

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПРАВА

Правові горизонти



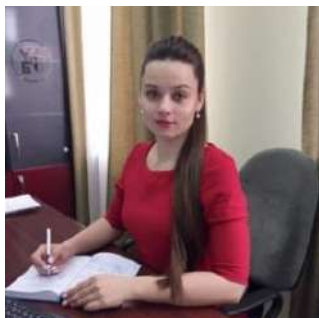
Legal horizons

ВИПУСК 26 (39)

Суми – 2021

DOI: <http://www.doi.org/10.21272/legalhorizons.2021.i26.p35>

ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНУВАННЯ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ ТА НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ: ДОСВІД ЄВРОПЕЙСЬКОГО СОЮЗУ ТА УРОКИ ДЛЯ УКРАЇНИ



*Миргород-Карнова Валерія Валеріївна,
кандидат юридичних наук,
викладач кафедри адміністративного, господарського
права та фінансово-економічної безпеки,
Навчально-науковий інститут права,
Сумський державний університет*

Розвиток та популяризація надання медичних послуг та функціонування первинної ланки медичної допомоги загалом позитивно впливає на сферу охорони здоров'я в країні. Однак, такий позитивний вплив можливий лише у разі ефективності та доступності медичних послуг на даному етапі, коли сімейний лікар має змогу якісно та комплексно надати необхідний спектр послуг, співпрацює з іншими лікарями, а також проводить на високому рівні профілактичні та превентивні заходи. Засади, на яких побудована сімейна медицина створюють передумови до конкурування лікарів між собою за пацієнтів, що прямо впливає на якість надаваних послуг.

Довгий час Україна ігнорувала рекомендації міжнародних організацій, зокрема Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо необхідності реформування медичної сфери. Експерти визначають, що лише з 2010 р. можна говорити про повільний, нестабільний, безплановий початок реформаційних дій. Адже вже в 2010 р. у відповідності до офіційних статистичних даних Державного комітету статистики України, витрати держави на охорону здоров'я склали 1042 грн. на 1 українця, при цьому кожен громадянин на придбання медикаментів витрачав ще 750 грн. В порівнянні середня заробітна плата 1 працівника медичної сфери дорівнювала 1778 грн., що близько на 43 % менше від заробітної плати 1 працівника в сфері промисловості та на 67 % – у фінансовій сфері.

Вітчизняні дослідники окреслюють, що загальне державне фінансування сфери охорони здоров'я було неефективним, а заробітна плата не відповідала загальносвітовим стандартам. Наприклад, у 2010 р. у Фінляндії медичний працівник отримував в середньому 2536 євро, в Португалії – 898 євро, у Литві – 800 євро, у Болгарії – 572 євро.

В даному дослідженні нами було акцентовано особливу увагу на функціонуванні процедури надання медичних послуг в Європейському Союзі та окреслення ключових уроків для України. На сьогодні, реформа сфери охорони здоров'я та всієї системи надання медичних послуг стали справжньою необхідністю для соціально-економічного розвитку України. З даного часу, в державі поступово запроваджуються основні реформаційні заходи.

Ключові слова: медичні послуги, медична реформа в Україні, сімейна медицина.

The development and promotion of health care and the functioning of primary care in general has a positive impact on health care system in the country. However, such a positive impact is possible only in the case of the efficiency and accessibility of medical services at this stage, when the family doctor is able to provide quality and comprehensive range of services, cooperate with other doctors, and carry out high-level preventive measures. The principles on which family medicine is built create the preconditions for doctors to compete with each other for patients, which directly affects the quality of services provided. For a long time, Ukraine has ignored the recommendations of international organizations, including the World Health Organization, on the need to reform the health sector. Experts determine that only since 2010 in is possible to talk about a slow, unstable and unplanned start of reform actions. In 2010, in accordance with the official statistics of the State Statistics Committee of Ukraine,

the state expenditures on health care amounted to 1042 UAH per 1 Ukrainian, while each citizen spent another UAH 750 to purchase medicines. In comparison, the average salary of 1 medical worker was 1,778 UAH, which is about 43% less than the salary of 1 employee in industry and 67% less as in the financial sector.

The domestic researchers state that overall public funding for health care has been ineffective and that wages have not met global standards. For example, a health worker received an average of 2,536 euros in Finland, 898 euros in Portugal, 800 euros in Lithuania, and 572 euros in Bulgaria in 2010.

In this study, we focused on the functioning of the procedure for providing medical services in the European Union and outlining key lessons for Ukraine. Nowadays, the reform of the health care sector and the entire system of medical services has become a real necessity for the socio-economic development of Ukraine. Since then, the state is gradually introducing major reform measures.

Key words: medical services, medical reform in Ukraine, family medicine.

Сімейна медицина – це ключова ланка первинної медичної допомоги. Головна мета сімейної медицини – надання якісної медичної допомоги пацієнтам на первинних етапах, при цьому якість виступає у ролі комплексного поняття, яке вміщує посилення бази знань у сфері первинної допомоги, розробку чітких спеціальних алгоритмів діагностики і надання своєчасної адекватної медичної допомоги [3]. Тому, питання про необхідність і важливість розвитку сімейної медицини давно вже не є дискусійним. У Нідерландах, Австралії, США, Канаді, Великобританії та інших країнах функціонують школи та інститути з проведення медичних MD/PhD програм з сімейної медицини, епідеміології, етики, медичної інформатики. Дослідницькі програми спрямовані на визначення віддалених результатів захворювань, ефективності діагностичних і терапевтичних втручань, якості надання медичної допомоги тощо [3].

У офіційних документах Всесвітньої організації охорони здоров'я і Всесвітньої організації сімейних лікарів визначено, що сімейна медицина – це фундамент всієї системи охорони здоров'я як кожної держави окремо, так і для суспільства загалом. Оптимальна побудова та функціонування відповідної моделі сімейної медицини в світі забезпечує всеосяжність та доступність медичного обслуговування та утворюється із базової медичної допомоги, направленої на кожну особу та додаткової допомог, яка надається групам людей із загальними медичними проблемами [4, С.40].

Разом з тим, фахівці та експерти Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) стверджують, що найбільш оптимальної, ефективної та такої системи, котра б мала змогу задовольнити потреби всього суспільства, у жодній країні не побудовано. Однак Стратегія розвитку Всесвітньої організації здоров'я для населення Європейського регіону декларує розвиток концепції сімейної медицини як базису охорони здоров'я. Така концепція є

визнаною всіма міжнародними організаціями [5, С.370].

Вітчизняні науковці Є.Є. Латишев та Я.І. Августиневич стверджують, що світові науковці та експерти домовилися про ідентичність поняття «сімейний лікар» під яким слід розуміти лікаря, який пройшов спеціальну післядипломну багатофункціональну підготовку з надання первинної медичної сімейної допомоги пацієнтам та членам їх сімей незалежно від статі та віку [6, С.158].

Сучасна сімейна медицина – це галузь медицини, яка акумулювала в собі передові напрацювання у сфері біології, поведінкових наук та клінічної науки. Вітчизняний науковець І. Мажак доводить, що вона фактично повертає цілісний підхід до людини та проблем її здоров'я. Саме даний аспект науковці визнають таким, що був втраченим у зв'язку із розвитком спеціальностей в медичній сфері. Сімейна медицина не може обмежуватися лише окремим колом хвороб, набором дій та поведінки. Фактично сімейна медицина направлена на вирішення сукупності проблем пацієнта та його сім'ї. Методологія сімейної медицини базується на визнанні визначальної ролі сім'ї в формуванні здоров'я та хвороби усіх її членів, що в свою чергу зумовлено соціокультурними та біологічними чинниками [5, С.370].

Базовими принципами сімейної медицини є:

- постійність надання медичних послуг відповідним споживачам на безперервній основі;
- достатній рівень медичної допомоги;
- превентивні та профілактичні властивості медичної допомоги;
- всеохопність медичної допомоги, тобто медичні послуги надаються всім громадянам незалежно від статі, захворювання, віросповідання, віку та інших особливостей;
- сімейний лікар володіє базовими знаннями та навичками інших медичних спеціальностей [5, С.370].

Але визнання сімейна медицина як окрема галузь отримала лише на початку XXI-го століття. До 60-х років XX ст. у світі існувала гостра дискусія щодо сутності сімейної медицини та її ролі в системі охорони здоров'я розвинених країн світу. Врешті решт, після проведення наприкінці XX-го століття цілої низки наукових досліджень саме сімейна медицина стала основою системи охорони здоров'я США, Канади, країн Європейського Союзу та Центральної і Східної Європи. В кожній з цих країн існує своя вітчизняна модель сімейної медицини з певними особливостями, але багато в чому вони між собою схожі. Світова медична наука, відповідно до кількісних критеріїв визначає три основні моделі сімейної медицини, а саме:

Модель 1. Медичні послуги для всієї родини (дорослі і діти) надаються одним лікарем;

Модель 2. Медичні послуги надаються двома лікарями (дорослі та діти окремо);

Модель 3. Медичні послуги надаються сімейним лікарем та вузькопрофільними спеціалістами;

Для України сімейна медицина не є новим явищем, але її становлення фактично відбулося після офіційного затвердження спеціальності «сімейна медицина» наприкінці XX-го століття. В подальшому провідними медичними університетами в Україні розпочалась підготовка спеціалістів за даною спеціальністю. Поступово відбулося відкриття перших вітчизняних практик сімейних лікарів. Почали проводитись науково-практичні конференції сімейних лікарів та з'їзди сімейних лікарів. У грудні 1997 року була створена Українська асоціація сімейних лікарів (УАСМ), яка на даний час налічує понад 10 000 членів. Основною метою діяльності УАСМ є покращення стану здоров'я українців шляхом підвищення якості надання медичної допомоги населенню України на засадах сімейної медицини [7].

Фактично сьогодні в Україні сімейний лікар є лікарем першого контакту, до обов'язків якого належить надання первинних медико-санітарних послуг. До недавнього часу сімейних лікарів в медичних закладах України виконували терапевти та педіатри, лікуючи незначні захворювання та травми, здійснюючи легкі операції, проводячи профілактичну діяльність щодо попередження захворювань. Така модель сімейної медицини залишилась нам у спадок з СРСР, коли завдання цих лікарів прирівнялись до функцій диспетчера та координатора з приводу направлення пацієнтів до інших лікарів вузьких спеціальностей. Це призвело до того, що пацієнт перестав звертатись до терапевта чи педіатра, а самостійно йшов на прийом до відповідного спеціаліста. Дана обставина прямо вплинула на стан та якість

надання медичних послуг в первинній ланці медичної допомоги та на сам факт її існування і розвитку в Україні.

Використання такої моделі сімейної медицини призвело фактично до втрати первинної ланки медичної допомоги та якості надання самих медичних послуг. Незадовільний стан охорони здоров'я призвів до зниження середньої тривалості життя в державі до 68 років, що на 10 років менший у порівнянні із тривалістю життя жителів країн ЄС. Також, вражаючими є показники дитячої смертності, котрі в 2,5 рази є вищими у порівнянні навіть з країнами Центральної Європи, а рівень передчасної смертності більший в 3 рази [8, С.3].

В 2010 р. в Україні було проведено соціологічне опитування, за якого третина респондентів визначила стан надання медичних послуг та загальний стан охорони здоров'я в державі як незадовільний; 70 % опитаних вказали на надзвичайну необхідність здійснення реформування в даній сфері; близько 50 % опитаних підтвердили, що лікарі відмовляються надавати безкоштовну допомогу у разі звернення до них; близько 20 % взагалі не могли отримати медичної допомоги у зв'язку із відсутністю фахових терапевтів та лікарів-спеціалістів [9]. Тому, фактично саме суспільство змусило Уряд України розпочати реформування системи охорони здоров'я адже Україна чи не єдина країна постсоціалістичного лагерь, в якій з моменту здобуття незалежності не відбулось реформування медичної сфери.

Так, наприкінці 2017 року в Україні було розпочато медичну реформу після того як Верховна Рада України проголосувала за Закон № 2168 - VIII "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення" і таким чином дала "зелене світло" реформі фінансової системи медицини. Вже з січня 2018 року Міністерство охорони здоров'я розпочало впровадження змін в охороні здоров'я. А саме першого етапу реформи — нового механізму фінансування медичних закладів, що надають первинну медичну допомогу. Адже сімейні лікарі, терапевти і педіатри є медиками, до яких найперше мають звертатися українці [10].

Досить важко, зараз стверджувати чи буде ця реформа ефективною для пересічних українців, та сам факт того що, вперше за 27 років незалежності України, вона розпочалась дає надію що система охорони здоров'я в нашій державі покращиться. Однак ми вважаємо, що якісне втілення в життя реформаційних заходів та проведення реальних змін в сфері охорони здоров'я, можливе лише у разі глибокого вивчення міжнародного досвіду з цього питання. На нашу думку, для України найбільш

цінним є досвід країн Центральної та Східної Європи, які пройшли подібний до України період розвитку: входження до складу ЄС, здобуття незалежності та обранням вектору самостійного розвитку.

Реформування системи сімейної медицини в Україні відбувається значно пізніше, в порівнянні з пострадянськими країнами та країнами Центральної і Східної Європи. Адже більшість країн розпочали реформування даної сфери ще в 90-х рр. минулого століття. При цьому, такі країни поставили конкретні завдання, котрі потребували негайного вирішення: збільшення кількості сімейних лікарів, популяризація спеціальності, ефективна організація їх робочого процесу, збільшення розміру фінансування даної сфери. Разом з реалізацією таких завдань та вивчення досвіду країн, котрі пройшли подібний шлях реформування було визначено, що даний процес є надзвичайно громіздкий, тривалий та не завжди може дати позитивний ефект [11, С.3].

Експертами Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) в 90-х рр. ХХ ст. було проведено дослідження, висновком якого стало окреслення незадовільного стану первинної ланки медичної допомоги та діяльності терапевтів, педіатрів і сімейних лікарів в країнах Центральної і Східної Європи. Враховуючи рекомендації ВООЗ, Урядами цих країн, для подолання проблем в сфері охорони здоров'я були розроблені відповідні заходи, які стосувались трьох основних напрямів, котрі визначені в Таблиці 1.

Таблиця 1. Напрямки реалізації реформаційних заходів в країнах Центральної і Східної Європи.

Напрямки реалізації реформаційних заходів в країнах Центральної і Східної Європи		
підвищення рівня життя населення	покращення екологічних умов та соціально-економічних показників в країні	вдосконалення механізму надання медичних послуг

Джерело: складено автором.

Відповідно до висновків ВООЗ за результатами проведених заходів найбільшого успіху в процесі реформування сфери медичної допомоги досягла Естонія, меншого – Польща, Литва, Угорщина, Чехія, на початковому етапі реформування знаходяться Молдова, невдачі зазнали – Румунія, Болгарія.

В 1993 р. в Естонії сімейну медицину визначили як окрему спеціальність, а вже в 1995 р. відбулося впровадження ординатури із

сімейної медицини. Аналогічна ситуація відбулася і в Польщі. З 1994 р. спеціальність «сімейна медицина» стала однією із найбільш популярних в медичних навчальних закладах. В Литві з 1991 р. відкрилися курси підготовки сімейних лікарів, котрі тривали 33 місяці, а вже з 1993 р. були організовані курси перепідготовки для медиків, тривалістю 52 тижні. У Болгарії для всіх студентів викладався в медичних навчальних закладах курс «Сімейна медицина» тривалістю 1 рік. У 1996 р. в Молдові розпочалася реалізація державної програми щодо підготовки сімейних лікарів та популяризації даної спеціальності. В Державному медичному університеті було відкрито факультет сімейної медицини. За підтримки UNICEF здійснювалася підготовка сімейних лікарів щодо здоров'я матері та дітей [11, С.4].

Однак, всі країни Центральної і Східної Європи зустрілися з проблемою підготовки спеціалістів. Тому рішенням цієї проблеми стала організація відповідних курсів з підготовки сімейних лікарів. В кожній країні проводились абсолютно різні курси, про що говорить їх різна тривалість. Так, наприклад, в Молдові це були 4-тижневі курси, в Болгарії і Польщі – 6-місячні, в Литві – 33-місячні курси. Вважаємо за необхідне звернути увагу, що короткий термін перепідготовки провокував значний обсяг недовіри пацієнтів як до самих лікарів так і до самої реформи. Відсутність достатнього рівня знань таких сімейних лікарів стало передумовою для збільшення роботи лікарів вузьких спеціальностей. Адже, для уникнення відповідальності за визначення невірної діагнозу сімейні лікарі виписували необґрунтовану велику кількість направлень до інших спеціалістів.

Для подолання цієї проблеми в Угорщині, Литві, Словаччині, Латвії максимальну увагу було направлено на проведення курсів із сімейної медицини, котрі були включені до програми підготовки всіх студентів медичних спеціальностей. В Польщі, Чехії, Словенії, пішли навіть далі. Так, в цих країнах у вищих медичних навчальних закладах відбулося відкриття окремих кафедр сімейної медицини, а для працюючих лікарів пропонувалося безліч курсів, за державної підтримки для підвищення кваліфікації та перекваліфікації лікарів.

Найбільшої популяризації отримали дистанцій курси в даній сфері [11, С.4].

Короткострокові курси перепідготовки лікарів стали проблемою і в Україні. Однак, як вказують реалізатори медичної реформи, такі курси є прямою необхідністю, що стають передумовою для розширення спектру медичних послуг, котрі можуть бути наданими колишніми терапевтами та педіатрами. Зауважимо, що на відміну від європейських країн, з початку медичної реформи і до сьогодні в Україні не вирішені проблеми побудови наукового базису проведення медичної реформи та розширення наукових досліджень і розробок; вдосконалення університетських програм підготовки сімейних лікарів; ретельної підготовки курсів підвищення кваліфікації та вдосконалення їх навчального потенціалу; гармонізація сфери медичної освіти із вимогами ЄС. І це є мабуть найбільшими проблемами вітчизняної медичної реформи.

В країнах Центральної і Східної Європи початку реформ передувала величезна підготовча робота. Так, перш ніж проводити кардинальну медичну реформу влада Естонії визначила фактичну потребу у сімейних лікарях для населення країни. Для цього на початку реформи лікарі загальної медицини зобов'язані були зареєструватися як незалежні приватні особи та зареєструвати весь список пацієнтів, котрий перебував у вільному доступі. Всім сімейним лікарям було надано 4 роки для виконання всіх законодавчих приписів щодо особливостей організації їх діяльності [11, С.7].

В Литві реформа відбулась ще спокійніше, держава залишила в своєму підпорядкуванні та управлінні медичні амбулаторії та поліклініки, а близько 80 % всіх лікарів загальної медицини залишились працювати як наймані працівники в державних медичних закладах. Польща пішла іншим шляхом та абсолютно на рівних умовах підтримувала як приватну практику лікарів, так і практику осіб як найманих працівників. В Угорщині працю сімейних лікарів в державних поліклініках та центрах прирівняли до праці на державній службі. У Румунії, Чехії, Болгарії здебільшого переважала приватна практика сімейних лікарів, а у Словенії та Молдові найбільшою

популярністю набула праця при державних поліклініках та центрах, а сімейні лікарі залишилися найманими працівниками.

Сьогодні сімейні лікарі прирівнюються до своєрідних «вартових» лікарів, адже у більшості країн Центральної та Східної Європи перш ніж відвідати спеціаліста, сімейний лікар мав провести огляд та оформити направлення у разі такої необхідності. Винятком стала, наприклад Чехія, де обов'язки сімейних лікарів не нагромаджували подібного роду роботою, а звертатися до спеціалістів можна у будь-який час [11, С.8].

Але ж проведення будь-якої реформи, а особливо пов'язаної з охороною здоров'я процес не дешевий та потребує залучення значних коштів. Досвід країн Центральної та Східної Європи показав, що етап залучення іноземних коштів є одним із найбільш вагомих кроків у реалізації медичної реформи в країні, адже Державний бюджет країни не в змозі самотужки профінансувати додаткові витрати пов'язані з медичною реформою, тому що медицина й так на 90 % фінансується за рахунок держави.

Співпраця з іноземними суб'єктами щодо залучення кредитних коштів має справляти позитивний вплив на економічне та соціальне життя країни, адже надає можливість отримати порівняно дешеві позики в короткий термін та на пільгових умовах. Залучення таких коштів відбувається після підписання міжнародних угод щодо залучення коштів іноземних країн, урядів, міжнародних фінансових організацій тощо (програми ООН, ВООЗ, USAID, ЄС).

Однак з міжнародною фінансовою допомогою в Україні не все гаразд. Так, одним із найбільш масштабних проектів в сфері охорони здоров'я в Україні став проект «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей» який виконується МОЗ України у відповідності до Угоди про позику між Україною та МБРР на загальну суму 214,7 млн. дол. США. Реалізація цього проекту стала однією із найбільш провальних. За перші півтора роки використані кошти виконавцем (МОЗ України) майже дорівнювали сумі бюджетних коштів, виплачених нашою державою МБРР за обслуговування позики, а це 1,2 млн. дол. США. У зв'язку із традиційною для українських виконавців несвоєчасною

вибіркою кредиту, Україною також було сплачено ще й комісійні кошти за резервування в сумі 26 тис. дол. США. Фактично дана сума є втратою бюджетних коштів для України. Однак жодна посадова особа в Україні не понесла відповідальність за свої дії, що спричинила такі втрати [13].

За результатами аудиту цього проекту було встановлено, що техніко-економічне обґрунтування не містило розрахунків та перелік заходів по реалізації проекту. Майже за два перші роки не утворено груп виконавців (консультантів) проекту, відповідальних за реалізацію контрольних заходів осіб. Звітування здійснюється на неналежному рівні та з порушенням вимог Угоди про позики проекту «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей». Однак були укладені договори з індивідуальними виконавцями з оплатою праці за фактично відпрацьований час, а не за отримані результати – 238 тис. дол. США [13]. Інших масштабних проектів по залученню міжнародної фінансової допомоги для реалізації медичної реформи та розділення первинної і вторинної ланки медичної допомоги в Україні не здійснюється.

З 2018 р. в Україні найбільш обговорюваним питанням щодо реалізації медичної реформи та роботи первинної ланки медичної допомоги визнано питання оплати праці сімейних лікарів. Як зазначає в своїх виступах в.о. Міністра охорони здоров'я України Уляна Супрун: «Кошти мають ходити за пацієнтом». В межах запровадженої медичної реформи це передбачає, що оплата праці сімейного лікаря відбувається шляхом міксування базових складових: плата за пацієнта, бонуси за виконання програм, оплата надання відповідних послуг, оплата за надання додаткових послуг. Така система покликана стимулювати лікарів до праці, навчання, підвищення кваліфікації, перекваліфікації тощо. Наприклад, сьогодні сімейний лікар має право брати участь у програмах імунізації дітей, програмах догляду за хворими та хронічно хворими пацієнтами, програмах охорони жіночого здоров'я тощо. Враховуючи той факт, що головним елементом монетизації заробітної плати сімейного лікаря є оплата за пацієнта, виникає проблема у бажанні лікаря покращити своє матеріальне становище

шляхом заключення надмірної (2 тисячі та більше) декларацій на обслуговування пацієнтів, незважаючи на те що надмірна кількість пацієнтів негативно вплине на якість надання ним послуг. Для уникнення такої ситуації, наприклад в Болгарії за кожного нового пацієнта, у випадку перевищення нормативів по кількості осіб, плата зменшується.

Система оплати праці сімейного лікаря за кожного окремого пацієнта є основою медичної реформи в країнах Центральної і Східної Європи. Вона є характерною для Болгарії, Угорщини, Чехії, Естонії, Румунії, Польщі, Молдови, Литви. Однак, наступні складові оплати праці, характерним є вже не для всіх країн. Наприклад, оплата за виконання програм охорони дитячого здоров'я, охорони жіночого здоров'я, моніторинг хронічних захворювань, попередження жіночих та дитячих хвороб характерними є Болгарії (11%) та Румунії (15 %); оплата за виконання профілактичних заходів та надання невідкладної допомоги на дому запроваджена у Чехії (30 %), Румунії (15 %) та Польщі [11, С.12].

Основними бонусами в оплаті праці сімейних лікарів визначені:

- Естонія - оплата за виконання індикаторів за доглядом за хронічно хворими та імунізацію дітей (2-3 %) ;
- Угорщина - оплата за досягнення визначених індикаторів якості ;
- Литва - оплата за низький рівень госпіталізації, досягнення високого показника дитячої імунізації, за високий показник візитів до пацієнта, за ранню діагностику раку та серцево-судинних захворювань (13-14 %) ;
- Румунія - оплата за досягнення вищого за 95 % рівня імунізації ;
- Молдова - доплата за нагляд за дітьми до 5 років, регулярні профілактичні візити до дітей, нагляд за певними хворими (діабет, туберкульоз, раз, гепатит тощо) [14].

В загальну оплату праці сімейних лікарів можуть включати і інші показники їх професійної діяльності, зокрема:

- Угорщина - доплата якщо лікар має відповідну кваліфікацію ; якщо сімейний лікар проводить практику більше ніж 25 років ; лікар проводить прийом незареєстрованих пацієнтів ;

– Естонія - за лабораторні тести, утримання практики та власного кабінету, розміщеного на відстані більш ніж 20-40 км. від державної лікарні, амбулаторії, поліклініки тощо;

– Болгарія - за роботу у віддалених районах і за ускладнених умовах;

– Литва - за роботу у сільській місцевості ;

– Румунія - за професійний рівень [14].

Відповідно до звіту Health and long-term care in Europe Union середній показник задоволеності громадян країн Центральної і Східної Європи у реформування первинної ланки медичної допомоги складає 84 % (Діаграма 1). Однак такий рівень не говорить про абсолютний успіх медичної реформи. Це може лише констатувати той факт, що робота нової системи є дещо кращою у порівнянні із роботою постсоціалістичної системи медичної допомоги та роботи педіатрів і терапевтів у кінці минулого століття. Дослідники також зазначають, що сьогодні пацієнти не до кінця розуміють функції сімейного лікаря. Під час соціологічних опитувань окремі респонденти заявили, що головним обов'язком сімейного лікаря є виписка направлень до спеціалістів, а не безпосереднє надання медичних послуг направлених на лікування та реалізацію превентивних заходів.

Діаграма 1. Інформація щодо ефекту реформування первинної ланки медичної допомоги в країнах Центральної і Східної Європи.

Науковці досліджуючи ефект від медичної реформи та рівень ефективності впровадження інноваційних заходів в країнах Центральної і Східної Європи вказують на надзвичайно низький рівень реалізації окремих елементів. Зокрема, констатується, що популяризація медичної спеціальності – сімейна медицина відбувається на надзвичайно низькому рівні. Співвідношення сімейних лікарів до загальної кількості лікарів збереглась на низькому рівні в таких країнах як Угорщина, Польща, Болгарія. За останні 10 років витрати на первинну медичну допомогу на душу населення збільшилися у порівнянні з витратами на стаціонарне лікування в Естонії (на 7,1 %), в Угорщині (на 2.7 %), що позитивно характеризує реалізацію заходів медичної реформи в даних країнах. Однак для Польщі, Словенії та Чехії характерним є зворотній

результат (збільшилися витрати на стаціонарне лікування, що дає можливість говорити про зниження якості надання послуг на первинній ланці).

Для Болгарії вже протягом довгого часу залишається характерним недовіра пацієнтів до первинної ланки та сімейних лікарів, що пов'язано із коротким терміном навчання за спеціальністю «сімейна медицина» та наявністю безлічі сумнівів у кваліфікації спеціалістів. Це спричинило те, що фактично функції сімейного лікаря були зменшені до оформлення направлень до спеціалізованих лікарів та видачі рецептів на придбання ліків та медикаментів. Болгарія – це країна Центральної Європи, в якій медична реформа вважається невдалою та такою, що в загальному обліку показала найнижчі результати.

Аналогічна ситуація відбувається і в Румунії, де сімейні лікарі залишилися поза увагою адміністративно-правової складової реформи. Функціонування первинної ланки визначається як незадовільним, а виконання обов'язків сімейними лікарями – неналежне. У відповідності до офіційної інформації лише 25 % усіх звернень до лікарів-спеціалістів є обґрунтованими. У всіх інших випадках надання медичних послуг можливе і сімейними лікарями. Однак враховуючи недоліки в організації праці та її оплати, самі сімейні лікарі не зацікавлені в обслуговуванні більшої кількості пацієнтів.

Всі медичні послуги в Польщі більше направлені на лікуванні захворювань, а не на проведення профілактичних та превентивних медичних заходів. Основні проблеми в діяльності сімейних лікарів: недостатня оплата праці, надзвичайна завантаженість працюючих сімейних лікарів як в державних поліклініках, так і власників приватної практики, відсутність достатньої кількості лікарів.

Підсумовуючи результати проведеного нами дослідження, враховуючи досвід Європейського Союзу та країн Центральної та Східної Європи, щодо реформування системи охорони здоров'я ми можемо визначити основні проблеми, з якими зустрілися дані країни в реалізації медичної реформи:

– нестача сімейних лікарів;

- відсутність ефективного навчання за спеціальністю сімейна медицина та досконалої системи підвищення кваліфікації;
- послідовна гармонізація університетської освіти зі спеціальністю «сімейна медицина» у відповідності до вимог законодавства ЄС;
- відсутність дієвої системи моніторингу індикаторів якості первинної медичної допомоги;
- відсутність чіткої координації в роботі з органами державної влади і місцевого самоврядування та ефективної співпраці щодо популяризації первинної ланки медичної допомоги;
- відсутність стабільної політичної підтримки щодо проведення як реформи, як це було найбільше виражено в Литві та Латвії;
- відсутність чіткої методології щодо розробки стратегії реформування галузі охорони здоров'я та прийняття рішень в процесі такого реформування;
- запровадження чіткої системи стримування і противаг, системи стримування і противаг, стимулів та винагород;
- розвиток аналітично-технічної можливості місцевих органів у здійсненні моніторингу результатів роботи первинної ланки медичної допомоги;
- наявність чіткого довгострокового плану реформування та розробленість нормативно-правової бази [15].

Кожен із визначених вище аспектів є надзвичайно важливий для українців, адже вказує на те, з якими проблемами наша держава може зустрітись або вже зустрілася. Початок медичної реформи в Україні відбувся із прийняттям Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві». Прийняття даного закону пов'язане із початком реформування медичної допомоги за принципами сімейної медицини у 3 пілотних областях та м. Києві.

Сьогодні в Україні говорять про фрагментарне та непродумане реформування сфери первинної медичної допомоги, а запровадження змін відбувається без конкретизації цілей, результатів, завдань, визначеного плану дій, критеріїв для контролю і моніторингу. Після проведеного дослідження

щодо стану медичної реформи в Україні Інститут економічних досліджень та політичних консультацій визначив, що для України є характерним:

- реалізація реформи без затвердження нової моделі надання медичних послуг;
- не конкретизовано цілі медичної реформи в Україні та не визначені тактичні шляхи досягнення таких цілей (єдиними документами є програми економічних реформ на 201-2014 рр.);
- не визначені критерії впровадження змін направлених на оптимізацію медичних закладів та виокремлення первинної ланки медичної допомоги;
- створення центрів надання первинної медичної допомоги відбувалася без узгодженого плану оптимізації медичних закладів. У більшості випадків навіть не проходила інвентаризація;
- відсутні критерії реорганізації сільських дільничних лікарень в амбулаторії сімейної медицини
- політична нестабільність, яка пряма впливає на реалізацію заходів медичної реформи, адже процес реформування – довготривалий;
- низький соціально-економічний розвиток в Україні;
- наявність усталених відносин між лікарями і пацієнтами, що створює передумови щодо звернення пацієнтів одразу до спеціалістів, а не до сімейних лікарів [15].

Вважаємо, що успіх реформи первинної ланки медичної допомоги в повній мірі залежить від професійності самих сімейних лікарів. Однак дана обставина є однією із найбільш проблемних в порівнянні із вище перерахованими. Так, близько 60 % всіх лікарів (терапевтів та педіатрів) в Україні є люди передпенсійного та пенсійного віку, що ставить під сумнів доцільність їх перекваліфікації на сімейних лікарів, а також саму якість проходження такої перекваліфікації.

За вітчизняними реаліями отримати спеціалізацію сімейного лікаря має змогу особа після навчання на короткострокових курсах. На нашу думку, курси тривалістю в 4-6 місяці породжують недовіру до таких лікарів. Вважаємо, що обраний курс навчання за

короткостроковою програмою, за прикладом Болгарії, є невдалим способом реалізації медичної реформи. Іншим некоректним аспектом в рамках всього процесу є питання кадрового планування. Наразі Уряд України не приділяє достатньої уваги даному питанню, а саме: не відбувається популяризації спеціальності «сімейна медицина», не відбувається удосконалення університетських програм навчання та якісної підготовки післядипломних, дистанційних курсів та курсів по підвищенню кваліфікації. На законодавчому рівні лише окреслено, що потреба в достатній кількості сімейних лікарів для ефективного функціонування первинної ланки медичної допомоги відбудеться за рахунок перенавчання всіх терапевтів та педіатрів до 2020 р.

Одним із аспектів роботи сімейних лікарів є здійснення профілактичних заходів. Однак після проведеного дослідження експерти Інституту економічних досліджень та політичних консультацій свідчать, що в Україні сімейні лікарі не провадять ніяких профілактичних заходів. Це в першу чергу пов'язане із відсутністю достатнього рівня знань з даного питання [15].

Україна серед етапів реформування сфери охорони здоров'я виділила надзвичайно важливий етап – впровадження пілотних проектів, що не було характерним для більшості країн Центральної та Східної Європи. Саме впровадження таких проектів мало стати передумовою для ефективного та цілеспрямованого реформування на території всієї України, вироблення тактичних і стратегічних планів, чіткого окреслення мети і завдань. Однак 2018 р. показав, що Україна пішла шляхом запровадження змін без планування, обговорення і оприлюднення.

Висновки та результати дослідження. Реформа у сфері надання медичної допомоги для Європейського Союзу та країн Центральної та Східної Європи була необхідною. Адже в 60-90-х рр. ХХ ст. стан здоров'я громадян та умови надання медичних послуг були на незадовільному рівні. Такий стан здоров'я пов'язаний із низьким рівнем життя, соціально-економічного розвитку країн, екологічного стану, незадовільного стану охорони здоров'я та реалізації профілактичних

та превентивних заходів. У більшості країн сфера охорони здоров'я фінансувалася за залишковим принципом, адже не визначалася як важливою. Управління в даній сфері відбувалося неефективно [11, С.15].

Визначення моделі управління центрами первинної медичної допомоги стало однією з головних цілей проведення медичної реформи в пострадянських європейських країнах. Так, у більшості країн Центральної та Східної Європи, окрім Словенії та Литви, ініціатори та реалізатори медичної реформи намагалися змінити форму власності з державної на приватну. Така приватизація центрів первинної медичної допомоги планувалася як механізм стимулювання конкуренції між сімейними лікарями, стимулювання постійного підвищення їх професійних знань та навиків на ринку надання медичних послуг. Але значного ефекту такі реформаторські заходи не принесли. Зауважимо, що в Україні даного напрямку не визначено за мету реалізації медичної реформи, разом з тим, відбувається заохочення сімейних лікарів до приватної практики.

Світовий досвід показав, що шлях реформування системи охорони здоров'я є найбільш вдалим та доцільним, оскільки професійні сімейні лікарі здатні вирішити до 90 % всіх проблем, з якими звертаються пацієнти до медичних закладів. Це позитивно впливає не лише на соціальну складову життя суспільства, а й прямо впливає на економічне становище в країні. До того ж, Ю.В. Вороненком було проведено дослідження, яке показало, що збільшення кількості сімейних лікарів, наприклад 1 медичний працівник на 10 000 населення має змогу зменшити смертність на 9 % від загального показника по відповідному регіону [16, С.27].

Враховуючи, результати проведеного нами дослідження, ми зазначаємо, що в більшості країн Центральної і Східної Європи, за професією «сімейний лікар» працює 30-50 % від загальної кількості медичних працівників. Тому в Україні, в зв'язку з тим, що протягом довгого часу вся медична сфера була направлена на розвиток та удосконалення спеціалізованої допомоги, і це саме знизило роль та якість надання послуг терапевтами, педіатрами, сімейними лікарями, потрібно

терміново змінювати державні стандарти щодо підготовки фахівців за спеціальністю «сімейна медицина» та привести їх у відповідності до європейських.

Європейською асоціацією сімейної медицини European Wonca розроблені компетенції і кваліфікаційні характеристики сімейного лікаря. Дані компетенції та кваліфікації щодо роботи сімейних лікарів є загально прийнятим європейським стандартом. Враховуючи проєвропейський вектор розвитку України, вважаємо за необхідне підкреслити першочерговість відповідності вітчизняних сімейних лікарів нижче зазначеним компетенціям та кваліфікаціям.

Компетенції сімейного лікаря:

- обов'язки щодо управління первинною ланкою медичної допомоги;
- медична допомога зорієнтована на індивіда та його сім'ю, та здійснюється на безперервній основі;
- надання широкого спектру медичних послуг, котрі пов'язані із хронічними та супутніми захворюваннями;
- всебічний підхід направлений на здійснення профілактичних, превентивних заходів, лікування та догляду за пацієнтами;
- орієнтація на суспільство, котра передбачає несення загальної відповідальності за стан здоров'я усього суспільства загалом та кожного громадянина окремо;
- виконання своїх обов'язків на підставі цілісного підходу, котрий передбачає вирішення проблем охорони здоров'я у біомедичних, психологічних, соціальних, культуральних аспектах [17].

Кваліфікаційні характеристики сімейного лікаря:

- первинна ланка медичної допомоги є загальнодоступною для всього населення країни;
- індивідуальному пацієнту має надаватися індивідуальна медична меддопомога, однак з урахуванням загальноприйнятих стандартів та особливостей сімейного та соціального оточення;
- використання ресурсів державної системи охорони здоров'я має відбуватися на рівні їх ефективного, цілеспрямованого та професійного використання;

- сімейний лікар під час надання медичних послуг співпрацює не лише з індивідом, як членом відповідної родини, а з усією родиною, досліджує стан здоров'я всієї сім'ї. Дана обставина створює передумови до виникнення довірчих відносин між родиною та сімейним лікарем;

- сімейний лікар має змогу вирішити проблеми захворювань на доклінічній, шляхом проведення превентивних заходів;

- сімейний лікар несе повну відповідальність за послідовність, наступність та повноту медичної допомоги відповідно до потреб пацієнта;

- сімейний лікар має власний своєрідний тип клінічного мислення та шлях прийняття рішень, який визначається статистичними та епідеміологічними показниками здоров'я і захворюваності;

- має достатню кваліфікацію, знання та навички до вирішення проблем гострих і хронічних захворювань;

- сімейний лікар несе повну відповідальність перед законом та суспільством за якість та ефективність наданої медичної допомоги;

- має відповідні навички щодо навчання пацієнтів здоровому способу життя [17].

На нашу думку, лише науково обґрунтовані заходи, що базуються на позитивному досвіді розвинених країн Європи можуть принести ефект від впровадження реформ, тому результати наших досліджень є одними з перших у своєму роді та важливими для проведення медичної реформи в Україні. Вважаємо, що наукова складова в діяльності сімейних лікарів має розпочинатися на етапі проходження навчання. Здійснення підготовки спеціалістів у сфері сімейної медицини неможливе на короткострокових курсах перепідготовки, котрі є актуальними для України за прикладом окремих країн Центральної та Східної Європи. Основою начального процесу має стати ґрунтовний та спеціалізований підхід до професії, котрий має розпочинатися з популяризації самої спеціальності «сімейна медицина» у вітчизняних закладах вищої освіти.

Аналізуючи реалізацію медичної реформи в Україні, зазначимо, що уряд має виробити чіткий план дій щодо реформування, адже

станом на сьогодні реалізація заходів відбувається хаотично та без чіткості в запланованих діях. Кабінет Міністрів України та Міністерство охорони здоров'я України мають розробити і затвердити на нормативному рівні: модель надання медичної допомоги в Україні, цілі медичної реформи та шляхи досягнення таких цілей, стратегію реформування галузі охорони здоров'я. Фактично реалізація реформаційних заходів в Україні почалася із роботи пілотних проектів, однак до цього часу неможливим залишається проведення моніторингу даної реформи та аналітичної перевірки щодо якості реформаційних заходів. Тому, поряд із затвердження стратегічно важливих законодавчих актів, в Україні має бути побудована дієва система моніторингу індикаторів первинної медичної допомоги та

здійснені заходи, направлені на розвиток аналітично-технічних можливостей органів державної влади і органів місцевого самоврядування.

Досвід зарубіжних країн світу показав, що важливим етапом на шляху здійснення медичної реформи є співпраця країн з міжнародними фінансовими організаціями, залучені кошти яких є важливим фінансовим доповненням загального механізму. Вважаємо, що для України залишається надзвичайно важливим виконання попередньо взятих на себе зобов'язань у сфері охорони здоров'я за міжнародними угодами щодо надання міжнародної фінансової допомоги, що створить передумови для збільшення зацікавленості в Україні та притоку фінансових ресурсів, що фактично являються «кров'ю» медичної реформи в країні.

Статистичні дані щодо ефекту реформування первинної ланки медичної допомоги (відповідно до опитаних респондентів)



Джерело: складено на підставі даних *Health and long-term care in European Union* та інформації К. Руських [8, 11].

Література:

1. Державний комітет статистики України. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2010 році.
2. Шевченко М. В. і інші. Удосконалення економічного механізму управління галуззю та аналіз його впровадження і ефективності // Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2011 рік / за ред. Р. В. Богатирьової. – К., 2012. – 561 с.
3. Живи Активно. <http://zhyvyaktyvno.org/index.php/news/smejna-medicina-u-svt-cifri-fakti-scho-obrati-ukran>
4. Нугманова Дамиля Развитие систе9 мы первичной медико9санитарной помощи в Казахстане: 1996–2007 го9 ды / Ассоциация семейных врачей Казахстана // Кафедра семейной ме9 дицины АГИУВ. – 2007