 1 лікар має в «списку» близько 2000 клієнтів. До складу команди

разом з сімейним лікарем входить і медична сестра. Медична сестра сімейної медицини в Естонії, це спеціалістка з вищою медичною освітою, яка самостійно веде прийом пацієнтів (проводить об'єктивний огляд включаючи аускультацию і отоскопію), призначає лікування, приймає клінічні рішення, консультує з вакцинації, дієтотерапії, проводить онлайн консультації, відвідує пацієнтів вдома, виконує догляд за ранами, перев'язки. Такі розширені повноваження медичних сестер покращують доступність ПМД для пацієнтів, зменшують навантаження рутинних процедур для сімейних лікарів, дозволяючи приділяти час більш складним випадкам. Сімейний лікар в Естонії займається окрім притаманних для українських сімейних лікарів процедур, також малою хірургією (видалення папілом, ліпом й інше), проводить ультразвукове дослідження, гінекологічний огляд, веде неускладнену вагітність.

Щодо організації надання ПМД в сільській місцевості, то в Естонії це питання вирішено таким чином: медична сестра здійснює виїзд в село за певним графіком (почасти, декілька разів на місяць). В деяких селах збереглися приміщення як місця надання ПМД, і вони не працюють щоденно, й постійно медичний працівник там не чергує. При погіршенні самопочуття, яке потребує огляду сімейного лікаря поза графіком, пацієнти або самостійно дістаються до амбулаторії в місто, або користуються викликом невідкладної допомоги з подальшою госпіталізацією до профільного стаціонару. Треба зазначити, що завдяки гарному стану автомобільних шляхів, подолати відстань між селом і амбулаторією можна досить швидко (у межах 30 хв.). Графік роботи амбулаторій, зазвичай, 5 днів на тиждень. Пацієнти не мають особистого телефону лікаря, а записуються на прийом телефонуючи до амбулаторії або колцентр. Телефонні онлайн консультації лікар або медична сестра проводять у межах робочого часу. У вихідні й святкові дні пацієнти можуть звернутись до приймальних відділень лікарень або подзвонити на єдину для всієї Естонії гарячу лінію для консультації.

Важливе місце в системі охорони здоров'я приділено диджиталізації медичного документообігу. Вся медична історія пацієнтів зберігається в

електронному форматі. Тож кожен профільний лікар за потреби має доступ до історії стану здоров'я пацієнта, висновків інших спеціалістів, виписаних пацієнту ліків, тощо і може відповідно надати кваліфіковану допомогу, враховуючи всі ці данні. Подібна комп'ютеризація передбачає та фіксацію в ній телефонних і онлайн консультацій пацієнтів.

Результативність проведеної реформи легко відслідкувати. За даними ЄС, вже у 2007 р. 78 % громадян Естонії позитивно оцінювали ПМД. Красномовнішим є збільшення тривалості життя в Естонії із 70 років у 2001 р. до майже 78 років у 2018 р. Для порівняння в Україні середня тривалість життя – близько 72 років.

В «первинці» Естонії є також ряд проблем. Основні проблеми ПМД в Естонії стосуються кадрів: існує брак лікарів, особливо в менших лікарнях (у сільській місцевості), багато естонських лікарів віддають перевагу роботі у Фінляндії, бо там вища заробітна плата. Майже половина з 735 сімейних лікарів – 48 % – люди віком від 60 років, тобто пенсійного та передпенсійного віку. Лікарів віком від 70 років – 11 %. Одним словом, деякі сімейні лікарі працюють у прямому значенні слова «до самої смерті» [37]. Пацієнти стикаються з наступними проблемами: відсутність місць в списку до сімейного лікаря, довгі списки очікування для отримання певних медичних послуг (спеціальна амбулаторна допомога). Схожість реформування країни з естонською моделлю прослідковується в наступному: в Україні також створена Національна служба здоров'я за типом Лікарняної каси Естонії [36], яка по договору з лікувальними закладами оплачує надані пацієнтам послуги. Але в Україні НСЗУ фінансується виключно з держбюджету, в Естонії фінансування за рахунок обов'язкових страхових внесків працюючих осіб і частково з держбюджету. Українська система E-Health також певною мірою копіює естонську об'єднуючи всі медичні записи про пацієнта в єдину базу, зараз вже доступ до бази мають сімейні лікарі, вузькі спеціалісти. Наступним кроком буде реєстрація в системі медичних сестер з розширенням їх повноважень і можливістю вести окремий прийом, реєстрація працівників екстреної медичної допомоги.

3.2 Перспективні напрями покращання публічного управління розвитком сімейної медицини в сільській місцевості

Закон [1] фактично дав старт реформи сільської медицини при залученні органів місцевого самоврядування в реалізації державної політики в цій сфері. Основна ціль – забезпечити якісну диспансеризацію у сільській місцевості, вчасне виявлення захворювань, насамперед на ранніх стадіях, системний нагляд за певними групами хворих, проведення профілактичних і оздоровчих заходів. Даним законом формується дієва модель ПМД. Але реалізація закону повною мірою не відбувається, по факту громада має вирішити проблему функціонування ФАПів на свої території.

Вирішення цього складного питання може бути декількома шляхами. Якщо селищна рада не має коштів на утримання приміщення ФАПу, а КНП на утримання ставки фельдшера і забезпечення необхідного обладнання, то ФАП не може існувати. В цьому випадку розглядають можливість утримання пунктів нерегулярного надання допомоги (так званих пунктів здоров'я) за певним графіком, якщо це вигідніше, ніж транспортування мешканців цього населеного пункту до найближчого регулярного пункту надання ПМД. Коли лікар, який працює в амбулаторії, згоден утримувати у пункті здоров'я фельдшера, той працюватиме на постійній основі. Якщо лікар не бажає цього робити, ніхто не зможе його змусити. Він самостійно консультуватиме там за графіком. У селі, де проживає менше 750 осіб, вартість доїзду з якого до регулярного пункту нижча, чинне законодавство не передбачає навіть пункту нерегулярного прийому. Його можна облаштувати тільки за рішенням і за кошти громади. ОТГ мають право наполягати на додатковому розміщенні закладів, коригувати створені мережі, якщо візьмуть на себе фінансування [11].

Також в контексті створення пунктів здоров'я є можливість надати пацієнтам медичну допомогу віддалено: використовуючи телемедичне консультування. Розвиток телемедицини є перспективним напрямом особливо для сільської місцевості, активне впровадження якого розпочалось в 2015 р.

[44]. Застосування телемедицини має два позитивні чинники, які у скрутні фінансові часи та в умовах недостатнього рівня платоспроможності сільського населення, слабкого розвитку інфраструктури в регіонах, мінімального рівня розвитку медичного обслуговування, зможуть нівелювати ці недоліки та в окремих аспектах поліпшити якість медичного обслуговування населення. Перший, це – можливість отримати консультації у висококваліфікованих фахівців, другий – забезпечення доступності послуг у часі [3, с. 31].

Сучасні телемедичні системи дозволяють проводити обстеження серцево-судинної системи (зняття ЕКГ, холтеровське моніторування), дихальної системи (електронні стетоскопи, спірографія), шкіри (дерматокоспія), за місцем перебування пацієнта і відправляти отримані дані через інтернет до лікаря. Ця консультація може відбуватись по відеозв'язку (вайбер, скайп або спеціальні додатки від медичних інформаційних систем «Телемед24»), і пацієнт безпосередньо спілкується з лікарем. На боці пацієнта допомагає організувати процес середній медичний персонал або навіть спеціально навчений немедичний персонал. Таке консультування має ряд переваг: технології телемедичного зв'язку і телеметрії здатні долати територіальні й часові бар'єри між медичними працівниками і пацієнтам, незалежно від місця перебування, дані об'єктивних досліджень відразу прикріплюються до електронної медичної картки і зберігаються в E-health, при спостереження за хронічними хворобами є змога передивитись попередні показники, відслідкувати динаміку.

Але існують і недоліки: вартість телемедичного обладнання (середній набір вартує залежно від комплектації від € 100 тис.), необхідність сталого інтернет зв'язку, навчання персоналу, і правові аспекти. Правові питання є однією з основних перешкод для впровадження телемедицини у всьому світі, не тільки в Україні. До основних проблем належать:

- недостатність правової бази й стандартів, що дозволяють надавати телемедичні послуги;

- юридична відповідальність медичних фахівців, що надають послуги телемедицини;

– недоліки політики у сфері захисту приватного життя пацієнтів і конфіденційності при передачі, зберіганні та обмін даними між медичними працівниками;

– відсутність повноцінної законодавчої підтримки практики віддаленої діагностики в Україні та ін. [45].

На рівні публічного управління в громаді впровадженню телемедичного консультування будуть сприяти створення умов для проведення таких консультацій: організація закупівлі обладнання, навчання персоналу, налагодження сталого мобільного зв'язку, просвітницька робота з мешканцями щодо можливостей телемедицини.

Наступною можливістю покращити доступність мешканців сільської місцевості до медичної допомоги, особливо в громадах, де села мають невелику кількість мешканців, є організація виїздів мобільних бригад. Мобільна бригада – це команда медичних працівників, наприклад сімейний лікар і медичні сестри, які надають допомогу за місцем перебування пацієнтів, в спеціально обладнаному авто, яке слугує за імпровізований кабінет прийому. Для мобільної бригади також можуть використовуватись пересувні, складні, надувні амбулаторії, прийом може проводитись в окремих приміщеннях громади тощо. Цей різновид допомоги має переваги: може бути організований навіть у «польових умовах», в віддалених районах, де немає або зруйнований стаціонарний заклад охорони здоров'я. У результаті роботи такої мобільної бригади пацієнт отримує очну консультацію лікаря, що безумовно дозволяє більш повноцінно, порівняно з телемедичним консультуванням, діагностувати захворювання. Також в мобільній амбулаторії при потребі можуть бути зроблені додаткові інструментальні обстеження: ЕКГ, УЗД за допомогою портативних апаратів, отоскопія, спірометрія, дерматоскопія; лабораторні обстеження. Живе спілкування між пацієнтом і лікарем створює більш довірчі відносини, в результаті пацієнти мають більшу прихильність до лікування. Запланований регулярний графік виїздів дає можливість спостереження за динамікою хронічних захворювань.

Слід зауважити, що для громади і закладу ПМД цей варіант обслуговування сільського населення є економічно затратним на початку, але вигідним у довготривалій перспективі, особливо у теперішніх умовах. Також зараз при підтримці благодійних фондів, спонсорів, грантових програм витрати можуть бути мінімізовані.

В громаді можуть поєднуватись і виїзди медичних бригад і телемедичне консультування: наприклад сімейний лікар надає очну консультацію, а з ним і пацієнтом на зв'язку знаходиться вузький спеціаліст.

Як варіант організації ПМД в сільській місцевості можна в якості альтернативи запроваджувати виїзди пацієнтів транспортом громади до центрів ПМД. Це потребує не тільки наявності транспорту в громаді, а й чіткої логістики в медичному закладі для створення максимально комфортних умов для пацієнтів: запланований час візиту, збільшений час консультації для отримання максимальної кількості необхідних медичних послуг (консультацій, обстежень) за 1 візит.

Розглядаючи доступність медичних послуг для пацієнтів громади, окремо треба зупинитись на обслуговуванні маломобільних пацієнтів, пацієнтів похилого віку. Ця група пацієнтів потребує комплексної медико-психологічної допомоги. В громаді може бути створена програма «Домашня опіка» у реалізації якої пацієнтів вдома відвідує соціальний працівник, медична сестра, духовний наставник, і при потребі – сімейний лікар. Ця опіка є не епізодичною, а постійною, тому пацієнти почуваються краще, і зменшується навантаження на систему охорони здоров'я: зменшується кількість викликів сімейного лікаря, екстреної медичної допомоги, ургентних госпіталізацій. У реалізації подібних проєктів фінансову допомогу можуть надавати представники бізнесу, релігійних організацій, благодійних фондів, з якими управлінці ОТГ можуть ефективно співпрацювати.

В сільській місцевості проблема доступності до лікаря та комунікації з лікарем може бути вирішена комплексом розроблених заходів: кожний пацієнт громади має укласти декларацію з лікарем. Отримати контакти медичної

практики, адресу, години прийому, телефони лікаря, медичної сестри. Важливо формувати у пацієнтів і медиків культуру попереднього запису на прийом, поваги до часу один одного. З 2018 р. можливість попереднього запису є важливою умовою укладання договору з НСЗУ, тому реалізація попереднього запису протягом цих років у більшості закладів ПМД стала можлива. Проблемним питанням залишається комунікація пацієнтів з лікарем в позаробочий час. Для цього органи публічного управління можуть створити на базі громади колцентр з медичних питань, куди пацієнти мають можливість подзвонити у неробочі часи практики при погіршенні стану. Наприклад, такий колцентр може бути організований на базі цілодобового відділення екстреної допомоги опорної лікарні, або шляхом чергування відповідальних медиків вдома з цим телефоном (зокрема, чергування сімейних лікарів застосовується наприклад в громадах Німеччини). Головне щоб звернення приймалися медичними працівниками знайомими з системою медичного сортування, (наприклад, триаж) [46], медична інформація фіксувалась в електронній картці, і на наступний робочий день інформація надсилалась вже сімейному лікарю. Такий колцентр міг би забезпечувати пацієнтів інформаційною підтримкою в разі погіршення самопочуття і попереджувати небезпечне самолікування.

Важливу роль також грає просвітницька робота: щоб пацієнти були обізнані, розуміли в яких ситуаціях варто терміново викликати екстрену допомогу, а коли дзвонити до колцентру. Така постійна освітня діяльність на території сільських громад може відбуватись і за участю медиків через соціальні мережі, за допомогою статей на актуальні теми на сайті громади, в місцевій пресі, радіо. Для поширення інформації і організації зустрічей населення з медиками публічним управлінням варто долучати керівників підприємств громади, керівників закладів освіти, соціальних працівників, представників місцевих громадських організацій.

Профілактична складова в сфері охорони здоров'я лягає на місцевий рівень. Органи місцевого самоврядування в межах своєї компетенції можуть фінансувати місцеві програми профілактики, організовувати заходи в

підтримку здорового способу життя: «Дні здоров'я», медичні ярмарки, марафони, велопробіги тощо. Створювати підтримку в організації виступів медиків в колективах підприємств, в школах, серед молоді. Це важливо задля створення у мешканців громади зв'язку зі сферою охорони здоров'я, побудові довірчих відносин з медиками, формування поняття про здоровий спосіб життя, профілактику, також для отримання зворотного зв'язку щодо проблем у цій сфері. Окремо, знаходячись на прийомі, пацієнт може не висловитись щодо того, яким вбачає покращення надання послуг, а на подібних заходах можуть бути висловлені нові ідеї щодо покращення медичної допомоги в ОТГ, створення конкретних програм.

Важливим завданням публічного управління є організація стимулів для молодих спеціалістів, щоб не тільки розпочати трудову діяльність, а й залишитись в сільські місцевості. Ці стимули мають включати з боку громади:

- шляхи матеріальної підтримки «підйомні»;
- програми купівлі житла, державні програми іпотеки для медиків. В 2022 році була оголошена програма іпотеки для медичних працівників [56], але вона стосується тільки медиків, які працюють в державних закладах, що є недосконалим по відношенню до сімейних лікарів ФОП, які працюють в сільській місцевості;
- Державні програми пільгових умов кредитування для тих лікарів, хто виявить бажання розпочати власну практику ФОП в сільській місцевості [40];
- Десятирічна програма «Лікар». Відповідно до неї, жителі району, які навчалися в закладах охорони здоров'я, могли укласти угоду з районною владою й одержувати протягом періоду навчання додаткову стипендію з районного бюджету, розмір якої залежить від успішності студента. Студентам, які навчалися за цією програмою, оплачувалась також інтернатура. Якщо фахівець з якихось причин відмовляється приїжджати на роботу в район, то кошти витрачені на його навчання він повертає. Але, по факту, серед студентів медичних вишів попитом така програма не користувалась, а громади (раніше, райони) не займались активним впровадженням унаслідок браку фінансування.

«Місцеві стимули» – це мотивація для роботи сімейним лікарем на селі, це спосіб посилити соціальний захист медиків, фінансова підтримка медичних працівників, тобто, це дуже важливі моменти, які працюють на підвищення престижу лікаря і залучення молоді до роботи в сільській місцевості. Проте, практика місцевого стимулювання лише частково може розв'язати кадрову проблему. Підхід має бути комплексний. Програма «Місцеві стимули» буде успішною за умови її державної підтримки. Медичні кадри – стратегічний капітал. Стан кадрового забезпечення галузі в Україні залишається складним і потребує дієвого вирішення в процесі впровадження медичної реформи.

Також для залучення молодих спеціалістів велике значення має позитивний імідж громади: розвинута інфраструктура, наявність дитячих закладів освіти, працюючі підприємства на території громади.

Отже, щоб залучити молодих спеціалістів до роботи в мережі закладів ПМД на селі, слід забезпечити низку умов. Насамперед надати житло, створити гідні умови праці з належним оснащенням робочого місця, забезпечити транспортом, гідною заробітної платою, а також вирішити питання соціальної інфраструктури сільської місцевості. Оскільки обласний бюджет немає можливості виділяти кошти на придбання житла і повноважень надавати земельні ділянки під забудову, зробити це можуть об'єднані територіальні громади, які в процесі децентралізації отримали змогу самостійно обирати галузі в які вони можуть інвестувати [3, с. 420].

Для ефективного публічного управління ПМД навіть керівники невеликих ОТГ і закладів ПМД мають оволодіти основам менеджменту. Заклади, потрапивши в нові умови, стикаються з цілою низкою проблем як економічного, так і управлінського плану: розрахунок собівартості послуг, фінансове планування, оптимізація кадрової структури, взаємодія з Національною службою здоров'я України, співпраця з органами місцевого самоврядування тощо. Вирішення цих проблем лягає на плечі керівника медичного закладу, керівників структурних підрозділів (завідуючих відділеннями) і адміністративних підрозділів (відділ кадрів, бухгалтерія), котрі

окрім вирішення поточних робочих питань змушені вишукувати необхідну інформацію і приймати нові для себе рішення.

Задача ефективного менеджера закладу первинної медичної допомоги:

- оптимізувати рівень грошових активів поза обігом з метою досягнення необхідного рівня ліквідності без втрати альтернативних можливостей;

- збільшення вхідних грошових потоків, у першу чергу за рахунок збільшення виручки, наприклад, шляхом укладання договорів про корпоративне обслуговування підприємств, розробка маркетингової програми з метою збільшення лояльності споживачів і формування позитивного іміджу установи, підвищення кваліфікації та доброзичливості персоналу, розробка програм зосереджених на поширення профілактичних, а не лише лікувальних заходів;

- розширення каналів отримання грошових надходжень: участь в грантових програмах, залучення цільових кредитів, використання лізингу та оренди, залучення допомоги меценатів, інвестування тимчасово вільних грошових коштів;

- проведення кадрової політики. Перегляд складу та потужностей підрозділів, посилення взаємодії між ними, інвестування в кадровий капітал, підвищення продуктивності та ефективності праці шляхом оптимізації техніко-технологічної складової;

- перегляд основних статей витрат. Використання енергозберігаючих технологій, пошук найбільш оптимальних постачальників товарів, робіт і послуг.

Тому важливим є не тільки безперервний професійний медичний розвиток керівника, а й постійний ріст як управлінця. Для переймання передового досвіду успішних практик спільно з громадою можна організувати стажування в Україні або за кордоном, запросити до громади спеціалістів, щоб спільними зусиллями розробити стратегічний план, бізнес-план, провести SWOT-аналіз закладу. Розробка стратегії керування медичною галуззю і постійний аналіз її виконання дозволить управлінцям громади і керівникам

закладів ПМД розуміти напрямок в якому рухається заклад загалом, оцінити досягнення короткотривалих і довготривалих цілей, перспективи.

При проблемах в організації комунальних ЦПМСД на території ОТГ, слід розглянути забезпечення ПМД населенню у вигляді ФОП. Для залучення сімейного лікаря-ФОП в громаду можуть бути розроблені стимули у вигляді знижки на оренду приміщень і комунальних послуг, сучасний ремонт амбулаторії і наявність необхідного обладнання, надання службового житла тощо. Втілення ринкових механізмів у сферу охорони здоров'я робить її більш ефективною та економічною і, як наслідок, сприятиме збереженню уособлених у ній соціальних цінностей.

Вагомим поштовхом до поширення приватних практик сімейних лікарів, в тому числі сільській місцевості, є створення інституції ліцензування лікарської практики. Вважаючи на досвід європейських країн, де лікар має власну ліцензію, на відміну від України, де ліцензія видається за конкретною адресою впровадження практики. Зараз в Україні ліцензія на отримання права провадження господарської діяльності з медичної практики видається відділом ліцензування МОЗ, більшість даних при поданні пакету документів стосується медичного обладнання, приміщення, і відповідності фахівця ліцензійним умовам: дані диплома і спеціалізації [41]. Модель лікарського самоврядування в Україні розроблена з урахуванням світового досвіду таких країн, як Польща, Чехія, Німеччина, Румунія та інших. У цих країнах питання лікарського самоврядування врегульовано на законодавчому рівні спеціальним законом. Основними організаційними одиницями є палати. Саме вони надають дозвіл лікарям-практикам на здійснення лікарської діяльності та оприлюднюють списки лікарів у відкритому доступі. Також саме вони опікуються безперервним професійним розвитком лікарів.

У країнах Європи лікарські об'єднання вже пройшли певні етапи становлення та зараз є форпостом лікарського професійного самоврядування. Лікарське самоврядування – це професійне самоврядування в сфері охорони здоров'я, яке забезпечується гарантованим державою правом лікарів

самостійно вирішувати питання своєї професійної діяльності й реалізується шляхом створення в порядку, визначеному законом, організацій самоврядування лікарів. Вони перебирають на себе частину важливих регуляторних функцій (сертифікацію навчальних програм, ведення реєстру лікарів, надання та припинення права на професійну діяльність, безперервний професійний розвиток лікарів тощо). Надаючи лікарям незалежність і професійну свободу в проведенні медичної діяльності, суспільство створює умови для формування найкращої з можливих систем охорони здоров'я для своїх громадян.

Власна ліцензія лікаря згідно проекту закону про самоврядування [42] передбачає лікаря по-перше відповідальність за якість своєї роботи, навичок, освіти, по-друге робить лікаря більш мобільним щодо місць надання послуг. Це особливо важливо для сільської місцевості: таким чином сімейний лікар може на законних підставах надавати допомогу пацієнтам в декількох населених пунктах, не отримуючи окремо ліцензію на кожне з місць (наприклад пункти здоров'я), де консультиє пацієнтів.

Також важливим є те, що у разі прийняття законопроекту медичній спільноті надається можливість самоконтролю. Якщо якийсь лікар порушить чи відхилиться від норм та стандартів надання медичної допомоги, або використовуватиме у своїй практиці антинаукові методи, то спільнота може надати оцінку його роботі та розв'язати це питання самостійно.

У контексті розвитку сімейної медицини в сільській місцевості ліцензування лікаря буде стимулювати лікарів до саморозвитку, тим самим надавати більш сучасні послуги населення.

Для покращання надання ПМД необхідно на публічному рівні піднімати престиж професії.

Приділяти увагу освіті майбутніх сімейних лікарів. Зараз в університетах дуже часто сімейну медицину викладають не сімейні лікарі, а «вузькі» спеціалісти (кардіологи, неврологи і інші), які практично не стикаються з реаліями роботи сімейним лікарем. Досі існує певна «анти престижність» з

боку викладачів, що для того щоб стати сімейним лікарем, не варто багато знати, а саме розподіл на вузькі спеціальності є більш престижним.

Орієнтуючись на досвід Естонії, в медичних університетах викладають сімейні лікарі-практики, які мають список, тобто декларантів, і поєднують освітню і практичну діяльність.

Крім вищої освіти потребує контролю якість постійної безперервної освіти лікарів. Безперервний професійний розвиток включає особисту участь фахівця в різноманітних програмах і заходах формальної, неформальної й інформальної освіти. Неформальна освіта у сфері охорони здоров'я – це поглиблення власних знань і вдосконалення вмінь згідно з освітніми програмами, що не передбачає присвоєння визнаних державою освітніх кваліфікацій за рівнями освіти, але може завершуватися присвоєнням професійних або часткових освітніх кваліфікацій. Інформальна освіта (самоосвіта) у сфері охорони здоров'я – самоорганізоване здобуття фахівцями професійних компетентностей під час повсякденної практики, пов'язаної з професійною, громадською або іншою діяльністю [3, с. 377].

З 2019 р. діє закон про безперервний професійний розвиток [39], що є позитивним зрушенням. Це лікарям самостійно обирати яку освіту вони хочуть отримувати: чи формально проходити курси підвищення кваліфікації при закладах післядипломної освіти, де знову ж таки викладання проводять не сімейні лікарі і дуже часто по застарілим програмам, чи скористатись можливістю отримати сучасні знання, які будуть застосовуватись в щоденній практиці. З'явилися спеціалізовані медичні провайдери безперервної професійної освіти: Progress platform, Medexpert і інші. Одночасно почалось формування професійних асоціацій: Українська академія педіатрії, Академія сімейної медицини України [39], які створені лікарями для лікарів. Це дозволило організувати цікаві заходи: конференції, тренінги, школи (Азовська школа сімейного лікаря) на яких навчання проводиться без скритої реклами фармацевтичних препаратів, відбувається підвищення професійного рівня завдяки опануванню практичних навичок, і що є дуже важливим –

створюється згуртована спільнота мотивованих лікарів, які змінюються самі і готові змінювати систему на краще. Це дає поштовх для створення приватних практик сімейних лікарів в сільській місцевості, бо є асоціація, члени якої здатні підтримати порадою, поділитись досвідом, і власним успішним прикладом роботи, у т.ч. в сільській місцевості. Керівникам громади і закладів охорони здоров'я варто підтримувати вмотивованих працівників до безперервного професійного розвитку, виділяти часові і фінансові можливості для навчання.

Отже, проведений аналіз проблем і шляхів їх вирішення дозволяє розробити ряд рекомендацій для громад, направлених на покращання надання ПМД в сільській місцевості. Задача публічного управління створити умови для надання якісних медичних послуг.

1. Розглянути європейські моделі організації ПМД для використання в громадах.
2. Забезпечити безперервність надання ПМД: в наявних закладах ПМД удосконалити послуги надання телемедичних консультацій, створити колцетр.
3. Розглянути необхідність створення мобільних бригад для віддалених населених пунктів і домашньої опіки для вразливих груп населення.
4. Розробити програми стимулів для залучення найкращих сімейних лікарів, молодих спеціалістів, ФОП на території громади.
5. Сприяти створенню практик сімейних лікарів ФОП, шляхом надання пільг оренди, комунальних платежів тощо.
6. Заохочувати до безперервного професійного розвитку медичних працівників, управлінців.
7. Співпрацювати з благодійними фондами, представниками бізнесу для реалізації проєктів і додаткового фінансування.
8. Сприяти оновленню матеріально– технічної бази надавачів ПМД.
9. Сприяти взаємодії на користь пацієнтів між закладами комунальної і приватної власності, первинної і спеціалізованої медичної допомоги в громаді, підтримувати здорову конкуренцію в інтересах пацієнта.

10. Організувати обмін досвідом з успішними громадами України.

11. Розробляти і працювати над реалізацією стратегії розвитку ПМД як окремо в громаді так і в регіоні в цілому. Провести SWOT-аналіз надавачів ПМД.

12. Створити можливості для соціального розвитку сільської місцевості і участі людей у житті громади: розробляти програми профілактики і підтримки здорового способу життя, фізичного і психічного здоров'я, у вигляді спортивних, оздоровчих заходів. Налагоджувати комунікацію з мешканцями задля отримання зворотного зв'язку і нових ідей для покращання ПМД.

13. Покращувати вплив навколишнього середовища громади на здоров'я мешканців: працювати над доглядом і збереженням довкілля(поводження з відходами, якість води, охорона водних об'єктів, якість повітря, споживання енергії), створювати безпечне середовище для руху (інклюзивність, освітлення, якість доріг).

Для подальшого розвитку сімейної медицини в сільській місцевості необхідні також певні кроки на наступних рівнях:

1. МОЗ: продовжити медичну реформу згідно концепції. Законодавчо закріпити норми телефонного і телемедичного консультування. Сприяти прийняттю закону про лікарське самоврядування і ліцензування лікарської практики. Закріпити законодавчо розширення повноважень медичних сестер сімейної медицини, на прикладі кращих світових практик, удосконалити навчальний план для отримання медичними сестрами розширеного обсягу навичок. Внести зміни в закон про інтернатуру і дозволити практикам сімейних лікарів ФОП стати базою для навчання майбутніх сімейних лікарів. Створити законодавче підґрунтя для створення лікарсько-консультативної комісії на базі ФОП для продовження медичних висновків про тимчасову непрацездатність, проходження медико-соціальної експертизи. Запровадити в практику охорони здоров'я концептуальну модель моніторингу показників стану здоров'я сільського населення на регіональному рівні.

2. НСЗУ: запровадити додатковий коефіцієнт за скринінг онкологічних, серцево-судинних хвороб, цукрового діабету у задекларованих пацієнтів. Збільшити капітаційну ставку оплати для практик, розташованих в сільській місцевості, наприклад запровадити тариф 1,2 порівняно з міськими практиками. Розглянути можливість покриття витрат на лабораторну діагностику цукрового діабету, гіперхолестеринемії, надання безоплатно експрес тестів для виявлення СНІД, гепатиту В і С, покриття інших витрат, пов'язаних з скринінгом і спостереженням диспансерних груп. Розробити функціональну можливість для роботи медичних сестер сімейної медицини в системі Ехелс. Контролювати обов'язкову фіксацію всіх звернень пацієнта (ПМД, спеціалізована, екстрена допомога, приватні заклади) в електронну медичну картку. Також для захисту інтересів лікарів внести в умови контрактування чіткий перелік ситуацій, коли лікар має право розривати декларацію з пацієнтом.

Таким чином покращення публічного управління розвитком сімейної медицини в сільській місцевості може бути досягнуте завдяки розробленим рекомендаціям. Задача органів публічного управління створити умови для їх успішної реалізації задля надання якісної ПМД.

ВИСНОВКИ

1. З'ясування суспільної значущості розвитку сімейної медицини в сільській місцевості як одного з пріоритетних напрямів розвитку вітчизняної сфери охорони здоров'я обумовлює необхідність покращання публічного управління цим процесом, важливість цілеспрямованого впливу на взаємодію у ланцюгу «органи публічного управління – надавачі ПМД різних форм власності – пацієнти» задля узгодження їхніх інтересів і максимізації вигод.

2. Проаналізовані діючі механізми публічного управління ПМД. Уповноважені суб'єкти (органи державного управління, органи місцевого самоврядування, бізнес-структури, громадські організації) використовують відповідні методи (адміністративні, організаційні, економічні, правові, соціально-мотиваційні) та засоби публічного управління для забезпечення розвитку сімейної медицини в сільській місцевості.

3. За результатами оцінки результатів публічного управління розвитком сімейної медицини в сільській місцевості виявлено таке: погіршення показників здоров'я сільського населення порівняно з міським населенням; необхідність покращення доступності ПМД для сільського населення через брак ефективної профілактики і пізнього виявлення хвороб; недостатній кадровий потенціал (управлінці, сімейні лікарі, медичні сестри, фельдшери) для ефективного функціонування ПМД в сільській місцевості і потребує покращення кваліфікація наявного персоналу; неефективність ФАПів як організаційної форми надання ПМД, їх матеріально-технічний стан і складності при втіленні проєкту з формування спроможної мережі медичних установ в сільській місцевості; недостатня інвестиційна привабливість сільських ОТГ і відсутність додаткових стимулів для залучення молодих спеціалістів, найкращих сімейних лікарів, приватного сектора; окремо порівняні проблеми функціонування в громаді комунального закладу з надання ПМД і медичної практики сімейного лікаря-ФОП і особливості їх взаємодії з органами місцевого самоврядування.

4. Виокремлено для подальшої адаптації до умов Україні такий передовий світовий досвід щодо подальшого розвитку сімейної медицини в сільській місцевості: медична реформа ПМД в Естонії як приклад вдалої взаємодії приватних надавачів ПМД з державним замовником послуг ПМД, узгодження дії механізмів публічного управління та ринкових механізмів в розвитку сімейної медицини; виважене збільшення приватного сектора за умови збереження державної моделі фінансування та забезпечення розвитку публічно-приватного партнерства у цій сфері; збереження доступу населення до безоплатної доступної ПМД; підвищення ролі органів місцевого самоврядування.

5. Запропоновано комплекс заходів за пріоритетними напрямками для подальшого розвитку ПМД в сільській місцевості: організація роботи наявних закладів ПМД в напрямку збільшення доступності і наближення медичних послуг до пацієнта (створення колцентру, запровадження телемедичного консультування, організація виїздів мобільних бригад, проєктів з домашньої опіки); розробка стимулів для залучення молодих спеціалістів; створення конкурентного середовища на медичному ринку і умов для залучення сімейних лікарів-ФОП; розробка і реалізація профілактичних заходів у вигляді цільових програм з профілактики конкретних захворювань; налагодження співпраці з потенційними фінансовими донорами; створення умов для безперервного професійного розвитку медичного персоналу, розширення повноважень медичних сестер сімейної медицини і ліцензування лікарської практики; вдосконалення управління сімейною медициною, розробка стратегічного плану розвитку ПМД в ОТГ, організація взаємодії між різними ланками медичної допомоги в інтересах пацієнта; забезпечення вдосконалення процесу правового регулювання галузі. Реалізація цих заходів сприятиме підвищенню ефективності/результативності публічного управління сімейною медициною в сільській місцевості.

ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості. Закон України від 14.07.2017 р. № 2206-VIII. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/T172206?an=103> (дата звернення: 16.09.2022)
2. Преамбула до Конституції Всесвітньої організації охорони здоров'я. Нью-Йорк: ВООЗ, 1946. № 2. С. 100.
3. Августин Р.Р., Апостолюк О.З., Артимович А.І. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я: монографія. Тернопіль: Крок, 2020. 560 с.
4. Ткаченко В.І. Історія розвитку та сучасний стан ПМД за кордоном та в Україні, нормативно-правова база впровадження сімейної медицини в Україні. *Сімейна медицина*. 2015. № 3. С. 12–20.
5. Про добровільне об'єднання територіальних громад. Закон України від 05.02.2015 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/157-19> (дата звернення: 16.12.2022)
6. Про внесення змін до Бюджетного кодексу України. Закон України від 15.12.2020 р. №1081-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/1081-20> (дата звернення: 16.12.2022)
7. Державна служба статистики України. URL: <https://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/...> (дата звернення: 16.12.2022)
8. Гржибовський Я.Л. Медико-соціальні детермінанти здоров'я сільського населення та обґрунтування концептуальної моделі моніторингу його показників. Ужгород, 2019. С. 160–165.
9. Поплавська О.М. Якість життя сільського населення: проблеми, перспективи покращення. *Економічний простір*. 2020. № 159. URL: <http://prostir.pdaba.dp.ua/index.php/journal/article/view/637/621> (дата звернення: 16.12.2022)

10. Про затвердження Порядку формування спроможних мереж надання ПМД. Наказ МОЗ від 06.02.2018 р. № 178/24. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0215-18#Text> (дата звернення: 16.12.2022)
11. Радучич О.В. Як правильно організувати медичну допомогу в сільській місцевості. *Український медичний часопис*. 2019. 1. URL: [https://www.umj.com.ua/article/136966/...](https://www.umj.com.ua/article/136966/) (дата звернення: 10.10.2022)
12. The European Programme of Work, 2020–2025 – United Action for Better Health in Europe. URL: <https://www.who.int/europe/about-us/our-work/european-programme-of-work> (дата звернення: 10.12.2022)
13. Долгіх М.В. Теоретичні засади реформування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я: дис. Київ, 2021. 255 с.
14. Карлаш В.В. Державне регулювання сучасним станом охорони здоров'я України. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 1. С. 162.
15. Мельниченко О.О. Методи та засоби публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я. *Медичне право України: проблеми становлення та розвитку*: матеріали І всеукр. наук.-практ. конф. 19–20.04.2018 р. URL: <http://repositsc.nuczu.edu.ua/bitstream/123456789/6948/1/23%20.pdf> (дата звернення: 20.12.2022)
16. Устінов О.В. Опубліковано Звіт НСЗУ за III кв. 2021 р. *Український медичний часопис*. 2021. URL: [https://www.umj.com.ua/article/221721/...](https://www.umj.com.ua/article/221721/) (дата звернення: 10.10.2022)
17. Програма медичних гарантій 2021. Перспективи та підсумки. URL: https://www.kmu.gov.ua/storage/app/sites/1/17-civik2018/zvit2021/Zvit_NSZU_2021_.pdf (дата звернення: 5.10.2022)
18. Устінов О.В. Приватні заклади та ФОП у Програмі медичних гарантій. URL: <https://www.umj.com.ua/article/216495/privatni-zakladi-ta-fop-u-programi-medichnih-garantij> (дата звернення: 7.12.2022)
19. Аналітичний звіт щодо стану реалізації послуг ПМД 2022 Харківська обл. на 1.11.2022. НСЗУ.

20. Лікарі-ФОПи заробили 224 мільйони гривень на деклараціях з сімейними лікарями. URL: <https://opendatabot.ua/analytics/med-fop> (дата звернення: 16.08.2021)

21. Спасібо А.П., Мельниченко О.А. Послуги сімейних лікарів-ФОП як засіб покращання ПМД в сільській місцевості. *Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення*: матеріали V наук.-практ. конф. з міжнар. уч., 28 жовтня 2022 р. Харків: Вид-во ХНМУ, 2022. С. 129–131.

22. Про затвердження Порядку надання ПМД. Наказ МОЗ від 19.03.2018 р. № 504. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#Text> (дата звернення: 10.09.2022)

23. Устінов О.В. Безоплатна допомога у приватних клініках: як вона надається? *Український медичний часопис*, 05.04.2021 р. URL: <https://www.umj.com.ua/article/203356/bezoplatna-dopomoga-u-privatnih-klinikah-yak-vona-nadayetsya> (дата звернення: 10.09.2022)

24. Бандура Г. Змістове навантаження приватної медичної практики. *Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах інноваційного розвитку економіки*: матеріали доп. II Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. уч. Тернопіль: ЗУНУ, 2021. Ч. 2. С. 19–22.

25. Як змінюється сервіс у медзакладах і чому все відбувається не однаково швидко. URL: <https://www.simeyniylikar.com.ua/iak-zminiuietsia-servis-u-medzakladakh-u-chomu-vse-vidbuvaietsia-ne-odnakovo-shvydko/> (дата звернення: 10.09.2022)

25. Кузьменко Г.О. Проблеми реалізації механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні. *Публічне урядування*. 2022. № 2. С. 47–54.

26. Ляшко В. Розробка та фінансування регіональних і місцевих програм громадського здоров'я. *Операційний посібник*. Київ, 2020. 22 с.

27. Терзі О.О. Визначення поняття «охорона здоров'я». *Науковий вісник Ужгородського національного університету*, 2018. URL: <https://www.onmedu.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/7030/Terzi.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (дата звернення: 10.12.2022)

28. Населення Естонії. URL: <https://uk.wikipedia.org/wiki/...> (дата звернення: 10.12.2022)

29. Ефективна первинна медицина в громаді. Про проєкт. URL: <http://www.perspectivesua.org/ua/diyalnist/eu-health> (дата звернення: 10.12.2022)

30. «Треба наважитися»: як працюють лікарі-підприємці на Харківщині. URL: <https://suspilne.media/48620-treba-navazitisa-ak-pracuut-likari-pidpriemci-na-harkivsini/> (дата звернення: 10.12.2022)

31. Постанова КМУ від 17.08.1998 р. № 1303. Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань. Київ. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1303-98-%D0%BF#Text> (дата звернення: 10.12.2022)

33. Муляр Г. Зарубіжний досвід функціонування системи охорони здоров'я в контексті забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. URL: https://www.socosvita.kiev.ua/sites/default/files/Visnyk_1-2_2020-43-52.pdf (дата звернення: 10.12.2022)

34. Оганян А.А., Савичук Н.О. Правове управління реформуванням охорони здоров'я у країнах центральної, східної Європи та СНД: порівняльний аналіз. *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. № 5.

35. Шупенко Р. Медична реформа в дії: приклад Естонії. *Слобідський край*, 30.01.2018. URL: <https://www.slk.kh.ua/spec-proekti/ukrayina-eu/medichna-reforma-v-diyi-priklad-estoniyi.html> (дата звернення: 10.12.2022)

36. Лікарняна каса Естонії. Організація лікарської допомоги для особи, яка має медичне страхування. URL: <https://www.haigekassa.ee/organizaciya-likarskoi-dopomogi-dlya-osobi-yaka-mae-medichne-strakhuvannya>. (дата звернення: 10.12.2022)

37. Мирьям Мыттус. Валликиви: в Эстонии относительно критическая нехватка семейных врачей. URL: <https://rus.err.ee/1608388613/vallikivi-v-jestonii-otnositelno-kriticheskaja-nehvatka-semejnyh-vrachej> 01.11.2021 (дата звернення: 10.12.2022)

38. Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів. Наказ МОЗ від 22.02.2019 р. № 446. (дата звернення: 10.12.2022)
39. Академія сімейної медицини України. Офіційний сайт. URL: <https://afm.usic.org.ua/> (дата звернення: 10.12.2022)
40. Устінов О.В.. Пільги для сільських медиків: роз'яснення МОЗ України. *Медичне право*. Київ: МОПІОН, 2019. URL: <https://www.umj.com.ua/article/162209/pilgi-dlya-silskih-medikov-roz-yasnennya-moz-ukrayini> (дата звернення: 10.12.2022)
41. Порядок отримання права провадження господарської діяльності з медичної практики. URL: <https://moz.gov.ua/licenzuvannja> (дата звернення: 12.12.2022)
42. Законопроект про самоврядування у сфері охорони здоров'я на громадське обговорення. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/moz-predstavilo-zakonoproekt-pro-samovriaduvannia-u-sferi-okhorony-zdorovia-na-hromadske-obhovorennia> (дата звернення: 12.12.2022)
43. Ефективна первинна медицина в громаді. Вільний лікар Анастасія Спасібо. Кращі управлінські практики. Харків, 2021. С. 44–50
44. Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я. Наказ МОЗ від 19.10.2015 р. № 681. URL: <https://moz.gov.ua/> (дата звернення: 12.12.2022)
45. Телемедицина в Україні: проблеми впровадження та методи їх вирішення 17.04.2020 р. URL: <https://telemed24.ua/articles/problemy-vprovadzhennya-telemeditsiny-v-ukraine> (дата звернення: 12.12.2022)
46. Телемедицина на карантині: як використовується, переваги, обмеження і перспективи 29.04.2020. URL: <https://telemed24.ua/articles/telemedicina-na-karantyni> (дата звернення: 12.12.2022)
47. Комітет з економічних, соціальних і культурних прав, Загальний коментар 14, Право на найвищий досяжний рівень здоров'я (2 сесія, 2000). Текст див. в документі ООН E/C.12/2000/4 (2000): A Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.6 at 85 (2003).

48. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги. Закон України від 01.07.2022 р. № 2347-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#Text> (дата звернення 10.12.2022)

49. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості. Закон України від 14.11.2017 р. № 2206-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19#Text> (дата звернення: 12.12.2022)

50. Радчук Т.М., Класифікація механізмів публічного управління інноваційним розвитком економіки. *Публічне управління і адміністрування*, 2020. № 19.

51. Методичні рекомендації для приватного практикуючого лікаря на рівні ПМД / Проєкт USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ, 2019. URL: http://healthreform.in.ua/wpcontent/uploads/2019/09/manual-for-private-doctor_UA.pdf (дата звернення 10.10.2022)

52. Як ефективно управляти автономною практикою: бізнес-модель та клієнтський сервіс. URL: <http://www.perspectivesua.org/ua/novini/211-eu-health-9> (дата звернення: 12.12.2022)

53. Голікова О. Ярмарок вакансій. Конкуренція народжує попит. *Медичний університет*. 2018. № 21–22. С. 2–3.

54. Електронна карта місць надання ПМД. URL: https://edata.e-health.gov.ua/e-data/dashboard/pmdmap?fbclid=IwAR2_UpwCSOZWDbmh0j-N9d-GQ1OzPP5ui4P34uvKYcNIK-rDSmwyPDeNIoS2c (дата звернення: 30.12.2022)

55. Статистика поданих декларацій про вибір лікаря ПМД URL: <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/dashboard/declar-stats> (дата звернення: 30.12.2022)

56. Українські медичні працівники зможуть отримати пільговий кредит на житло на 20 років під 3 % річних. Постанова КМУ від 05.08.2022 р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/ukrainski-medychni-pratsivnyky-zmozhut-otrymaty-pilhovyi-kredyt-na-zhytlo-na-20-rokiv-pid-3-richnykh> (дата звернення: 30.12.2022)

57. Казаков Ю.М., Шуть С.В., Трибрат Т.А., Чекаліна Н.І. Особливості організації амбулаторної терапевтичної допомоги в практиці сімейного лікаря: навчальний посібник. Полтава: ТОВ «Фірма «Техсервіс», 2012. 246 с.

58. Карапетян О.А., Гбур З. В. Роль публічного адміністрування в формуванні демократичного суспільства держави. *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. № 16. С. 77–85.