

Чорноморський національний університет імені Петра Могили

(повне найменування вищого навчального закладу)

Навчально-науковий інститут публічного управління та адміністрування

(повне найменування інституту, назва факультету (відділення))

кафедра публічного управління та адміністрування

(повна назва кафедри (предметної, циклової комісії))

«Допущено до захисту»

Завідувач кафедри публічного  
управління та адміністрування

\_\_\_\_\_ О.Н. Євтушенко

“ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 2024 року

## КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття ступеня вищої освіти

магістр

(ступінь вищої освіти)

на тему:

## ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ ФУНКЦІОНУВАННЯ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ ЗА СУЧАСНИХ УМОВ

Керівник:

к.н.держ.упр., доцент

Шульга Анастасія Алімівна

(вчене звання, науковий ступінь, П.І.Б.)

Рецензент:

д.н.держ.упр., професор

Андріяш Вікторія Іванівна

(посада, вчене звання, науковий ступінь, П.І.Б.)

Виконала:

студентка VI курсу 639МЗ групи

Шевченко Анастасія Вікторівна

(П.І.Б.)

Спеціальності:

281 «Публічне управління та  
адміністрування»

(шифр і назва спеціальності)

ОПП:

«Управління закладами охорони здоров'я»

Миколаїв – 2024 рік

## ЗМІСТ

|   |    |
|---|----|
| ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ .....   | 3  |
| ВСТУП .....   | 4  |
| РОЗДІЛ 1. ІСТОРИКО-ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ФУНКЦІОНУВАННЯ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ .....  | 8  |
| 1.1. Становлення та розвиток державного регулювання функціонування сімейної медицини в Україні .....  | 8  |
| 1.2. Основні поняття дослідження у категоріальному апараті науки публічного управління .....  | 16 |
| 1.3. Принципи та завдання державного регулювання функціонування сімейної медицини .....   | 22 |
| РОЗДІЛ 2. ОКРЕМІ АСПЕКТИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ФУНКЦІОНУВАННЯ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ .....  | 28 |
| 2.1. Нормативне забезпечення функціонування сімейної медицини .....   | 28 |
| 2.2. Форми державного регулювання функціонування сімейної медицини .....  | 39 |
| 2.3. Територіальна та фінансова доступність сімейної медицини як державні гарантії забезпечення права на медичну допомогу .....             | 45 |
| РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ФУНКЦІОНУВАННЯ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В УМОВАХ ВІЙСЬКОВО-РЕФОРМАТОРСЬКИХ ЗМІН .....               | 57 |
| 3.1. Аналіз рівня організації та подальшого розвитку сімейної медицини в Україні на сучасному етапі .....                                   | 57 |
| 3.2. SWOT-модель функціонування сімейної медицини та способи покращення державного регулювання цим інститутом в умовах воєнного стану ..... | 64 |
| ВИСНОВКИ .....  | 70 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....  | 73 |
| ДОДАТКИ .....   | 82 |

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ДРФСМ – Державне регулювання функціонування сімейної медицини

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я України

НСЗУ – Національна служба здоров'я України

ПМСД – первинна медико-санітарна допомога

ПМГ – програма державних гарантій медичного обслуговування населення

СМ – сімейна медицина

## ВСТУП

*Актуальність теми дослідження.* СМ є важливою ланкою у національній системі охорони здоров'я, належна якість і функціонування якої забезпечує збереження здоров'я населення країни. Зважаючи на це і розуміючи надважливість первинної ланки медичної допомоги уряди багатьох країн світу працюють над тим, що сформувати потужну модель власної медичної системи та у подальшому здійснювати «грамотне» управління нею, враховуючи та аналізуючи її сильні та слабкі сторони, а також потенційні ризики і можливості.

Україна у цьому сенсі не є винятком. Поставши перед таким викликами як пандемія COVID-19 та повномасштабне вторгнення з боку росії керівництво нашої держави, незважаючи на всі труднощі пов'язані із цим (відтік кваліфікованих медичних і управлінських кадрів, пошкодження або знищення медичної інфраструктури, відсутність належного доступу до медичної допомоги у районах ведення активних бойових дій чи наближених до них територій, погіршення екологічного стану навколишнього природного середовища, відсутність можливості отримати/придбати необхідні для життя і здоров'я ліки тощо), продовжує розбудовувати та вдосконалювати вітчизняну сферу охорони здоров'я, приділяючи особливу увагу саме СМ. СМ – це не просто первинна ланка у вітчизняній системі охорони здоров'я. Це потужний інструмент збереження здоров'я населення країни, що включає у себе не тільки діагностику, лікування й профілактику, а й популяризацію здорового способу життя. Більш того, від злагодженої співпраці сімейних лікарів, пацієнтів, фармакоманії та влади залежить стан здоров'я громадян, належний рівень медичного обслуговування та ефективне функціонування закладів охорони здоров'я. Саме тому так важливо сформувати ефективний та ресурсно спроможний інститут СМ в Україні.

Враховуючи зазначене, питання ДРФСМ в Україні за сучасних умов є

вкрай важливим та актуальним, яке потребує розроблення науково обґрунтованих положень і практичних рекомендацій.

*Стан наукової розробки теми.* Історико-теоретичні засади ДРФСМ відображено у працях: В.Б. Авер'янова, В.М. Битяка, З.С. Гладуна, О.М. Голяченка, Д.О. Гомона, Р.Ю. Грицка, О.В. Короткого, І.В. Мажака, В.Д. Парія, Л.М. Руснака, В.І. Ткаченка та інших науковців. Дослідженням окремих аспектів ДРФСМ в Україні займаються: Л.С. Бабінець, С.Г. Бойко, Л.В. Бондарева, В.І. Борщ, Д.І. Горбатова, Д.В. Карамішев, І.В. Патерило, Н.А. Фойгт, В.В. Шевчук та інші вчені.

*Метою роботи* є дослідження ДРФСМ в Україні за сучасних умов.

Зазначена вище мета досягається постановкою таких завдань:

- окреслити історико-теоретичні засади ДРФСМ;
- узагальнити нормативне забезпечення функціонування СМ;
- охарактеризувати форми ДРФСМ;
- описати територіальну та фінансову доступність СМ як державних гарантій забезпечення права на медичну допомогу;
- зробити аналіз рівня організації та подальшого розвитку СМ в Україні на сучасному етапі;
- розробити SWOT-модель функціонування СМ та запропонувати способи покращення ДРФСМ в умовах воєнного стану.

*Об'єктом роботи* є публічне управління сферою охорони здоров'я.

*Предметом роботи* є ДРФСМ.

*Методи дослідження.* Методологічну основу роботи складають загальнонаукові та спеціальні методи дослідження. Безпосередньо історичний та формально-логічний методи використано для окреслення історико-теоретичних засад ДРФСМ. За допомогою системного і правового методів узагальнено нормативне забезпечення функціонування СМ. На основі структурно-функціонального методу охарактеризовано форми ДРФСМ. Застосування причинно-наслідкового аналізу, методів абсолютних і порівняльних переваг дало можливість описати територіальну та фінансову

доступність СМ як державних гарантій забезпечення права на медичну допомогу. За допомогою анкетування, ранжування та шкалювання зроблено аналіз рівня організації та подальшого розвитку СМ в Україні на сучасному етапі. Використання системно-аналітичного методу та методу прогнозування дало змогу розробити SWOT-модель функціонування СМ та запропонувати способи покращення ДРФСМ в умовах воєнного стану. На основі методів узагальнення і групування зроблено відповідні висновки дослідження.

*Наукова новизна дослідження.* Дана робота є самостійною науковою працею у галузі публічного управління, в якій автором отримано науково-обґрунтовані результати, що розкривають особливості ДРФСМ в Україні за сучасних умов. Основні положення кваліфікаційної роботи, що визначають її наукову новизну, полягають: у здійсненні аналізу рівня організації та подальшого розвитку СМ в Україні на сучасному етапі; у розробці SWOT-моделі функціонування СМ; у формулюванні способів покращення ДРФСМ в умовах воєнного стану.

*Практичне значення одержаних результатів* полягає у тому, що на основі аналізу нормативно-правової бази і науково-практичних праць з публічного управління і медичної справи, у кваліфікаційній роботі досліджено ДРФСМ в Україні за сучасних умов. Результати проведеного дослідження можуть бути використані у практичній діяльності медико-управлінських кадрів та представників публічно-владного сектору, а також у науково-дослідній діяльності для удосконалення ДРФСМ в умовах військово-реформаторських змін; у навчальному процесі для підготовки управлінських кадрів.

*Апробація результатів дослідження.* Основні положення та висновки дослідження апробовано у формі однієї доповіді на XXVII Всеукраїнській щорічній науково-методичній конференції «Могилянські читання – 2024: досвід та тенденції розвитку суспільства в Україні: глобальний, національний та регіональний аспекти» (м. Миколаїв, 6-10 листопада 2024 р.).

*Публікації.* Окремі положення кваліфікаційної роботи знайшли своє

відображення в одній науковій статті на тему: «SWOT-Аналіз рівня організації та подальшого розвитку сімейної медицини в Україні на сучасному етапі» (Політичні науки та публічне управління, 2024, № 4(76) (прийнято до друку).

*Структура роботи.* Робота складається зі вступу, трьох розділів, які об'єднують вісім підрозділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг роботи складає 90 сторінок, основного тексту – 72 сторінки. Список використаних джерел налічує 77 найменувань. Робота містить 19 рисунків та 6 додатків.

## РОЗДІЛ 1

### ІСТОРИКО-ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ФУНКЦІОНУВАННЯ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

#### 1.1. Становлення та розвиток державного регулювання функціонування сімейної медицини в Україні

СМ – це не новація у сфері охорони здоров'я. ДРФСМ в Україні має глибоке історичне коріння і бере початок ще з часів Київської Русі, яке умовно можна поділити на п'ять періодів, що представлені на Рис. 1.1.



**Рис. 1.1. Еволюція ДРФСМ в Україні**



Розглянемо ці періоди більш детально.

За часів Київської Русі, що є початком першого періоду ДРФСМ на теренах сучасної України, як такого поняття «сімейна медицина» не було, проте вже тоді питанню надання медичної допомоги відводилась значна увага з боку держави. Так, основними документами, що регулювали питання медичної діяльності були «Церковний статут» (1015 р.) Володимира Святославовича та Руська Правда. Першим документом регламентувалася державно-церковна діяльність, лікарні були оголошені церковними установами, а лікарів визнавали людьми церковними, котрі безпосередньо підпорядковувалися єпископу. Окремими статтями Руської Правди, яка була першим і, у правовому сенсі, значимим збірником законодавчих актів всієї Київської Русі, визначалося становище лікарів у суспільстві та рівень оплати їх праці, а церквам наказувалося будувати лікарні та безкоштовно надавати медичну допомогу хворим і немічним [18, с. 58].

У той час існувало три форми надання медичної допомоги: народна, монастирська і світська (міська). Окремо про такий вид як СМ мова взагалі не йшла. Народна медицина була заснована на традиціях язичества і діяла в умовах віри людей у надприродні сили, регулювалася силою звичаїв і морально-етичних норм. Натомість монастирська медицина регулювалася виключно нормами Церковного Статуту, була безоплатною і надавалася в лікарнях, що функціонували при монастирях. У свою чергу, світська медицина регулювалася нормами Руської Правди [20, с. 111].

Другий період характеризується вирішенням таких пріоритетних питань як: підготовка медичних кадрів; прийняття правових актів, що регулюють питання надання медичної допомоги; побудова шпиталів (лікарень), створення медичних шкіл і відкриття аптек; реорганізація органів державного управління медичними справами.

Важливими нормативним актами цього періоду були Статут Військовий (1716 р.) і Статут Морський (1720 р.), які загально врегулювали питання надання медичних послуг населенню. Перший Статут окреслював питання

організації медичної справи, безпосередньо функціонування шпиталів і професійну діяльність лікарів та аптекарів. На відміну від Руської Правди, що передбачала платне надання медичної допомоги, Статут Військовий законодавчо закріплював безоплатну систему медичного обслуговування для військових, за винятком венеричних захворювань та побутових травм, котрі отримувались ними у позаслужбовий час. У свою чергу, Морський Статут регулював виключно питання організації медичної діяльності [33, с. 37].

У 1775 р. на території сучасної України, яка на той час входила до складу Російської імперії, утворено орган регулювання медичною справою у містах – Приказ громадського опікування, основою метою якого було створення нової системи допомоги нужденним категоріям населення. Така допомога надавалась у закладах суспільної медичної допомоги – це народні школи, сиротинці, лікарні, аптеки, будинки для невиліковно і психічно хворих людей. Медична допомога соціально незахищеним верствам населення у шпиталях «приказної медицини» надавалась на безоплатній основі, а заможні люди вносили за отримані медичні послуги певну плату [33, с. 37].

Третій період ДРФСМ на теренах сучасної України ознаменувався тим, що було впроваджено елементи медичної поліції. У повітових містах встановлено посаду повітового лікаря, на якого покладалися обов'язки щодо організації боротьби з епідеміями й епізоотіями, надання екстреної медичної допомоги та заготівлі лікарських трав. Такий лікар надав медичні послуги членам однієї родини та знав історії хвороб кожного з них. Варто зауважити, що це стосувалось переважно заможної верстви тогочасного суспільства. Іншими словами, на той час, СМ була більше привілеєм чи правом кожного на медичну допомогу. Існування такого розподілу надання медичної допомоги заклало основу для сучасного інституту СМ, коли підхід до лікування ґрунтувався на комплексному анамнезі та лікуванні/медичному спостереженні всіх членів однієї сім'ї.

У 1861 р. після скасування кріпацтва і створення місцевих органів самоврядування, було створено земську медицину. Основне завдання такої

медицини полягало у забезпеченні рівного доступу всього населення держави, у першу чергу сільського, до медичної допомоги. При цьому важливими елементами земської медицини були:

- доступність медичної допомоги – медичне обслуговування здійснювалось для сільського населення;
- плановість медичної допомоги – заходи медичного забезпечення населення проводились відповідно до певного графіку/плану;
- універсальність медичної допомоги – медичне обслуговування здійснювалось одним земським лікарем (іншими словами один лікар лікував всіх членів родини як старших, так і молодших);
- комплексність медичної допомоги – у діяльності щодо організації охорони здоров'я населення поєднувались лікувальні та профілактичні міри/заходи;
- безоплатність надання медичної допомоги – всі хто потребував медичної допомоги отримували її безкоштовно на загальних підставах незалежно від майнового стану [33, с. 37].

У період з 1917 р. до 1919 р. на території України спостерігалася складна військово-політична ситуація. За цей короткий період наша держава пережила декілька етапів становлення та утвердження своєї державності, кожний із яких характеризувався своїми особливостями щодо державного регулювання функціонування СМ. Так, було створено Крайову лікарсько-санітарну раду Української Центральної Ради, яку майже через рік змінив Департамент охорони здоров'я вже Української Народної Республіки. Цей Департамент фактично так і не розпочав своєї роботи і вже у січні 1919 р. створено новий орган влади – Народний комісаріат охорони здоров'я, який відповідав за організацію медичного обслуговування населення як вдома, так у спеціальних закладах [20, с. 112].

Четвертий період ДРФСМ в радянській Україні характеризувався прийняттям численних нормативних актів для належного правового забезпечення охорони здоров'я. Найбільш цікавим серед таких актів можна

назвати Декрет (Положення) «Про професійну роботу і права медичних працівників». Цей акт, котрий майже протягом півстоліття був для лікарів основним юридичним документом, регулював питання надання медичної допомоги і визначав правовий статус медичних працівників [33, с. 38].

В Україні аж до початку 1970-х рр. не було єдиного уніфікованого законодавчого акту про охорону здоров'я. Лише після прийняття у грудні 1969 р. союзних Основ законодавства про охорону здоров'я, 15 липня 1971 р. було ухвалено Закон УРСР «Про охорону здоров'я». Проте, як справедливо зазначає З.С. Гладун, цей закон суттєво не змінив стан ДРФСМ, тому що його норми містили декларативний характер і практично не застосовувалися [17 с. 29].

У 1989–1990 рр., на основі певних нормативних актів вищих органів влади колишньої УРСР запустили широкомасштабний експеримент у Львові, суть якого полягала у розробленні моделі поступового переходу терапевтів і педіатрів від дільничного до сімейного принципу медичного обслуговування населення. Саме тоді вперше було започатковане державне управління процесом надання населенню ПМСД на засадах загальної практики-сімейної медицини на території України [23, с. 440].

П'ятий період ДРФСМ розпочався із проголошенням незалежності України. Зумовлені цією та іншими політичними подіями демократичні суспільні перетворення спричинили необхідність формування кардинально нової системи охорони здоров'я, яка ґрунтується на традиціях нашого народу та у повній мірі відповідає європейським стандартам.

Основним документом, що заклав підвали СМ вже у незалежній Україні є Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», прийнятий у листопаді 1992 р. Упродовж подальших років спільною працею Верховної Ради України, МОЗ та інших органів виконавчої влади було розроблено велику нормативно-правову базу, яка регулює питання функціонування СМ та контролю за якістю її провадження.

Першими населеними пунктами, в яких почалась надаватись медична допомога на основі СМ стали окремі міста Миколаївської, Запорізької та

Хмельницької областей.

Із поширення СМ гостро виникла потреба у відповідних кваліфікованих кадрів. У результаті за підтримки МОЗ у профільних вищих навчальних заклад створювались кафедри СМ, відкрито нову лікарську спеціальність – «загальна практика-сімейна медицина», засновано Українську асоціацію СМ, яка у 1999 р. стала членом Всесвітньої асоціації сімейних лікарів WONCA та територіально увійшла до Європейського регіону. Також у 1999 р. створено перший фаховий науково-практичний журнал «Сімейна медицина», відкрито нову наукову спеціальність «Загальна практика-сімейна медицина» [35, с. 48].

Новим поштовхом у розвитку СМ стало прийняття урядом у червні 2000 р. Постанови № 989 «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я» та через півроку Указу Президента України № 1313/2000 «Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України», якими передбачалось: наукове обґрунтування принципів, розробка структури організації й управління медичною допомогою, апробування і впровадження моделі надання медичної допомоги на засадах СМ у міських та сільських населених пунктах; доопрацювання і затвердження в установленому порядку пакету нормативних документів, що регламентують діяльність працівників, закладів (підрозділів) загальної практики-сімейної медицини; затвердження професійно-кваліфікаційних характеристик, якими має бути наділений сімейний лікар; розподіл коштів за рівнями надання медичної допомоги з урахуванням потреб ПМСД на засадах СМ; розробку форми матеріального заохочення сімейних лікарів та затвердження їх з урахуванням обсягу і якості роботи медиків; сприяння розвитку приватної лікарської практики [51], [52].

У 2005 р відкрито перший в Україні факультет «Загальна практика-сімейна медицина» в Національній медичній академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. А вже через чотири роки він був реорганізований у цілий Інститут СМ при вказаній академії [68, с. 12].

Шостий період ДРФСМ в Україні розпочався у 2011 р. із впровадження

реформування системи охорони здоров'я на засадах СМ у таких областях як: Вінницька, Дніпропетровська, Донецька та окремо у м. Києві. Це був перший другий суттєвий крок у реформуванні вітчизняної системи охорони здоров'я з орієнтацією на європейський досвід. Такі зміни впроваджувались відповідно до Програми економічних реформ на 2010–2014 рр. «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» та Закону України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» [38], [54].

В 2014–2015 рр. уряд разом із профільними міністерствами розпочали трансформаційні перетворення у вітчизняній сфері охорони здоров'я на основі принципу децентралізації, які спрямовані, насамперед, на забезпечення конституційного права громадян щодо отримання безоплатної медичної допомоги в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та державного захисту цього права. До речі, процес реформування вітчизняної системи охорони здоров'я досі не завершено, хоча багато чого вже зроблено.

Ключовою ідеєю зміни існуючої системи охорони здоров'я є побудова сучасної, ефективної, економічно доступної та окупної, соціально орієнтованої системи медичного обслуговування населення, надання якісних медичних та публічних послуг у сфері охорони здоров'я. Відповідно у результаті реформування система надання медичної допомоги в Україні трансформувалась у трьохрівневу систему (див. Рис. 1.2).



**Рис. 1.2. Система надання медичної допомоги в Україні**

Отже, узагальнюючи викладене можна сказати, що становлення та розвиток ДРФСМ в Україні започатковано ще за часів Київської Русі, яке умовно можна поділити на шість етапів. Ці етапи характеризуються постійним розвитком і посиленням різних форм надання медичної допомоги населенню на засадах СМ. На сьогодні ДРФСМ перебуває у так би мовити «перехідній» активній фазі, оскільки є багато чинників, зокрема повномасштабна війна з росією, які стоять на заваді остаточному завершенню трансформаційних змін та формуванню потужної СМ європейського зразка.

## 1.2. Основні поняття дослідження у категоріальному апараті науки публічного управління

ДРФСМ є складним процесом, оскільки пов'язано не лише з тим, що його здійснюють чимала кількість органів влади на різних рівнях, а й надважливістю сфери охорони здоров'я. Вважаємо, що перш ніж вести мову про таке регулювання та аналізувати його ефективність за сучасних умов, варто з'ясувати, що собою являє такі поняття як: здоров'я, охорона здоров'я, СМ, державне регулювання.

Категорія «здоров'я» є складним для однозначного його трактування. Представники різних суспільних наук вкладають різноманітні ознаки у процесі визначення даного поняття. На сьогодні нараховується більше ніж чотирьохсот визначень терміна «здоров'я».

Здоров'я є природним, невідчужуваним (ніхто не може забрати/продати/обміняти) благом, без якого людини не може фізично і психологічно відчувати себе належним чином. Адже хвора людина так чи інакше обмежена у своїй повсякденній соціально-фізіологічній активності, у спілкуванні з іншими здоровими людьми, у побуті, у виборі місця проживання, в отриманні освіти чи провадженні трудової діяльності. Водночас, здоров'я є однією із найважливіших потреб і прагнень кожної людини, однією із цілей сталого розвитку, прогрес якого нерозривно пов'язаний із цим благом [72, с. 79]. Іншими словами, здоров'я є важливим соціально-економічним й фізіологічно-психологічним факторами, від рівня якого суттєво залежать фізичний, духовний і моральний потенціал всього суспільства, а також природньо-економічні ресурси країни.

Переважає більшість українських науковців наголошують на тому, що здоров'я – це «максимально досяжний та оптимальний фізичний і психічний стан людського організму, який є необхідним для забезпечення біологічного існування, здатності до тривалого активного життя й відтворення здорового



покоління» [72, с. 90]. У свою чергу, іноземні дослідники визначають здоров'я «як функціонування психіки і тіла людини – не тільки відсутність хвороб (болю та безсилля), а й наявність у неї достатньої кількості енергії, ентузіазму і настрою для виконання чи завершення справи» [13, с. 91].

Здоров'я відображає якість і ступінь пристосування людського організму до різноманітних як сприятливих, так і несприятливих умов зовнішнього середовища, становить процес взаємодії людського організму з оточуючим її середовищем. Сам стан здоров'я людини формується у результаті взаємодії зовнішніх (природних, соціальних, культурних) та внутрішніх (спадковість, стать, вік, фізіологічні особливості організму) факторів.

У вітчизняній законодавчій базі, на наш погляд, закріплено вичерпне визначення досліджуваного поняття. Це «стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб і фізичних вад» [34].

Отже, зважаючи на викладене можемо підсумувати, що здоров'ям є стан оптимального функціонування людського організму і його здатність взаємодіяти з навколишнім середовищем, а також доброго самопочуття людини та нормальної її життєдіяльності.

Здоров'я, як вже зазначалось вище, є невід'ємним правом будь-якої людини, важливість забезпечення й охорона якого лиш із кожним роком підтверджується урядами багатьох країн світу.

Після Другої світової війни у статуті Всесвітньої організації охорони здоров'я було задекларовано право на охорону здоров'я. Це стало суттєвим поштовхом для численних міжнародних і регіональних організацій, а також більшості держав світу у своїх основних правовстановлюючих документах закріпити право на охорону здоров'я. Як наслідок, забезпечення цього права стало пріоритетом у сфері світового розвитку, що знайшло своє відображення у Цілях розвитку тисячоліття ООН, розроблених у 2000 р.

Відповідно до ст. 3 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 р. № 2801-ХІІ, охороною здоров'я є

«система заходів, спрямованих на збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя. Такі заходи здійснюють органи державної влади та органи місцевого самоврядування, їх посадові особи, заклади охорони здоров'я; фізичні особи-підприємці, які зареєстровані у встановленому законом порядку та одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики; медичні та фармацевтичні працівники, фахівці з реабілітації, громадські об'єднання і громадяни» [34].

Із наукової точки зору, більшість вітчизняних дослідників, зокрема Д.В. Карамішев, орієнтуючись на законодавчі положення та світову управлінсько-медичну практику визначають охорону здоров'я як «систему заходів політичного, економічного, правового, соціального, культурного, наукового, медичного, санітарно-гігієнічного та протиепідемічного характеру, спрямованих на збереження та зміцнення здоров'я кожного громадянина, надання йому адекватної медичної допомоги у разі погіршення або втрати здоров'я» [29, с. 236]. У свою чергу, на думку фахівця з правознавства С.Б. Булеца, охороною здоров'я є попередження, виявлення, припинення та профілактика захворювань, що полягає у здійсненні ранньої діагностики стану здоров'я, лікування, попередження подальшого погіршення самопочуття людини шляхом проведення профілактичних оглядів і медичної реабілітації, надання професійного догляду/піклування, забезпечення хворого всіма необхідними медичними засобами і препаратами [8, с. 39]. Натомість, Л.М. Руснак тлумачить дане поняття як «систему способів, засобів і методів, здійснюваних органами державної влади, органами місцевого самоврядування, а також кожною фізичною особою окремо, реалізація яких покликана зміцнювати, розвивати та відновлювати рівень фізичного й психічного стану організму людини» [65, с. 111].

Отже, охорона здоров'я – це цілісна система суспільно-державних заходів, спрямованих на захист здоров'я людини, попередження, лікування і

профілактика різноманітних захворювань, а також комплексне забезпечення довголіття населення.

СМ – це сучасна сфера охорони здоров'я, оскільки завдяки акумулюванню науково-практичних напрацювань у різних сферах (медицини, біології, психології, соціології тощо), направлена на лікування пацієнтів незалежно від їх віку і статі у контексті хвороб, що загрожують їх здоров'ю та життю. Така медицина, на думку І.В. Мажака, «повертає цілісний підхід до людини та проблем її здоров'я – підхід, який був втрачений із розвитком численних спеціальностей в історії медицини» [32, с. 370].

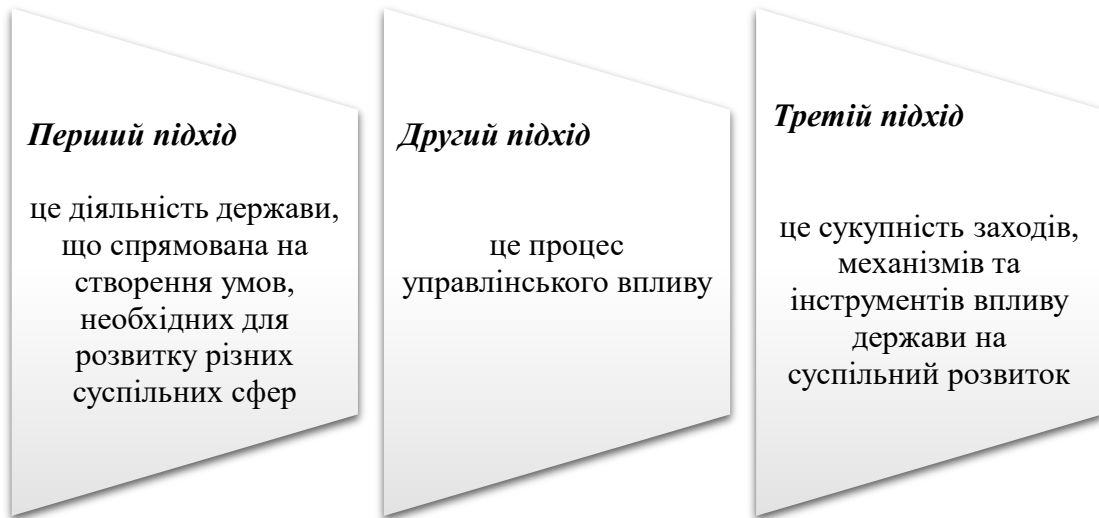
Певна унікальність СМ у визнанні визначальної ролі і впливу сім'ї на формування відповідного стану здоров'я та виникнення і розвиток різноманітних хвороб усіх її членів, що зумовлено як біологічними, так і соціокультурними, морально-етичними та економічними чинниками.

Якщо виходити з позиції різноманітності форм нездоров'я людини, то як стверджує Л.С. Бабінець, «сімейна медицина є чи не єдиною клінічною спеціальністю, котра розглядає людину як одне ціле» [4]. Саме комплексний підхід сімейного лікаря до пацієнта часто є підставою для медичного висновку, що суттєво відрізняються від отриманих результатів/висновків за умови проведення однобічного вузькоспеціалізованого медичного огляду/дослідження.

Отже, СМ – це форма медичного обслуговування, яка включає в себе комплекс дослідних, лікувальних, профілактичних та реабілітаційних заходів з боку сімейного лікаря, що спрямовані на відновлення, підтримання та зміцнення здоров'я усіх членів однієї родини незалежно від їх статі, віку та стану здоров'я. Зважаючи на це в сімейний лікар повинен бути вивокваліфікованим спеціалістом, який у повній мірі обізнаний про стан здоров'я членів всієї родини, забезпечує індивідуальний підхід до кожного з них та здатний приймати правильні медичні рішення.

Як охорона здоров'я, так і провадження СМ потребує відповідного державного регулювання, для забезпечення надання якісної і доступної медичної допомоги населенню та збереження їх здоров'я.

На сьогодні існує три підходи тлумачення поняття «державне регулювання», що представлені на Рис. 1.3.



**Рис. 1.3. Наукові підходи тлумачення поняття «державне регулювання»**

Безпосередньо у довідковій літературі науки публічного управління державне регулювання загально визначається як сукупність форм, методів й інструментів цілеспрямованого впливу публічно-владних установ й організацій на розвиток різних суспільних сфер з метою стабілізації та пристосування до умов, що змінюються як в середині країни, так і за її межами. Для порівняння – у довідковій літературі інших суспільних наук міститься дещо схожі визначення досліджуваного поняття (див. Рис. 1.4).

| <b>З позиції економічної науки</b>   | <b>З позиції правової науки</b>   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>•це система заходів задля здійснення підтримуючої, компенсаційної та регулюючої діяльності держави, спрямованої на створення відповідних умов ефективного функціонування ринку та вирішення складних соціально-економічних проблем розвитку національної економіки та всього суспільства</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>•це система державних заходів (організаційно-правових, економічних тощо) у сфері соціальних, економічних, політичних, культурних та інших суспільних процесів з метою їх узгодження, упорядкування, формування загальних правил та норм соціальної поведінки та запобігання будь-яким несприятливим наслідкам у суспільстві</li> </ul> |

**Рис. 1.4. Тлумачення поняття «державне регулювання» з позиції інших суспільних наук [27, с. 183], [76, с. 145]**

Більшість сучасних фахівців у сфері публічного управління схилиються до думки, що державне регулювання передбачає прямий владно-управлінський вплив на об'єкти управління та середовище, в якому владний суб'єкт здійснює свою діяльність, за допомогою різних адміністративно-правових та організаційно-економічних повноважень і методів, що характеризуються директивними вказівками й інструкціями стосовно їх виконання [15, с. 114]. Дещо інакше трактує це поняття Л.А. Швайка, стверджуючи, що це «організуючий і регулюючий процес впливу держави на діяльність суб'єктів певної сфери з метою її впорядкування та підвищення результативності господарювання» [73, с. 24]. Вважаємо, що наведенні тлумачення у повній мірі розкривають мету, завдання та призначення державного регулювання, акцентуючи увагу на його комплексності.

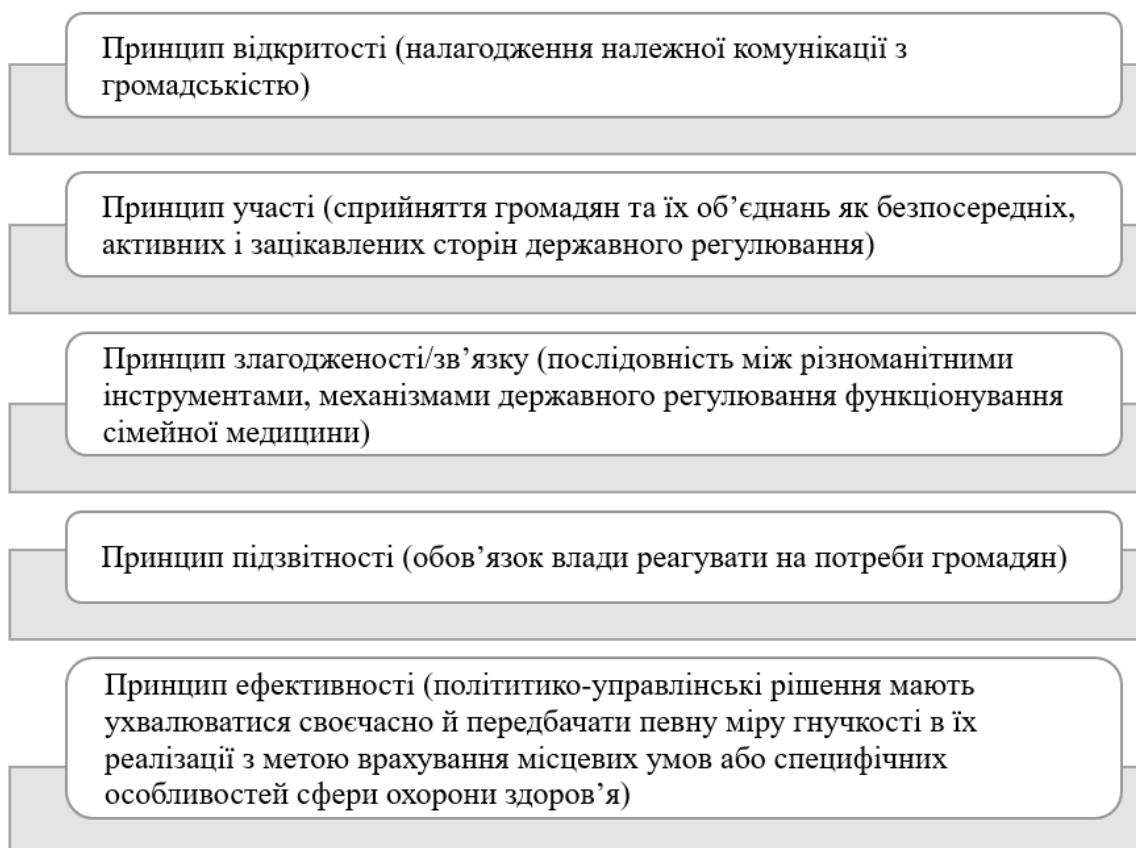
У медичній сфері державне регулювання представляє собою певну комплексну, ієрархічну та управлінську систему, що складається із національного (держава), регіонального (області, райони) та локального рівнів (окремі населені пункти, а також заклади охорони здоров'я різних форм власності). Відповідно державне регулювання, як стверджує З.С. Гладун, «передбачає формування загальних норм та правил здійснення медичної діяльності, визначення відповідальності за дотримання цих правил, впливу уряду та його органів на діяльність закладів охорони здоров'я» [16, с. 87]. При цьому, на думку В.В. Шевчук, «у напрямках державного регулювання охорони здоров'я знаходять відображення способи і форми реалізації соціальних обов'язків у сфері охорони здоров'я населення, стратегія та пріоритети зміцнення здоров'я та профілактики захворювань» [74, с. 17].

На кінець хотілося б зазначити, що державне регулювання будь-якої суспільної сфери має ґрунтуватись на загальнодержавній політиці та відповідати стратегічним напрямкам розвитку країни розвитку, державним програмам і стандартам. Уряд має використовувати не лише юридичні, але й економічні, організаційні, фінансові, кадрові, історико-культурні й інші інструменти впливу для забезпечення результативності такого регулювання [7, с. 56].

Отже, зважаючи на викладене, можна узагальнити, що державне регулювання – це цілеспрямований, системний вплив держави на розвиток різних суспільних сфер в країні, який включає застосування законів, формальних і неформальних розпоряджень, допоміжних правил тощо. Відповідно ДРФСМ є цілеспрямований, системний вплив публічно-владних інституцій, що реалізується шляхом комплексного впровадження різних заходів, інструментів, методів і технологій, дія яких спрямована на розвиток СМ, попередження й усунення недоліків у її функціонуванні для забезпечення населення якісною, ефективною та доступною медичною допомогою.

### **1.3. Принципи та завдання державного регулювання функціонування сімейної медицини**

ДРФСМ як один із важливих напрямів діяльності нашої держави здійснюється на основі загальних і спеціальних принципів. До першої групи принципів відносяться: законність, об'єктивність, рівність, демократизм, публічність, правова упорядкованість, єдиноначальність і колегіальність, соціально-економічна доцільність, універсальність тощо. Більш того, зважаючи на те, що у 2014 р. Україна підписала Угоду про асоціацію з Європейським Союзом, то державне управління системою охорони здоров'я має додатково ґрунтуватися на принципах, що представлені на Рис. 1.5 [69].



**Рис. 1.5. Загальні принципи ДРФСМ закладені в Угоді про асоціацію з Європейським Союзом [69]**

У свою чергу, до спеціальних принципів ДРФСМ відносяться ті провідні засади, які притаманні саме цьому виду владно-управлінської діяльності (див. Рис. 1.6).

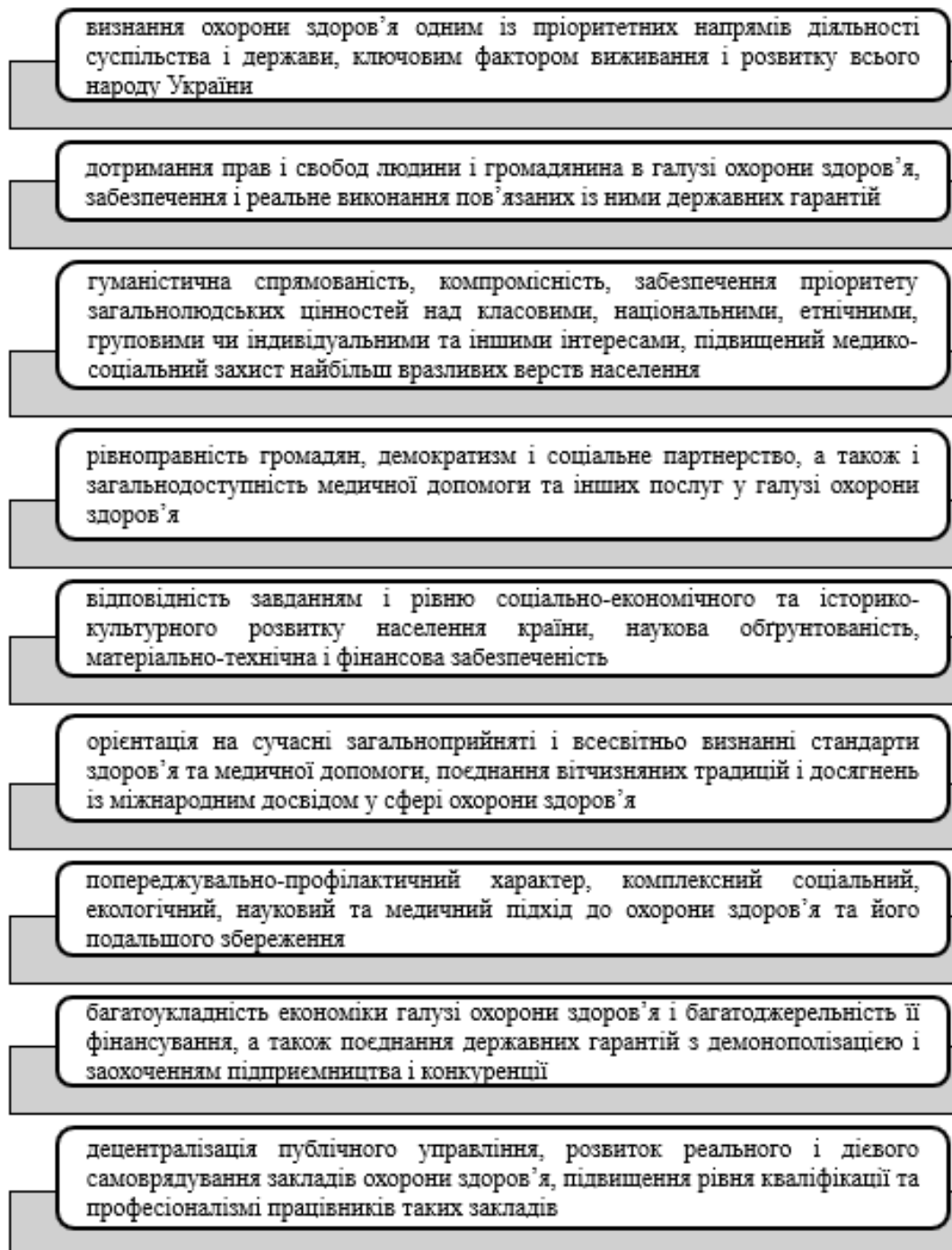


Рис. 1.6. Спеціальні принципи ДРФСМ

Здійснення державного регулювання у тій чи іншій сфері передбачає постановку певних цілей (для чого саме це регулювання здійснюється), досягнення яких відбувається шляхом покрокового або паралельного виконання необхідних для цього завдань. Такі завдання, як стверджує Р.Г. Щокін, є «базовими критеріями, спрямованими на визначення та досягнення результату» від здійснення державного регулювання у конкретній



сфері [75, с. 72]. Не є винятком і ДРФСМ, перед яким на сьогодні, враховуючи повномасштабне вторгнення росії, соціально-економічний стан в країні та рівень фізичного і психічного здоров'я людей, стоять такі завдання як:

- 1) завершення трансформаційних перетворень вітчизняної системи охорони здоров'я у відповідності до міжнародних вимог, європейських стандартів та українських реалій і потреб;
- 2) формування науково обґрунтованої стратегії функціонування СМ в Україні;
- 3) удосконалення національного законодавства у сфері медицини, моніторинг та оцінка втілення його у практичну діяльність;
- 4) забезпечення якісного й ефективного публічного управління у сфері СМ;
- 5) актуалізація лідерства у сфері СМ серед медпрацівників та їх мотивація до професійного розвитку та зайняття науково-дослідною роботою;
- 6) гарантування і забезпечення реалізації права на медичну допомогу, що включає в себе:

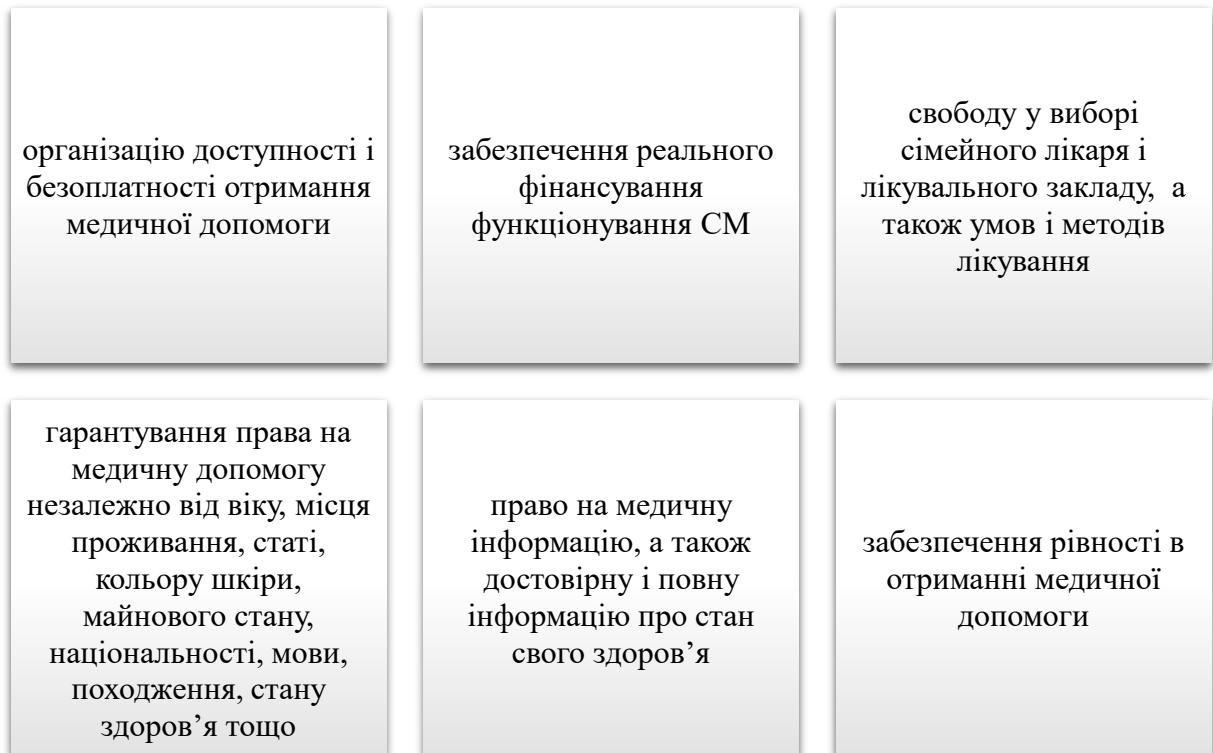


Рис. 1.7. Гарантування та забезпечення реалізації права на медичну допомогу

- 7) створення умов для благодійної діяльності юридичних і фізичних осіб, міжнародних організацій (фондів) з метою розвитку СМ в Україні;
- 8) збереження і зміцнення здоров'я населення та поліпшення якості його життя;
- 9) піклування про збереження та зміцнення здоров'я, психологічний і фізичний розвиток медичних працівників, з метою зміцнення їх здоров'я, гармонійного розвитку, підвищення рівня працездатності, фізичної підготовленості тощо;
- 10) формування якісної медичної освіти та забезпечення сфери СМ кваліфікованими медико-управлінськими кадрами;
- 11) удосконалення системи підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників, у тому числі управлінських кадрів у сфері медицини, надання «гідних» соціально-економічних гарантій медпрацівникам;
- 12) посилення медичного потенціалу лікувальних закладів шляхом створення комфортного простору для розвитку інтелектуальних, організаційних, технологічних та медичних потужностей у сфері СМ.

Окрім того, одним із ключових (стратегічних) завдань ДРФСМ на сучасному етапі – в умовах глобалізації та створення єдиного медичного простору, є вихід СМ на ринок світових медичних послуг, поглиблення міжнародного співробітництва, розширення участі вітчизняних медичних закладів та їх працівників у міжнародних проектах і програмах. Відповідно для виконання даного завдання держава повинна різнобічно сприяти розвитку співробітництва медичних закладів на багатобічній основі з різними міжурядовими й неурядовими міжнародними організаціями й установами [71, с. 131].

Отже, ДРФСМ, як організаційно-владний процес, здійснюється із дотриманням законодавчо встановлених принципів (законність, рівність, гуманізм, об'єктивність, публічність, ефективність, соціально-економічна доцільність, доступність універсальність, орієнтація на загальноприйняті і всесвітньо визнанні стандарти й ін.). Перед ДРФСМ на сьогодні, враховуючи повномасштабне вторгнення росії, соціально-економічний стан в країні та

рівень фізичного і психічного здоров'я людей, стоять ряд завдань, які переважно стосуються розбудови СМ, формування необхідної нормативної бази, організації системи професійної освіти і підготовки медичних кадрів, забезпечення якісного й ефективного публічного управління у сфері СМ, гарантування і реалізації права на медичну допомогу та поглиблення міжнародного співробітництва щодо розвитку СМ в Україні.

## **Висновки до Розділу 1**

Становлення та розвиток ДРФСМ в Україні відбувалось у шість етапів – від часів існування Київської Русі до сьогодення. Ці етапи характеризуються постійним розвитком і посиленням різних форм надання медичної допомоги населенню на засадах СМ. На разі ДРФСМ перебуває у так би мовити «перехідній» активній фазі, оскільки є багато чинників, зокрема повномасштабна війна з росією, які стоять на заваді остаточному завершенню трансформаційних змін та формуванню в нашій країні потужної СМ європейського зразка.

ДРФСМ – це цілеспрямований, системний вплив публічно-владних інституцій, що реалізується шляхом комплексного впровадження різних заходів, інструментів, методів і технологій, дія яких спрямована на розвиток СМ, попередження й усунення недоліків у її функціонуванні для забезпечення населення якісною, ефективною та доступною медичною допомогою. Таке регулювання здійснюється на основі загальних і спеціальних принципів та орієнтовано на виконання ряду завдань: розбудова СМ в нашій державі, формування необхідної нормативної бази, організація системи професійної освіти і підготовки медичних кадрів, забезпечення ефективного публічного управління у сфері СМ, гарантування і реалізація права на медичну допомогу та поглиблення міжнародного співробітництва у відповідній сфері.

## РОЗДІЛ 2

### ОКРЕМІ АСПЕКТИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ФУНКЦІОНУВАННЯ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ

#### 2.1. Нормативне забезпечення функціонування сімейної медицини

За усі роки незалежності України сформувалась потужна нормативна база у сфері охорони здоров'я. Із розвитком СМ з'являлись нові правові акти, що приймалися різними органами влади з урахуванням здійснення децентралізації публічного управління, кардинальної трансформації вітчизняної системи охорони здоров'я, пандемії COVID-19, а також повномасштабного вторгнення росії в Україну з метою врегулювання питань належного функціонування СМ в таких умовах.

Функціонування СМ здійснюється не лише з суворим дотриманням норм вітчизняного законодавства, а і з обов'язковим врахуванням норм міжнародного права. Основним законом, в якому закладені підвалини функціонування СМ є Конституція України, в якій закріплено, що «державка створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування» [31]. Другим «за важливістю» нормативним актом, як вже зазначалось у першому розділі, є Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», який визначає «правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні, регулює суспільні відносини у цій сфері з метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, високої працездатності і довголітнього активного життя громадян, усунення факторів, що шкідливо впливають на їх здоров'я, попередження і зниження захворюваності, інвалідності та смертності, поліпшення спадковості» [34]. Іншими словами, цей Закон є «флагманом» у питанні функціонування СМ, оскільки містить загальні положення, що

стосуються цієї сфери та водночас розширює норми Конституції України, зокрема ст. 49.

У свою чергу, до міжнародних документів, що стосуються тих чи інших питань функціонування СМ можна віднести: Люблянську хартію з реформування охорони здоров'я (1996 р.); Міжнародні медико-санітарні правила (2005 р.); Конвенцію про права осіб з інвалідністю (2006 р.); Рамкову конвенцію ВООЗ із боротьби проти тютюну (2006 р.); Конвенцію Ради Європи про підроблення медичної продукції та подібні злочини, що загрожують охороні здоров'я (2011 р.); Угоду про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони (2014 р.).

У різні роки, народні депутати Верховної Ради України на основі вищевказаних актів приймали численні спеціальні закони, що врегульовують питання функціонування СМ. Це такі законодавчі акти як:

- Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб» від 6 квітня 2000 р. № 1645-III, який окреслює «правові, організаційні та фінансові засади діяльності органів влади, підприємств, установ та організацій, спрямованої на запобігання виникненню і поширенню інфекційних хвороб людини та членів її сім'ї, встановлює права, обов'язки та відповідальність юридичних і фізичних осіб у сфері захисту населення від інфекційних хвороб» [49];

- Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19 жовтня 2017 р. № 2168-VIII, який «визначає державні фінансові гарантії надання необхідних пацієнтам послуг з медичного обслуговування (медичних послуг) та лікарських засобів належної якості за рахунок коштів Державного бюджету України за програмою медичних гарантій» [39]. У ст. 35<sup>1</sup> цього Закону чітко прописано, що первинну медичну допомогу надають сімейні лікарі, як лікарі загальної практики [39];

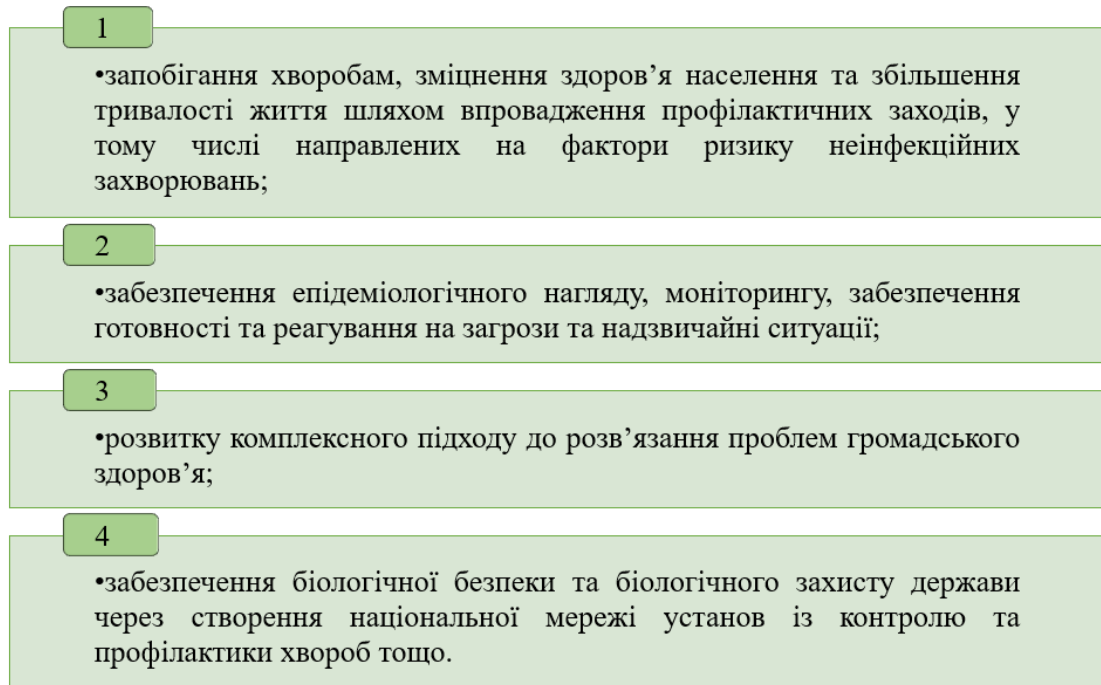
- Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» від 14 листопада 2017 р. № 2206-VIII, який «визначає правові, економічні та організаційні засади і напрями

регулювання розвитку охорони здоров'я у сільській місцевості для забезпечення гарантій рівного доступу громадян до якісного та ефективного медичного обслуговування» [56]. Безпосередньо у цьому Законі закріплено, що держава створює всі необхідні умови для здійснення нормальної діяльності сімейними лікарями у сільській місцевості, забезпечення їх телекомунікаційною та іншою необхідною для якісного медичного обслуговування людей інфраструктурою [56];

- Закон України «Про лікарські засоби» від 28 липня 2022 р. № 2469-ІХ, який «регулює правовідносини у сфері лікарських засобів, пов'язані із створенням, фармацевтичною розробкою, доклінічними дослідженнями, клінічними дослідженнями (випробуваннями), державною реєстрацією лікарських засобів, виробництвом, виготовленням (виробництвом) в умовах аптеки, призначенням, застосуванням, імпортом, оптовою та роздрібною торгівлею, дистанційною торгівлею, контролем якості лікарських засобів, здійсненням фармаконагляду, а також визначає права та обов'язки юридичних і фізичних осіб, повноваження органів державної влади і посадових осіб у відповідній сфері» [53]. У положеннях цього Закону закріплено, що в сільських місцевостях, в яких відсутні аптечні заклади фармацевтична практика, зокрема, роздрібна торгівля лікарськими засобами здійснюється в амбулаторіях загальної практики-сімейної медицини [53];

- Закон України «Про систему громадського здоров'я» від 6 вересня 2022 р. № 2573-ІХ, із прийняттям якого втратив чинність Закон «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», що діяв майже тридцять років. Новий Закон, який вступив у дію більше ніж через рік після його підписання (1 жовтня 2023 р.), дозволяє створити комплексну систему громадського здоров'я в Україні та інтегрувати її у європейську мережу відповідно до світових вимог і стандартів [14]. Цей Закон «гарантує кожній людині безпечні для здоров'я і життя харчові продукти, питну воду, докільця, умови праці, навчання, виховання, побуту, дозвілля, відпочинку» [57]. Водночас він зобов'язує громадян піклуватися про своє здоров'я,

здоров'я і гігієнічне виховання дітей; не шкодити здоров'ю інших тощо. Окрім того, у положеннях цього Закону закріплено основні напрями посилення системи охорони здоров'я, реалізація яких є одним із завдань СМ (див. Рис. 2.1) [57].



**Рис. 2.1. Основні напрями посилення системи охорони здоров'я відповідно до Закону України «Про систему громадського здоров'я» [57]**

З-поміж підзаконних нормативних актів, що врегульовують питання функціонування СМ можна виокремити у хронологічному порядку за датою їх прийняття такі документи як:

- Постанову Кабінету Міністрів України «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я» від 20 червня 2000 р. № 989, з прийняттям якої уперше було запропоновано комплексний механізм удосконалення ПМСД [51]. Для виконання положень цього документу МОЗ видало наказ «Про затвердження плану поетапного переходу до організації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини» від 11 вересня 2000 р. № 214, яким встановлюються штатні нормативи і типові штати медичних закладів, затверджується номенклатура закладів СМ і типові положення про них, таблиці оснащення

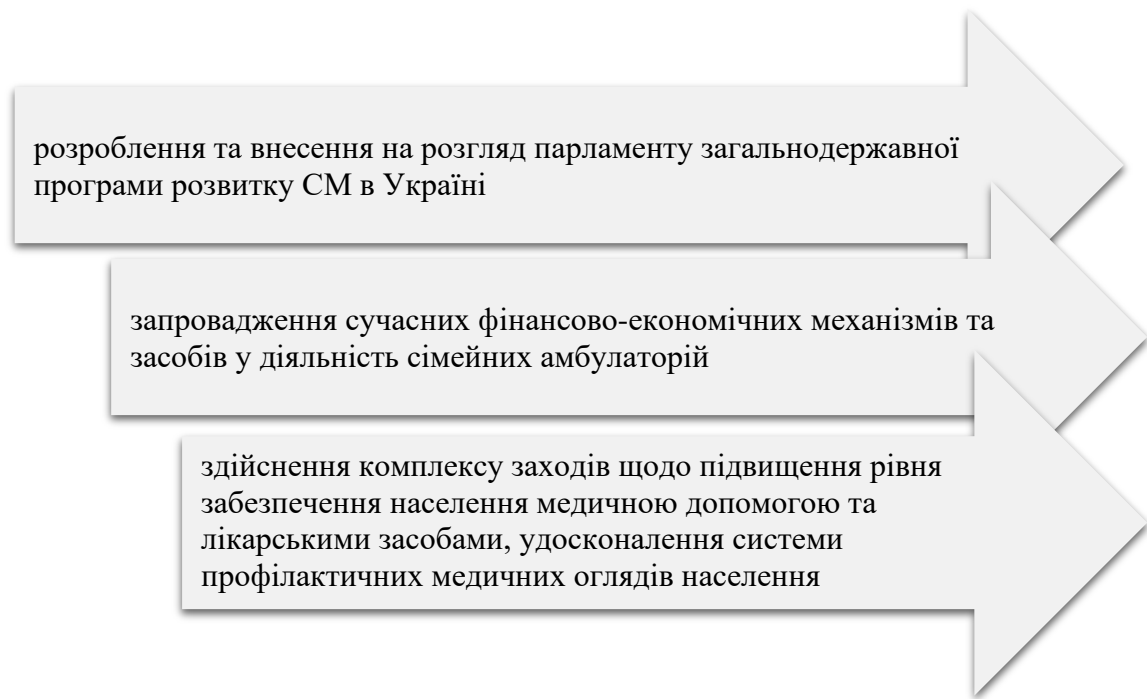
зкладів і підрозділів загальної практики [45]. До речі, саме ці загальнодержавні й інші галузеві нормативні документи створили стратегічну основу механізмів державного регулювання розвитком ПМСД на засадах СМ, яка починаючи з 2017 р. набула подальшого іншого розвитку;

- Указ Президента України «Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України» від 7 грудня 2000 р. № 1313/2000, яка спрямована на «реалізацію положень Конституції та законів України щодо забезпечення доступної кваліфікованої медичної допомоги кожному громадянину України, запровадження нових ефективних механізмів фінансування та управління у сфері охорони здоров'я, створення умов для формування здорового способу життя» [52]. Цей документ заклав фундамент для запровадження у нашій державі надання сучасної ПМСД на засадах саме СМ відповідно до європейських стандартів;

- Наказ МОЗ «Про удосконалення моніторингу первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини та уніфікації відповідної облікової медичної документації» від 8 січня 2004 р. № 1, затверджено перелік облікової медичної документації, у тому числі обов'язкових і не обов'язкових облікових форм закладів загальної практики-сімейної медицини, встановлено вимогу щодо проведення інструктажу стосовно ведення такої документації та здійснення контролю за цим процесом тощо [60];

- Указ Президента України «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення» від 6 грудня 2005 р. № 1694/2005, який був підписаний з метою «забезпечення ефективного розвитку системи охорони здоров'я, збереження генофонду нації, проведення глибоких структурних змін у медичній галузі, запровадження європейських стандартів забезпечення права громадян на медичну допомогу» [55]. У цьому документі містяться перелік завдання уряду, МОЗ, Раді міністрів Автономної Республіки Крим, обласним, Київській та Севастопольській міським державним адміністраціям, направлених на вирішення питань реформування системи охорони здоров'я населення, зокрема, щодо:





**Рис. 2.2. Основні завдання публічно-владних інституцій щодо розвитку СМ в Україні у контексті реформування системи охорони здоров'я**

- Постанову Кабінету Міністрів України «Про затвердження Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року» від 13 червня 2007 р. № 815, яка визначає стратегічні напрями розвитку системи охорони здоров'я, відповідні завдання, шляхи і строки виконання. Одним із ключових напрямів є забезпечення розвитку ПМСД на засадах СМ, шляхом формування мережі сімейних амбулаторій, розроблення і затвердження перспективного плану підготовки сімейних лікарів з урахуванням фактичної потреби у них [42];

- Постанову Кабінету Міністрів України «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я» від 17 лютого 2010 р. № 208, якою затверджені «Основні концептуальні напрями реформування системи охорони здоров'я», що містять стратегічні перетворення у системі охорони здоров'я та механізми оптимізації надання послуг у сфері СМ. Безпосередньо у цьому документі зазначено, що удосконалення кадрової політики передбачає перспективне планування та своєчасну підготовку і перепідготовку лікарів загальної практики/СМ. Особлива увага звертається на розробку програми

забезпечення сімейних лікарів житлом та службовим транспортом, посилення відповідальності за якість надання ними медичної допомоги [26];

- Наказ МОЗ «Стандарти акредитації закладів охорони здоров'я» від 14 березня 2011 р. № 142, яким визначено «вимоги до процесу, умов та результатів медико-санітарної допомоги у закладі охорони здоров'я, зокрема у сімейній амбулаторії. На основі Стандартів проводиться експертиза відповідності закладу будь-якої форми власності встановленим критеріям шляхом оцінювання досягнення стандартів по кожному пункту/підпункту, що здійснюється за бальним принципом» [66];

- Наказ МОЗ «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року» від 1 серпня 2011 р. № 454, метою якої є «визначення основних підходів та механізмів до створення і функціонування державної системи управління якістю медичної допомоги населенню, спрямованої на задоволення обґрунтованих потреб та очікувань споживачів медичної допомоги, поліпшення здоров'я населення, забезпечення рівного й справедливого доступу усіх громадян до медичних послуг належної якості» [41]. У цьому наказі міститься норма про те, що одним із способів підвищення доступності медичних послуг є розвиток інституту сімейного лікаря на основі зміцнення ролі ПМСД, прийняття відповідних нормативних актів стосовно порядку направлення пацієнтів до сімейних амбулаторій та реалізації їх права вибору сімейного лікаря [41];

- Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я» від 30 листопада 2016 р. № 1013-р, відповідно до положення якого «метою реформи фінансування системи охорони здоров'я є створення та запровадження нової моделі фінансування, яка передбачає чіткі та прозорі гарантії держави щодо обсягу безоплатної медичної допомоги, кращий фінансовий захист громадян у випадку хвороби, ефективний та справедливий розподіл публічних коштів та скорочення неформальних платежів, створення стимулів до поліпшення якості

надання медичної допомоги населенню державними і комунальними закладами охорони здоров'я» [58]. Іншими словами дана Концепція передбачає наявність для всіх громадян України державного гарантованого пакету медичної допомоги, який включає основні види амбулаторних послуг та стаціонарної медичної допомоги, включаючи лікарські засоби за направленням сімейного лікаря. При цьому оплата праці таких лікарів розраховується на основі капітаційної ставки – нормативу на одного громадянина, котрий підписав декларацію зі своїм сімейним лікарем, з урахуванням усіх можливих ризиків;

- Наказ МОЗ «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» від 19 березня 2018 р. № 504, яким, визначено ключові поняття, закріплено вичерпний перелік послуг з ПМСД та порядок, умови та правила їх надання, а також режим роботи, графік надання ПМСД та запис на прийом до сімейного лікаря. Додатково у наказі прописано перелік медичних втручань у межах ПМСД для груп пацієнтів з підвищеним ризиком розвитку захворювань та перелік лабораторних та інструментальних діагностичних досліджень, що здійснюються у межах медичних послуг з надання ПМСД [48];

- Наказ МОЗ «Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів» від 22 лютого 2019 р. № 446, що регламентує два види атестації лікарів: на присвоєння кваліфікаційної категорії та на підтвердження кваліфікаційної категорії. Окрім того, у цьому наказі мова йде про порядок й умови зарахування стажу роботи сімейних лікарів та присудження їм кваліфікаційної категорії [24];

- Указ Президента України «Про заходи щодо підвищення конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я та забезпечення додаткових гарантій для медичних працівників» від 18 червня 2021 р. № 261/2021, який підписаний з метою подальшого розвитку СМ, підвищення конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я, у тому числі сімейних амбулаторій, впровадження реальних інструментів щодо покращення управлінської діяльності у таких закладах, створення умов для ефективного

використання наявних ресурсів, розвитку і посилення ролі медичного самоврядування у питаннях захисту трудових прав медпрацівників [50]. Безпосередньо у цьому документі акцент зроблено на фінансовому аспекті фінансування закладів охорони здоров'я, у тому числі сімейних амбулаторій, та достойної оплати праці сімейних лікарів та інших медпрацівників;

- Постанову Кабінету Міністрів України «Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку працівників сфери охорони здоров'я» від 14 липня 2021 р. № 725, в якій визначено ключові засади здійснення безперервного професійного розвитку сімейних лікарів й інших медпрацівників і фармацевтів [46];

Незважаючи на значку кількість правових актів, що врегульовують питання функціонування СМ існує ще цілий ряд аспектів, які потребують додаткового нормативного закріплення. Так, до парламенту було подано декілька законопроектів, прийняття яких, на наш погляд, має суттєво вплинути на завершення процесу реформування вітчизняної сфери охорони здоров'я на засадах СМ незважаючи на війну в Україні. Це такі законопроекти як:

- Проект Закону України «Про засади державної політики охорони здоров'я» від 17 липня 2015 р. № 2409а, головною метою прийняття якого є «запровадження єдиного підходу «охорона здоров'я у всіх політиках держави» до правових, економічних, соціальних, гуманітарних та організаційних засад державної політики охорони здоров'я як складової частини внутрішньої політики та національної безпеки України». Окрім того прийняття цього законопроекту спрямоване на «наближення законодавчих і нормативних актів до вимог Європейського Союзу стосовно управління закладами сфери охорони здоров'я, зміцнення інституційного потенціалу та взаємодії із зацікавленими сторонами з метою поліпшення здоров'я і підвищення рівня добробуту людей» [62]. Вважаємо, що прийняття цього акту сприятиме комплексному формуванню ефективної СМ, заснованої на європейських цінностях;

- Проект Закону України «Про первинну медичну допомогу на засадах сімейної медицини» від 22 червня 2017 р. № 6634, метою написання

якого є «створення умов для розвитку та функціонування ефективної первинної медичної допомоги на засадах СМ, що дозволить забезпечити тривалий медичний нагляд та опіку в усі періоди життя людини незалежно від характеру хвороби, стану органів і систем її організму» [63]. Ініціатори та автори цього законопроекту переконанні, що розбудова сфери медичного обслуговування на засадах СМ сприятиме збереженню та зміцненню здоров'я населення України, як важливої складової національної безпеки нашої держави. Положення даного законопроекту згруповані у дев'ять розділів, що містять інформацію про загалі засади функціонування СМ та державної політики у сфері охорони здоров'я з надання ПМСД на засадах СМ, організацію і ресурсне забезпечення надання такої допомоги, участь громадськості та міжнародне співробітництво, а також відповідальність за порушення законодавства у сфері ПМСД на засадах СМ [63];

- Проект Закону України «Про самоврядування в сфері охорони здоров'я в Україні» від 25 грудня 2023 р. № 10372, метою розроблення якого є «закріплення на законодавчому рівні статусу самоврядних організацій, їх місця і ролі у системі управління медичними та фармацевтичними професіями та загалом сферою охорони здоров'я; впровадження з урахуванням вітчизняного та міжнародного досвіду моделі медичного та фармацевтичного самоврядування, яка надасть можливість суб'єктам господарської та професійної діяльності здійснювати саморегулювання медичної діяльності і створить законодавчі підстави для делегування лікарям, фармацевтам та іншим медичним працівникам, об'єднаним у самоврядні організації, окремих функцій, які на сьогодні здійснюються органами державної влади; врегулювання питання захисту прав та інтересів як представників медичних та фармацевтичних професій, так і пацієнтів» [64]. Законопроект передбачає формування п'яти палат – організацій професійного самоврядування (див. Рис. 2.3). При цьому, враховуючи те, що створення самоврядування – це тривалий процес, до нього спершу «долучаться професійні групи, що найбільш до цього готові, – стоматологи та фармацевти, всі інші фахівці доєднаються лише після

утворення та пілотування перших двох палат» [12]. Переконані, що прийняття парламентом цього документу закладе підвалини для створення реального й дієвого професійного самоврядування у сфері охорони здоров'я, що суттєвим чином відобразиться на ефективності функціонування СМ.



**Рис. 2.3. Перелік палат в структурній організації професійного самоврядування у сфері охорони здоров'я**

Враховуючи вищевикладене можна узагальнити, що нормативне забезпечення функціонування СМ представлене великою кількістю правових актів, положення яких ґрунтуються на Конституції України та відповідних міжнародних документах. Ці акти регулюють питання розвитку СМ в Україні, а саме: розробки і реалізації загальнодержавних програм щодо належного функціонування СМ; удосконалення системи медичного обслуговування та створення єдиної системи надання ПМСД на засадах СМ; оптимізація організаційної структури та кількості сімейних амбулаторій; підвищення рівня забезпечення населення належною медичною допомогою та необхідними лікарськими засобами, особливо у сільській місцевості; забезпечення сімейних амбулаторій висококваліфікованими працівниками тощо. На жаль, на сьогодні залишаються окремі питання функціонування СМ, особливо в умовах війни, які потребують додаткового нормативного врегулювання.

## **2.2. Форми державного регулювання функціонування сімейної медицини**

ДРФСМ реалізується на практиці у конкретних формах. І якщо таке регулювання розкриває основний напрям цілеспрямованої діяльності відповідних суб'єктів владних повноважень щодо виконання їх управлінських зобов'язань у вказаній сфері, то форми показують, яким чином це здійснюється. Саме форми покликані забезпечувати найбільш доцільне виконання функцій державного регулювання, досягнення його цілей із максимальним результатом при найменших витратах часу і ресурсів (трудових, фінансових, інфраструктурних тощо).

Із наукової точки зору термін «форма державного регулювання» синонімізується із такими поняттями як «форма управлінської діяльності», «форма діяльності органів виконавчої влади», тим самим підкреслюючи, що в нашій країні сфера державного регулювання обмежена виключно компетенцією органів виконавчої влади. Так, наприклад, Ю.І. Крегул під формами державного регулювання розуміє «відмінні за своїм характером та наслідками способи зовнішнього вираження діяльності органів виконавчої влади» [1, с. 133]. У цьому контексті є схожою позиція Д.В. Лученка, який тлумачить форми державного регулювання як «зовнішній вияв конкретних дій, які здійснюються органами виконавчої влади для реалізації поставлених перед ними завдань» [1, с. 134].

Різноманіття завдань і повноважень органів ДРФСМ обумовлює використання різних форм їх діяльності. Однак, для виконання своїх професійних зобов'язань органи влади та їх посадові особи зобов'язанні використовувати лише ті форми, що встановлені відповідними правовими нормами, недотримання яких є підставою для визнання недійсності й оскарження їх дій та рішень.

Окремо, хотілося б зауважити, зважаючи на ступінь адміністративно-

правової регламентації та порядку використання форм ДРФСМ можна сказати, що вони не є однаковими. Найбільш регламентованими є форми, що пов'язані з реалізацією правозастосовних, правовстановлюючих і правоохоронних функцій відповідних органів влади. Саме вони спричиняють найістотніші юридичні наслідки і їх правова регламентація має важливе значення із позицій забезпечення принципу законності й верховенства права. У свою чергу, значно менше регламентовані ті форми, що не спричиняють прямих юридичних наслідків (наприклад, наради, консультації, конференції, колегії тощо). Тут владним суб'єктам надається широка можливість на власний розсуд обирати одну із таких форм, застосування якої вони вважають найбільш доречним, доцільним й ефективним у певній ситуації, що найбільшою мірою відповідає поставленим завданням і меті (наприклад, проведення консультативно-роз'яснювальної роботи серед працівників замість видання наказу, в якому вся ця інформація буде викладена) [36, с. 97].

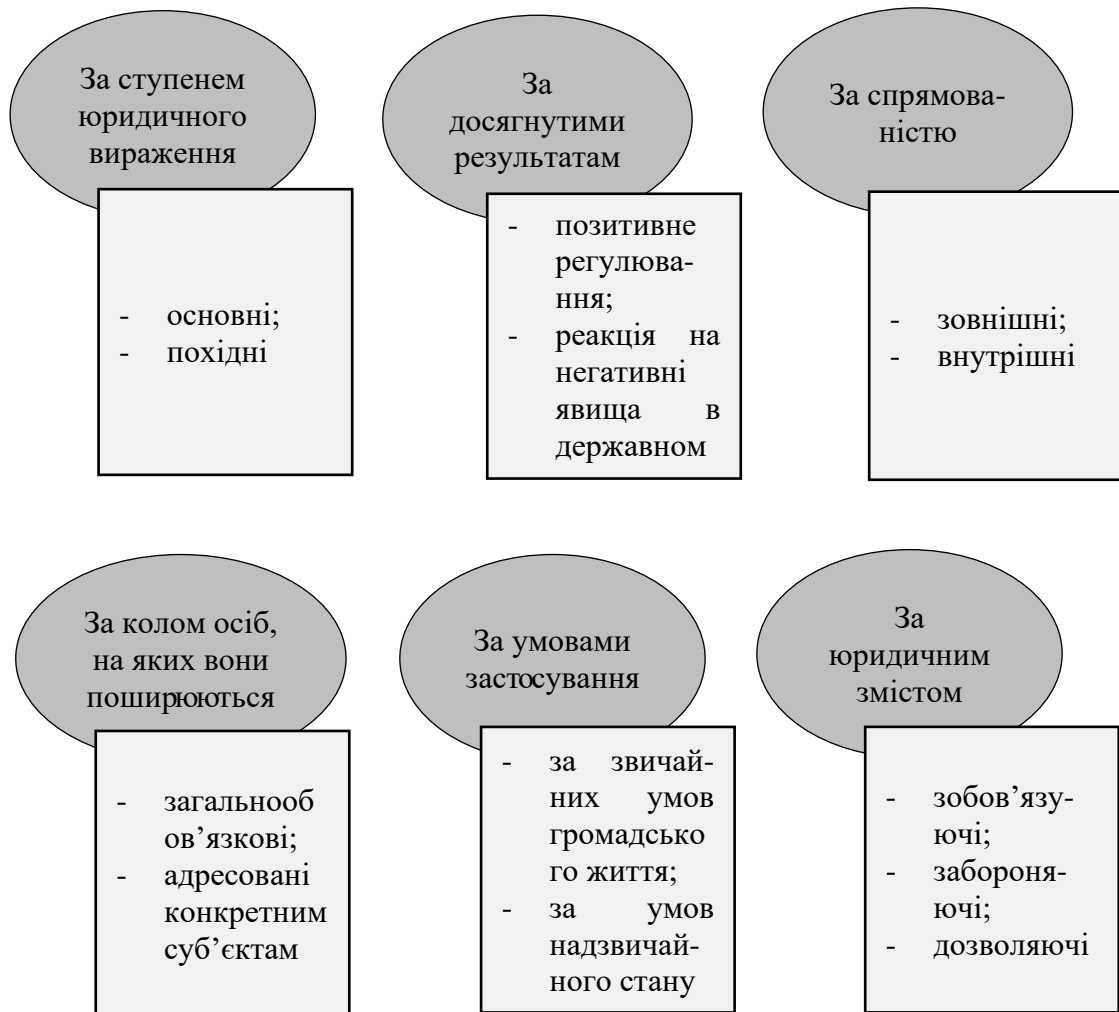
Отже, зважаючи на викладене ми можемо підсумувати, що формою ДРФСМ є зовнішнє вираження дій публічно-владних суб'єктів у сфері охорони здоров'я, яке здійснюється у межах їх чітко визначеної компетенції для виконання поставлених перед ними функцій і завдань та тягнуть за собою певні юридичні наслідки. При цьому органи влади та їх посадові особи обираючи ту чи іншу форму державного регулювання керуються власною компетенцією, характеристиками об'єкта, на який здійснюється управлінський вплив, поставленою метою та прагненням отримати запланований результат.

Форми ДРФСМ можна класифікувати за різними підставами, деякі з яких представлені на Рис. 1.6.

Більш докладно хотілося б зупинитися на таких формах ДРФСМ як зовнішні, що впливають на суспільні відносини здійснення такого регулювання та внутрішні – здійснюють вплив на внутрішню управлінську діяльність структурних підрозділів органів влади у сфері охорони здоров'я.



Адже саме в цих формах, на наш погляд, відбивається зміст діяльності публічно-владних інституцій щодо належного функціонування СМ в Україні.



**Рис. 1.6. Класифікація форм ДРФСМ**

Як і зовнішнім, так і внутрішнім формам ДРФСМ притаманні такі характерні риси як:

- підзаконний характер – означає, що діяльність публічно-владних суб'єктів, заснована на законі, здійснюється у межах, у порядку та з метою визначених у чинному законодавстві;
- юридично-владний характер – означає, що кожен суб'єкт наділяється певним обсягом прав, через які й досягається мета, як забезпечення пріоритетності охорони здоров'я у власній діяльності;
- виконавчо-розпорядчий характер – проявляється у тому, що

відповідні публічно-владні суб'єкти повинні виконувати приписи, встановлені нормами чинного законодавства з охорони здоров'я [21, с. 170].

Окрім того, зовнішні форми ДРФСМ спрямовані на взаємодію різних органів влади, для забезпечення виконання покладених на них завдань і функцій у сфері охорони здоров'я. Наприклад, НСЗУ у процесі своєї роботи взаємодіє в установленому порядку з публічними органами влади, різними об'єднаннями громадян та іншими юридичними особами, незалежно від форм їх власності [61]. Натомість внутрішні форми ДРФСМ пов'язані саме з організацією внутрішньої роботи відповідних владних суб'єктів (наприклад, із формуванням кадрового складу, розподілом службових обов'язків, керівництвом підрозділами нижчого рівня, проведенням нарад тощо) і матеріально-технічними операціями, які забезпечують функціонування цього суб'єкта (наприклад, із діловодством, матеріально-технічним забезпеченням, встановленням комунікативних зв'язків тощо) [21, с. 170].

Основною зовнішньою формою ДРФСМ є встановлення загальнообов'язкових норм і видання управлінсько-правових документів, тобто видання органами влади або їх посадовими особами нормативних актів, направлених на деталізацію норм законів, які регламентують певні питання у цій сфері. Це пов'язано з тим, що загальні норми правил поведінки, сформульовані у правових документах, не повною мірою здатні охопити всі аспекти суспільних відносин [67, с. 273].

До внутрішніх форм ДРФСМ, як вже зазначалося вище, належать дії і заходи, що здійснюються всередині органу влади та його структурних підрозділів та передбачені у планах робіт на відповідний період. Це, наприклад, проведення інструктажів для співробітників, вивчення документів, що регламентують діяльність органу влади/структурного підрозділу, проходження навчання кадрового складу та стажування молодих спеціалістів, збирання й обробка інформації, що характеризує діяльність органу влади/структурного підрозділу та результати його роботи, здійснення контролю за виконанням прийнятих рішень [21, с. 171].

До внутрішніх форм ДРФСМ також відноситься:

- участь органів влади та громадських організацій у розробленні й обговоренні нормативних актів із питань охорони здоров'я;
- затвердження порядку ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики. Водночас ліцензування є однією із форм державного зовнішнього контролю за медичною діяльністю.
- встановлення умов і затвердження порядку акредитації закладу охорони здоров'я та атестації сімейних лікарів, у тому числі сімейних лікарів, які є фізичними особами-підприємцями;
- ведення реєстрів (наприклад, Реєстр оптово-відпускних цін на лікарські засоби, Реєстр оптово-відпускних цін на вироби медичного призначення, Державний реєстр медичної техніки та виробів медичного призначення, Державний реєстр лікарських засобів України тощо);
- затвердження порядку та здійснення медичного страхування, а також проведення консультативно-роз'яснювальної та мотиваційно-агітаційної роботи серед населення щодо можливостей та необхідності такого страхування;
- тимчасове утворення спільних консультативно-дорадчих чи експертних органів, служб, рад, комісій, груп для забезпечення реалізації прав людини і громадянина у процесі розробки та впровадження державної політики у сфері СМ.
- розробка та виконання спільних проектів інформаційно-практичного й аналітично-дослідницького характеру з питань функціонування СМ як в Україні, так і поза її межами;
- видача дозволів на застосування нових організаційно-управлінських і медичних технологій;
- затвердження стандартів, регламентів, сертифікацій медичних послуг та публічних послуг у сфері охорони здоров'я;
- проведення професійно-інформаційних семінарів/тренінгів з метою розширення знань у сфері СМ тощо [21, с. 171-172].

Ще однією внутрішньою формою ДРФСМ є матеріально-технічні дії/операції направлені на створення нормальних умов функціонування органів влади та їх структурних підрозділів та їх взаємодії між собою та суспільством. Використання таких форм ДРФСМ має допоміжний характер, оскільки за їх допомогою забезпечується ефективний процес організаційно-правового регулювання сфери СМ. Наприклад, це: одержання, обробка та поширення інформації; складання звітів (про надання медичної допомоги різним категоріям громадян, про медичні послуги, про лікарські засоби, їх вартість та об'єм, тощо); ведення діловодства; розгляд звернень громадян; адресно-довідкова робота; здійснення обробки статистичної інформації тощо [19, с. 115].

Не менш важливою формою ДРФСМ є контроль, мета здійснення якого полягає у встановленні результатів діяльності владних суб'єктів у сфері охорони здоров'я, допущених відхилень від затверджених вимог та порушень принципів організації роботи, у виявленні причин таких відхилень/порушень, а також визначення напрямів усунення перешкод для ефективного функціонування усієї сфери охорони здоров'я. Іншими словами сутність такого контролю зводиться до спостереження і перевірки належного функціонування СМ та усіх її компонентів згідно з визначеними напрямами, а також попередження і виправлення ймовірних помилок і неправомірних дій, які здійснюють перешкоди розвитку СМ.

Держава через спеціально уповноважені органи влади реалізує контроль і нагляд за додержанням законодавства у сфері охорону здоров'я, державних стандартів, критеріїв і вимог медичного обслуговування, направлених на забезпечення безпечного довкілля та санітарно-епідеміологічного благополуччя населення, нормативів професійної діяльності у вказаній сфері, стандартів надання медичних послуг і використання медичних технологій. До таких органів відноситься МОЗ, яке є, умовно кажучи, універсальним органом влади, котрий здійснює контроль за сферою охорони здоров'я, а також Державна служба України з лікарських засобів і контролю за наркотиками, до

основних повноважень якої належить здійснення регулювання щодо розроблення стандартів і технічних вимог вироблення і використання лікарських і наркотичних засобів та психотропних речовин, протидії їх незаконному розповсюдженню на території України [21, с. 172].

Поряд із контролем з боку держави діють громадський та експертний контроль, ключовим призначенням яких є слідування за процесом реформування СМ. Перший вид контролю є формою участі громадськості в управлінні для підвищення ефективності діяльності публічно-владних інституцій (наприклад, Громадська рада при МОЗ), інший – здійснюється спеціально уповноваженими інституціями для недопущення порушення встановлених стандартів, норм (наприклад, Державний експертний центр МОЗ).

Отже, ДРФСМ здійснюється із застосуванням певних форм, котрі є зовнішнім вираженням роботи публічно-владних суб'єктів уповноважених на виконання управлінських функцій у сфері СМ (видання нормативних актів, формування кадрового складу, керівництво окремими підрозділами, проведення нарад/семінарів/інструктажів, організація всеукраїнських з'їздів, здійснення матеріально-технічного забезпечення й ін.).

### **2.3. Територіальна та фінансова доступність сімейної медицини як державні гарантії забезпечення права на медичну допомогу**

Сьогодні ДРФСМ у багатьох країнах світу зорієнтоване на забезпечення доступності кожної людини до медичної допомоги, не є винятком у цьому й наша держава. Та перш ніж вести мову про територіальну та фінансову доступність СМ як про державні гарантії забезпечення права на медичну допомогу важливо визначитись із такою категорією як «доступність медичної допомоги».

На сучасному етапі розвитку вітчизняної науки досі відсутній єдиний підхід до трактування цих дефініцій. Так, наприклад, у науковій літературі з публічного управління термін «доступність медичної допомоги» переважно розглядається як «нормативно врегульована та організаційно забезпечена можливість надання/отримання без перепон необхідної медичної допомоги» [70, с. 97]. Інші фахівці з публічного управління стверджують, що це «законодавчо врегульована та організаційно забезпечена можливість надання своєчасної й кваліфікованої медичної допомоги та прийнятність за рівнем якості для населення країни цієї допомоги незалежно від географічних, економічних, соціальних, інформаційних, культурних та мовних бар'єрів, тобто відсутність перепон для отримання пацієнтом медичних послуг, пов'язаних з організацією надання медичної допомоги» [6, с. 9].

У свою чергу, західні науковці окремо виділяють поняття «доступу до медичних послуг» та «доступність медичних послуг». Наприклад, британські вчені доступом до медичних послуг вважають загальний запас послуг, які може надати своїм громадянам національна система охорони здоров'я – певне медичне «меню». Тоді як поняття «доступність медичних послуг» визначає ступінь можливостей певної категорії населення отримати ту чи іншу медичну послугу залежно від фінансових, організаційних, соціально-економічних, культурних чи інших бар'єрів, що обмежують їх надання. На їх думку, перешкоди та доступність до послуг мають розглядатися у різних контекстах: як медико-санітарні потреби, як матеріальний стан, як морально-етичні чи культурні установки різних груп у суспільстві тощо [77].

У прийнятому на сороковій Всесвітній медичній асамблеї 1988 р. Положенні про доступність медичного обслуговування, термін «доступність медичної допомоги» визначено як «багатовимірне поняття, яке включає баланс багатьох факторів в рамках жорстких практичних обмежень, викликаних особливостями ресурсів і можливостей країни» [37].

Про доступність медичної допомоги мова йде і в інших міжнародно-правових документах, проте без чіткого визначення змісту цього поняття.

Наприклад, у ст. 3 Конвенції про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини, прийнятої Радою Європи 4 квітня 1997 р., закріплено, що «держави, виходячи з наявних потреб і ресурсів, приймають необхідні заходи, спрямовані на забезпечення в рамках своєї юрисдикції рівній для всіх членів суспільства доступності медичної допомоги прийнятної якості» [30].

Якщо говорити про нормативне закріплення даного поняття у національному законодавстві, то згадки про нього містяться у Конституції України (ч. 3 ст. 49) [31], в Законах України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (абз. 4 ч. 1 ст. 4) [34] та «Про екстрену медичну допомогу» (ч. 1 ст. 3) [40]. Окремі положення щодо доступності медичної допомоги відображені й у підзаконних нормативних актах. Так, в Концепції розвитку сільських територій, затвердженої Розпорядженням уряду від 23 вересня 2015 р. № 995-р, зазначено, що «одним зі шляхів розв'язання проблем розвитку сільських територій визначено розвиток мережі закладів медичної допомоги, пунктів постійного базування бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги, підвищення якості та доступності медичної допомоги, підвищення рівня медичного обслуговування» [59]. У Положенні про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, затвердженого наказом МОЗ від 29 липня 2016 р., вказано, що основні завдання діяльності сімейних амбулаторій полягають у забезпеченні належної доступності та якості первинної медичної допомоги для прикріпленого населення [47].

Враховуючи зазначене можна зробити висновок, що у вітчизняній нормативно-правовій базі відсутнє визначення самого поняття «доступність медичної допомоги», водночас містяться норми, які вказують на умови доступності такої допомоги та заходи, які мають вжитися для її забезпечення. Відповідно виходячи зі змісту цих норм можна виокремити чотири сутнісні складові доступності СМ, що представлені на Рис. 2.4.

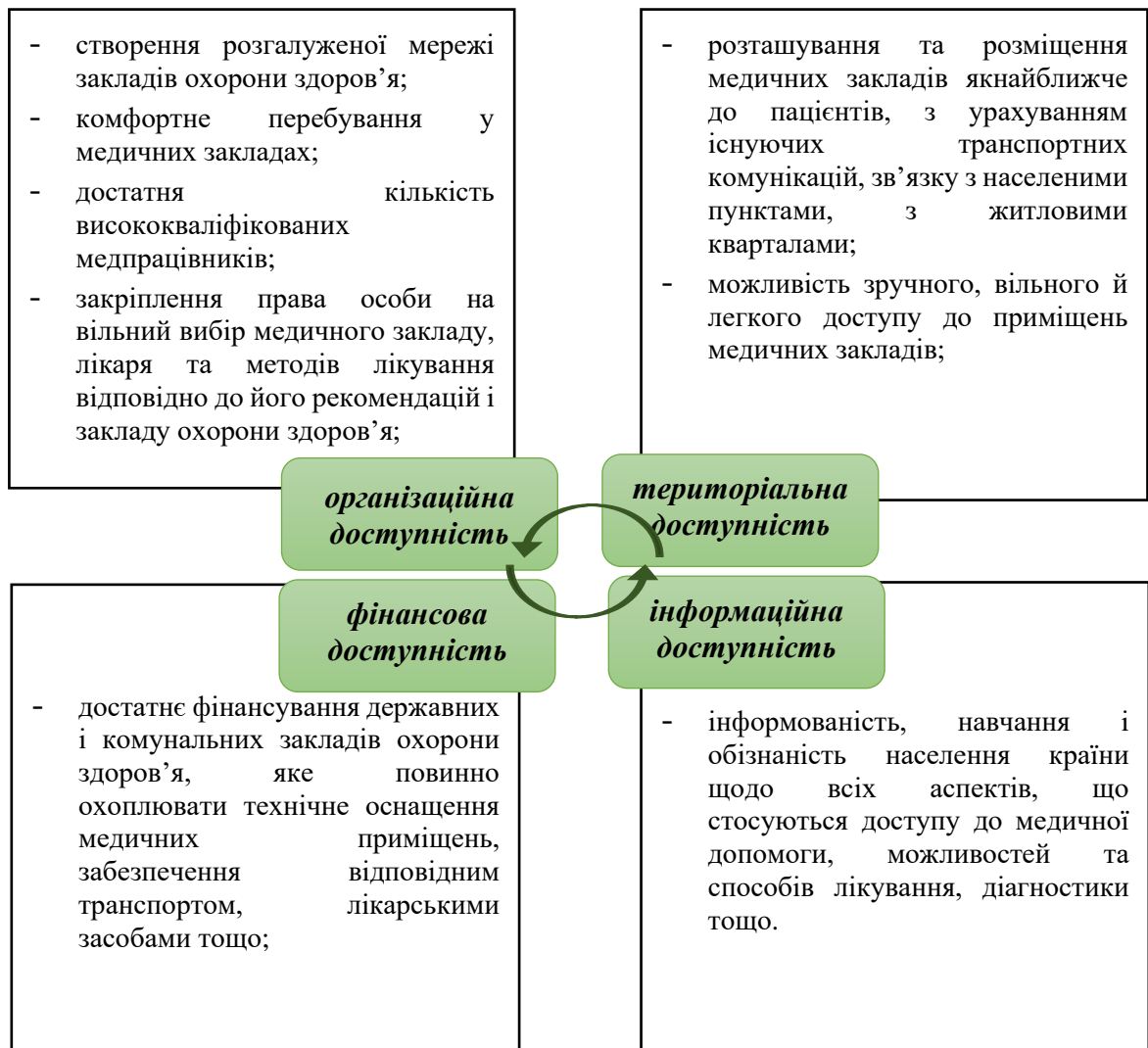


Рис. 2.4. Сутнісні складові доступності СМ

Зупинимось більш докладно на таких двох сутнісних складових доступності СМ як територіальна та фінансова доступність.

Територіальна доступність СМ полягає у створенні таких умов, при яких будь-яка особа незалежно від місця її проживання/перебування зможе отримати кваліфіковану медичну допомогу, якої вона відповідно потребує. Така можливість, як зазначає АА. Шульга, розглядалась безпосередньо на етапі складання Перспективного плану формування територій громад Миколаївщини, який передбачав укрупнення об'єднаних територіальних громад. Окрім того, планувалося в області укрупнити і райони – замість 19 існуючих залишити 4 райони, що в подальшому і відбулось [28, с. 71]. Далі у 2019 р, на основі новосформованих районів буди окремо виділені госпітальні



округи – території, у межах яких забезпечується «надання якісної, комплексної, безперервної і орієнтованої на пацієнтів медичної та реабілітаційної допомоги» [34].

На початку проведення трансформаційних змін у системі охорони здоров'я та забезпечення розвитку СМ в Україні планувалось сформувати від 3 до 5 округів у кожній області, в яких функціонуватиме, як мінімум, одна багатoproфільна лікарня інтенсивної терапії першого чи другого рівня, що може обслуговувати 120-200 тис. осіб. При цьому ставилась основна вимога до організації інфраструктури в окрузі – можливість дістатися до лікарні не більш ніж за годину з найвіддаленішої точки в його межах. Решта лікарень у рамках округу мали перепрофілюватись на реабілітаційні, паліативні, хоспісні центри, жіночі консультації, амбулаторії тощо (див. Додаток А). Тобто в ході медичної реформи змінювалась лише спрямованість медичних закладів, логістика і рух пацієнтів. Відповідно найпотужніші медичні заклади набули статусу лікарень інтенсивного лікування. Щодо лікарень планового лікування, то враховувались наявні в них потужності/ресурси та потреби/запити у лікуванні. Так, наприклад, у тих медичних закладах, де добре організовані хірургічні відділення, безпечні умови для проведення планових операцій, усі зусилля (фінансові, кадрові, інфраструктурні) спрямовуються на підтримання і розвиток хірургічного напрямку. У свою чергу, в медичних закладах, де сильні пологові відділення, чи травматологія або педіатрія, спрямується зусилля на укріплення і розвиток відповідних напрямків [22].

Безпосередньо в Миколаївській області планувалось створити чотири такі округи:

- Первомайський (із кількістю населення близько 163,2 тис. осіб);
- Вознесенський (із кількістю населення приблизно 181,8 тис. осіб);
- Миколаївський (із кількістю населення орієнтовно 648,1 тис. осіб);
- Східний (охоплює населення, кількість якого становить близько 147,3 тис. осіб) (див. Додаток Б) [44].

Запуск третього етапу медичної реформи, а також повномасштабне

вторгнення російських військ на територію України, урядом було прийнято рішення дещо змінити підхід до формування й функціонування госпітальних округів. У лютому 2023 р. Кабінет Міністрів України видав Постанову № 174 «Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я» (у свою чергу, Постанова № 1074 та безпосередньо Розпорядження № 465-р втратили чинність). Затверджений Порядок «встановлює механізм функціонування госпітальних округів і госпітальних кластерів та встановлення їх меж та механізм визначення надкластерних, кластерних, загальних та інших видів закладів охорони здоров'я, що входять до спроможної мережі закладів охорони здоров'я відповідного госпітального округу» [25].

За новим підходом, межами госпітальних округів, в яких вони функціонують є Автономна Республіка Крим (далі – АРК), області, міста Київ та Севастополь. Відповідно вся мережа закладів охорони здоров'я у вказаних адміністративно-територіальних одиницях об'єднуються в один госпітальний округ. У свою чергу, госпітальні округи поділяються на менші частини – госпітальні кластери, територіальними межами яких є райони.

Відтепер заклади охорони здоров'я, в залежності від виду медичної допомоги, яка в них надається, поділяються на три рівні (див. Додаток В). Ці заклади, разом із надавачами медичних послуг, котрі надають ПМСД та центрами екстреної медичної допомоги і медицини катастроф із пунктами постійного базування бригаад екстреної (швидкої) медичної допомоги, входять до складу спроможної мережі закладів охорони здоров'я. Такою мережею є загальна сукупність усіх надавачів медичних послуг, котрі забезпечують медичне обслуговування у межах відповідних госпітальних округів, зокрема під час надзвичайних ситуацій, надзвичайного чи воєнного стану, та можуть організувати належну якість такого обслуговування, його своєчасність і доступність для населення, а також ефективне використання матеріальних, трудових та інших ресурсів [25].

У результаті таких перетворень територіальна доступність СМ досягається шляхом формування спроможної мережі медичних закладів, розширення

послуг у СМ, розробки та виконання плану розвитку госпітальних округів, удосконалення транспортної доступності безпосередньо до сімейних амбулаторій, забезпечення їх фінансової спроможності тощо (див. Додаток Г) [25].

Отже, враховуючи викладене можна узагальнити, що створення госпітальних округів обґрунтовується тим, щоб сформувати спроможну мережу закладів охорони здоров'я в Україні доступну для всіх людей незалежно від їх місця проживання/перебування. Іншими словами, такі округи покликані впорядкувати мережу лікарень, усунувши медичний, інфраструктурний та кадровий дисбаланс, зробити її територіально, транспортно і фінансово доступною і зручною для людей, водночас спонукати медичний персонал до підвищення рівня фаховості і якості обслуговування.

Окреме місце в територіальній доступності СМ займає питання забезпечення вільного доступу до приміщень відповідних медичних закладів маломобільних груп населення, осіб старшого віку, осіб із дитячими візками тощо. Так, при проектуванні медичних закладів для зручного доступу зазначених груп населення необхідно передбачати встановлення різних засобів, пристроїв, розробки механізмів у відповідності зі встановленими державою вимогами та нормативними документами.

Якщо говорити про фінансову доступність СМ як державної гарантії забезпечення права на медичну допомогу, то на сучасному етапі вона передбачає перехід від фінансування закладів охорони здоров'я відповідно до кошторису оплати державою фактично наданої медичної допомоги конкретній людині. Принцип «гроші йдуть за пацієнтом» на практиці в СМ означає, що людина звертається до конкретного сімейного лікаря за допомогою, а держава перераховує кошти в медичний заклад, в якому працює такий лікар, або безпосередньо сімейному лікарю, якщо він має власну приватну медичну практику. Таким чином, якщо раніше держава утримувала заклади охорони здоров'я, на що йшло колосальний об'єм бюджетних коштів, то тепер вона оплачує лише конкретний пакет медичних послуг, що надаються пацієнтам в сімейних амбулаторіях або сімейними лікарями у приватному порядку [5].

Більш того, як стверджує В.І. Андріяш, державні витрати на СМ – «це відносна величина, котра розраховується у вигляді загального обсягу державних та приватних витрат на охорону здоров'я протягом встановленого календарного року й включаючи державні бюджети всіх рівнів, кошти фондів медичного страхування, зовнішніх запозичень, грантів й пожертвувань від міжнародних установ, неурядових організацій тощо» [2, с. 488].

Зважаючи на викладене модна виокремити наступні принципи, що витікають один із одного, комплексне дотримання яких забезпечує фінансову доступність СМ в Україні:



**Рис. 2.5. Принципи забезпечення фінансової доступності СМ в Україні**

З метою дотримання вказаних принципів у 2017 р. було розроблено ПМГ та створено окремий центральний орган виконавчої влади, який реалізує політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення – НСЗУ [61].

Суть ПМГ полягає у наданні громадянам України медичних послуг, забезпеченні їх необхідними лікарськими засобами та медичними виробами за рахунок коштів Державного бюджету України, що покращать якість їх життя,

зможуть запобігти виникненню ускладнень внаслідок різних захворювань чи патологічних станів/вагітності та передчасної смерті. Іншими словами ця програма впроваджена для зменшення фінансового навантаження на громадян (дорослих і дітей) в отриманні таких видів медичної допомоги як: первинна, спеціалізована, екстрена, паліативна та реабілітація. Цією програмою на кожний календарний рік закріплюється перелік та обсяг медичних послуг і виробів, лікарських засобів. Так, наприклад, відповідно до наказу МОЗ № 279, виданого 20 лютого 2024 р. «Про затвердження Переліків лікарських засобів і медичних виробів, які підлягають реімбурсації за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, станом на 12 лютого 2024 року», до списку ліків, котрі можна отримати за даною програмою включено 489 препаратів, з них 185 безоплатно, а інші з незначною доплатою. У свою чергу, до переліку медичних виробів, які підлягають реімбурсації, включено 43 позиції, з яких 2 відшкодовуються повністю [43].

Бюджет ПМГ у 2024 р. склав понад 159 млрд грн. (що на 16,3 млрд грн. більше ніж у 2023 р.), з яких 5,2 млрд грн. виділено на реімбурсацію лікарських засобів (0,5 млрд грн. більше ніж у 2023 р.) (див. Рис. 2.6) [9], [10], [11]. З наведених цифр ми можемо зробити висновок, що, навіть не зважаючи на повномасштабну війну в Україні, держава піклується про своїх громадян та робить усе можливе щоб забезпечити фінансову доступність СМ.

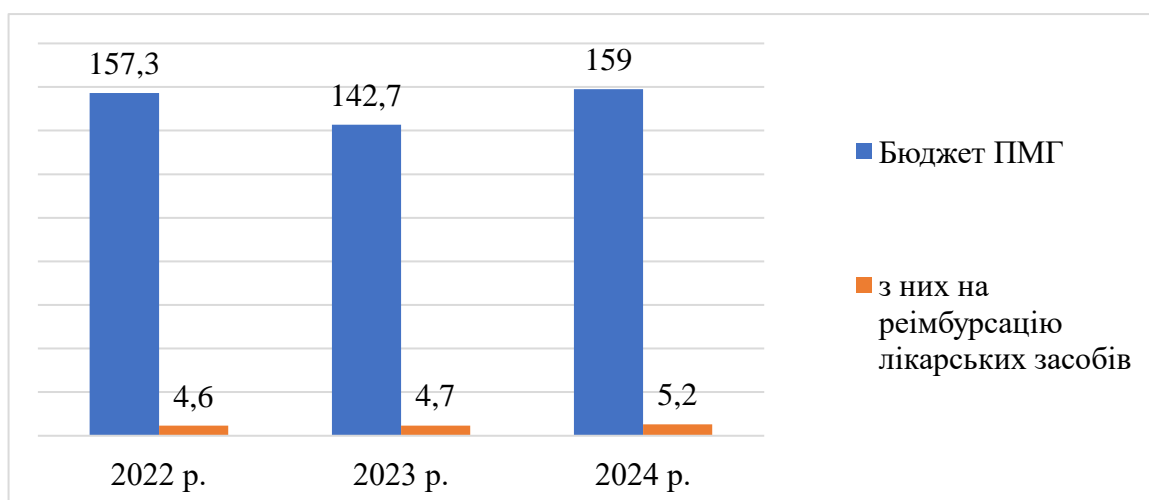
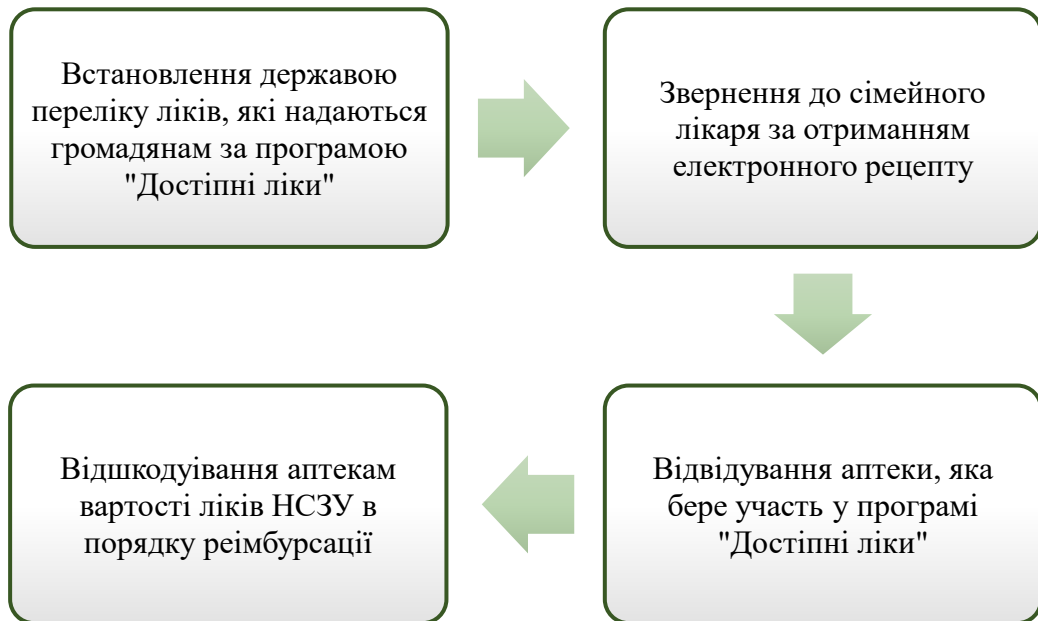


Рис. 2.6. Розміри бюджету ПМГ 2022–2024 рр.

Отримати ліки чи послуги за ПМГ доволі просто, що також підтверджує територіальну та фінансову доступність СМ як державних гарантій забезпечення права на медичну допомогу. Для прикладу, наведемо механізм отримання ліків за державною програмою «Доступні ліки» у межах ПМГ, що представлений на Рис. 2.7.



**Рис. 2.7. Механізм отримання ліків за державною програмою «Доступні ліки»**

НСЗУ виступає національним страховиком, котрий укладає договори безпосередньо з сімейними амбулаторіями чи іншими медичними закладами, а також окремо із сімейними лікарями, котрі здійснюють власну медичну практику та закупає у них послуги з медичного обслуговування населення країни відповідно до кількості пацієнтів, яким було надано медичну допомогу. При цьому фінансування відбувається на умовах попередньої оплати.

У 2019 р. НСЗУ реалізувала загальнодержавну програму «Доступні ліки» та почала впроваджувати електронні медичні картки й електронний рецепт. Також у 2019 р. вперше запрацював автоматичний обмін даними між НСЗУ та Державною службою з лікарських засобів та контролю за наркотиками через систему «Трембіта». В 2020 р. НСЗУ почала здійснювати фінансування усіх медичних послуг.

Передбачається, що фінансування медичної допомоги через НСЗУ

забезпечить єдині стандарти надання медичної допомоги та рівний доступ до медичних послуг для кожного громадянина, незалежно від їх прописки чи місця реєстрації. Держава гарантує, що кожній людині, яка звернеться до сімейного лікаря, буде надано кваліфіковану медичну допомогу безкоштовно. Відповідно, лікар гарантовано отримає гроші за свою роботу, згідно зі встановленим тарифом, незалежно від того, де він працює – у великому місті чи в сільській місцевості. Фінансування медичного закладу, в якому працює лікар, амбулаторії чи фізичної особи-підприємця, котра проваджують господарську діяльність з медичної практики здійснюватиметься з державного бюджету і не залежить від фінансової спроможності територіальної громади чи прихильності місцевих чиновників. Як вже зазначалось вище його обсяг розраховується виключно у відповідності до кількості осіб, які уклали угоди (декларації) з лікарями цих закладів [58].

Отже, враховуючи вищевикладене можна зробити висновок, що в Україні створюються всі умови для забезпечення територіальної та фінансової доступності СМ як державних гарантій забезпечення права на медичну допомогу. Територіальна доступність СМ полягає у розташуванні/розміщенні сімейних амбулаторій якнайближче до пацієнтів, з урахуванням існуючих транспортних комунікацій й інфраструктури, а також у створенні зручного, комфортного і реального доступу до приміщень медичних закладів для всіх громадян незалежно від їх віку та фізичних можливостей. У свою чергу, фінансова доступність полягає у достатньому фінансуванні сімейних амбулаторій, яке охоплює технічне оснащення лікарень, забезпечення відповідним транспортом, лікарськими засобами і виробами, фінансово вмотивованим кваліфікованим персоналом тощо, а також у наданні рівних можливостей до СМ усіх громадян, незалежно від рівня їх матеріального стану, віку чи статті, приналежності до певного соціального прошарку, професії, етнічної групи тощо, шляхом створення і фінансування ПМГ.

## Висновки до Розділу 2

Нормативне забезпечення функціонування СМ представлене великою кількістю правових актів, положення яких ґрунтуються на Конституції України та відповідних міжнародних документах. Ці акти регулюють питання розвитку СМ в Україні, а саме: розробки і реалізації загальнодержавних програм щодо належного функціонування СМ; удосконалення системи медичного обслуговування та створення єдиної системи надання ПМСД на засадах СМ; оптимізація організаційної структури та кількості сімейних амбулаторій; підвищення рівня забезпечення населення належною медичною допомогою та необхідними лікарськими засобами; забезпечення сімейних амбулаторій висококваліфікованими працівниками тощо.

ДРФСМ здійснюється із застосуванням різних форм правового й організаційного характеру, котрі є зовнішнім вираженням роботи публічно-владних суб'єктів уповноважених на виконання управлінських функцій у сфері СМ.

На сьогодні в Україні створюються всі умови для забезпечення територіальної та фінансової доступності СМ як державних гарантій забезпечення права на медичну допомогу, шляхом оптимального розміщення сімейних амбулаторій, створення зручного, комфортного і реального доступу до їх приміщень, достатнього фінансування медичних закладів, а також впровадження для усіх громадян ПМГ та їх фінансування.



## РОЗДІЛ 3

### УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ФУНКЦІОНУВАННЯ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В УМОВАХ ВІЙСЬКОВО-РЕФОРМАТОРСЬКИХ ЗМІН

#### 3.1. Аналіз рівня організації та подальшого розвитку сімейної медицини в Україні на сучасному етапі

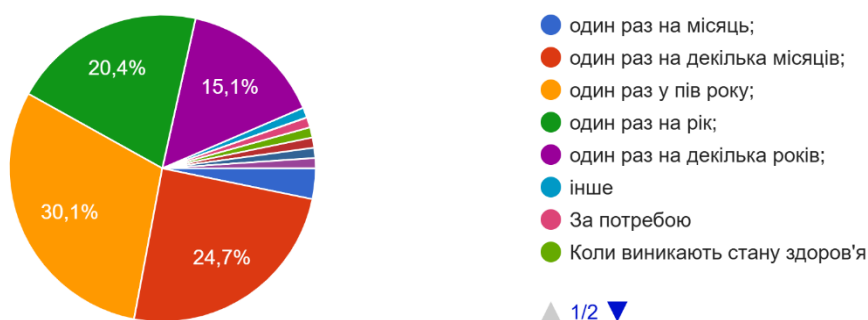
СМ є важливою ланкою у вітчизняній системі охорони здоров'я, належна якість і функціонування якої забезпечує здоров'язбереження населення країни. Зважаючи на це та з метою удосконалення ДРФСМ, на наш погляд, необхідно визначити рівень організації й функціонування СМ, особливо наразі – в умовах військово-реформаторських змін. Відповідно для цього, нами було розроблено анкету-опитувальник, яка є повністю анонімною та дозволяє не лише загально з'ясувати наскільки якісно організована й ефективно функціонує СМ в нашій державі, а й сформулювати способи посилення роботи сімейних амбулаторій/сімейних лікарів в умовах війни та у післявоєнний період (див. Додаток Е).

Анкетування проводилось протягом серпня-листопада 2024 р. серед багатьох верств населення м. Миколаєва, в якому взяли участь понад двісті респондентів різної статево-вікової групи (переважно це особи віком від 25 до 45 років, з яких 80% жінки). Здебільшого це спеціалісти таких сфер як: публічне управління, охорона здоров'я, освіта, економіка, юриспруденція (див. Рис. 3.1) [3].



**Рис. 3.1. Сфера діяльності (спеціальність/фах) респондентів**

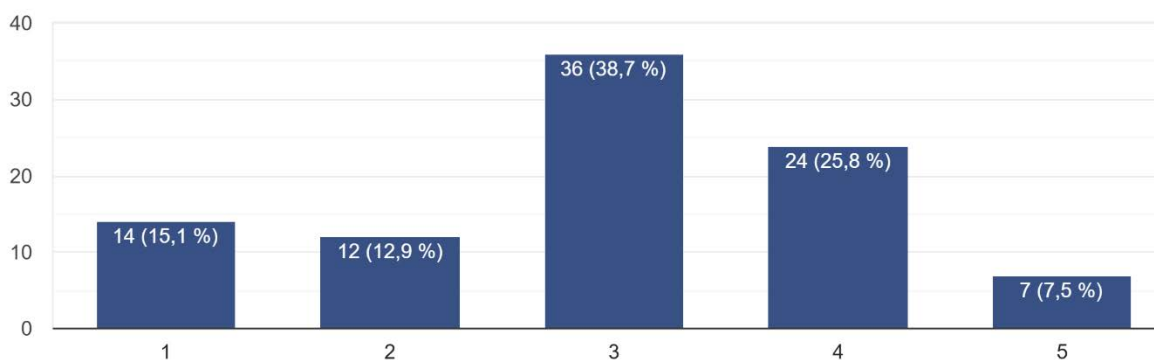
Оцінюючи рівень якості й ефективності функціонування СМ в Україні, необхідно розуміти як часто/рідко люди звертаються за допомогою до сімейних лікарів та наскільки інтенсивно користуються різними медичними послугами. Тому одним із перших питань було – із якою періодичністю люди звертаються за наданням медичної допомоги/послуги до сімейної амбулаторії/сімейного лікаря? Відповідно ми отримали такі результати: 3,2% респондентів відповіли, що звертаються за такою допомогою один раз на місяць; 24,7% – один раз на декілька місяців; 30,1% – один раз у півроку; 20,4% – один раз на рік; 15,1% – один раз на декілька років; 9,7% відповіли, що звертаються за такою допомогою виключно за потребою/необхідністю, яка може виникати у різний час (див. Рис. 3.2) [3].



**Рис. 3.2. Частота звернення респондентів за наданням медичної допомоги/послуги до сімейної амбулаторії/сімейного лікаря**

Враховуючи те, що вже не один рік триває реформування вітчизняної медичної галузі, пріоритетним напрямом якого є формування фінансово і

територіально доступної та якісної медичної допомоги на всіх рівнях її надання, ми запитали чи знають респонденти про такі зміни у нашій державі – 84,9% відповіли, що знають, а 15,1%, що ні. Такі дані свідчать про те, що на державному та регіональному рівні проводиться широка інформаційно-просвітницька кампанія щодо трансформаційних змін у вітчизняній сфері охорони здоров'я. Однак, факт проведення реформ не означає та не гарантує позитивні результати – якість і доцільність перетворень. Зважаючи на це ми поцікавились у тих респондентів, які обізнані стосовно медичного реформування, наскільки вони оцінюють рівень задоволеністю змінами у вітчизняній системі охорони здоров'я за шкалою від 1 до 5 (де 1 – повністю незадоволені, а 5 – абсолютно задоволені). Відповідно нами були отримані такі результати: 33,3% опитаних задоволені змінами у вітчизняній системі охорони здоров'я, у свою чергу, 28% не задоволені такими змінами, при цьому 38,7% посередньо задоволені змінами (див Рис. 3.3) [3].



**Рис. 3.3. Рівень задоволеністю змінами у вітчизняній системі охорони здоров'я**

Зважаючи на те, що учасники опитування є потенційними/реальними споживачами медичних послуг ми поставили їм запитання наскільки доцільним, на їх погляд, є реорганізація медичних закладів та виділення окремо сімейних амбулаторій – центрів ПМСД? Думки опитаних розділились майже порівну: 54,8% вважають такі реорганізації доцільними, а 45,2% – ні [3]. Такі дані свідчать про несприйняття публічно-управлінських змін щодо нової організаційної структури вітчизняної системи охорони здоров'я, особливо на первинному рівні, та нерозуміння респондентів доцільності

(фінансової, територіальної, кадрової тощо) здійснення реорганізації медичних закладів та виділення окремо сімейних амбулаторій.

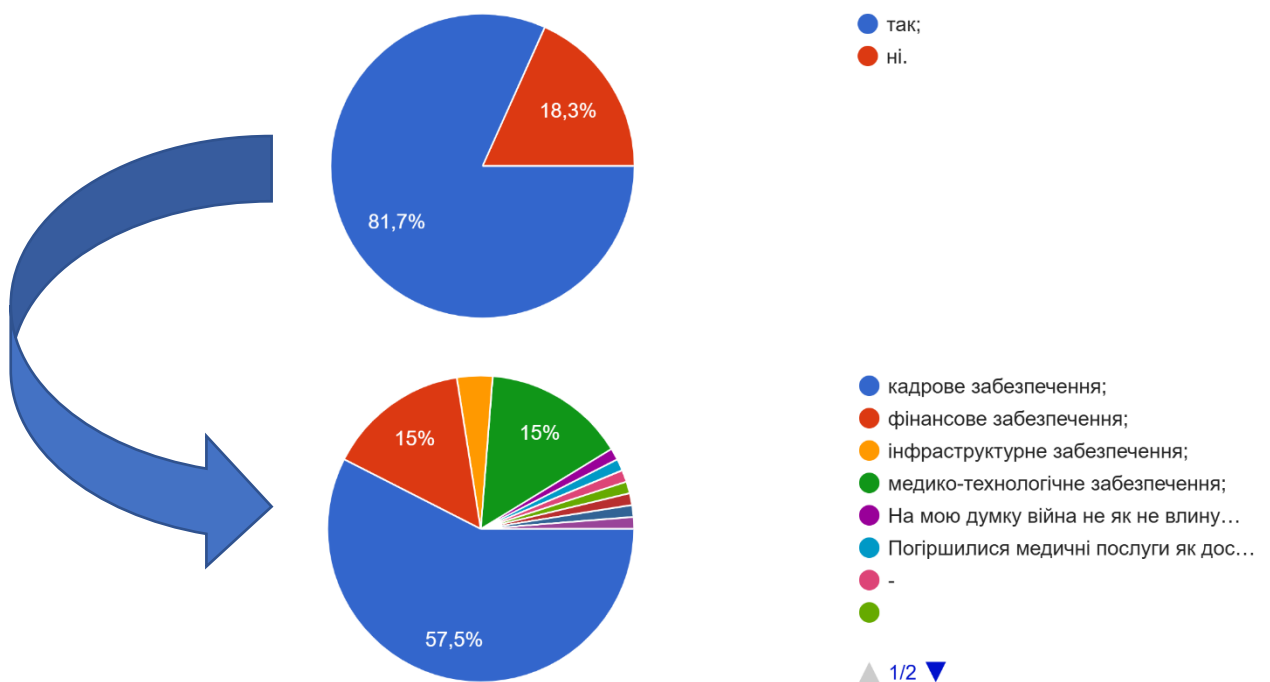
Звертаючи увагу на те, що у правовій державі право та закон має стояти на першому місці, а вся публічно-управлінська та владна діяльність повинна бути чітко нормативно регламентована, то сфера охорони здоров'я у цьому контексті також не є винятком. Відповідно у респондентів ми запитали чи достатнє/якісне нормативне забезпечення (закони та підзаконні акти) функціонування СМ в Україні? 68,8% опитаних відповіли, що ні, натомість 31,2% вважають нормативне забезпечення функціонування СМ достатнім та якісним [3]. Одразу хотілося б звернути увагу, що аналізуючи такі цифри треба зважати на те, ким є за фахом/спеціальністю респондент і на скільки він/вона обізнані у положеннях нормативних актів, що регулюють сферу охорони здоров'я та чи користуються вони їх нормами у професійній діяльності. Якщо це враховувати, то відсоткове співвідношення може змінитися, при цьому як в один, так і в інший бік.

Поряд із належним нормативним забезпеченням має бути й достатній об'єм державного фінансування для забезпечення належного функціонування сімейних амбулаторій. Відповідно ми поцікавились у респондентів чи є такі об'єми достатніми на сьогодні. Позиція опитаних була майже однотайна – 81,7% вважають, що об'єми державного фінансування для забезпечення належного функціонування відповідних закладів є недостатніми. Разом із тим, 78,5% респондентів переконані, що підтримка функціонування сімейних амбулаторій з боку місцевої влади є недостатньою на сьогодні [3].

Окрім того, ми запитали респондентів чи відповідають, на їх погляд, розміри заробітних плат персоналу сімейних амбулаторій сучасним економічним реаліям та чи достатній перелік медичних послуг/лікарських засобів і виробів, передбачених ПМГ. Нами було отримано такі результати: 76,3% вважають, що розміри заробітних плат персоналу сімейних амбулаторій не відповідають сучасним економічним реаліям, а 23,7% навпаки – відповідають; у свою чергу, 81,7% вважають, що перелік медичних

послуг/лікарських засобів і виробів, передбачених програмою державних гарантій медичного обслуговування населення не є достатнім, а 18,3% навпаки – достатнім [3].

Війна для України – це суттєві втрати, певні надбання, зміни, переорієнтація, переоцінювання, релокація тощо. Вплив війни відчували на собі всі суспільні сфери країни. Ми запитали у респондентів, а чи вплинула, на їх думку, війна на функціонування й подальший розвиток інституту сімейної медицини в Україні? Цікаво, що 18,3% опитаних вважають, що війна жодним чином не вплинула на даний інститут. У свою чергу, 81,7% переконанні, що повномасштабне вторгнення негативним чином «відбилось» на нормальному функціонуванні та подальшому розвитку СМ в нашій державі. При цьому найбільше вплинуло саме на такі її складові частини як: кадрове (57,5%), фінансове (15%) та медико-технологічне забезпечення (15%). Деякі респонденти переконанні, що війна вплинула абсолютно на всі складові частини функціонування і подальшого розвитку інституту СМ (2%), водночас були й ті, які відповіли, що через війну погіршилась виключно якість і доступність (у тому числі фінансова) медичних послуг (1%) (див. Рис. 3.4) [3].



**Рис. 3.4. Вплив війни на складові частини функціонування й подальшого розвитку вітчизняного інституту СМ**

У довоєнний час через незначний розмір заробітної плати медичних працівників та пандемію COVID-19, вітчизняні заклади охорони здоров'я втратили певний відсоток кадрів, а повномасштабна війна цей відсоток лише тільки збільшила. Відповідно зріс рівень навантаження на одну медичну команду, яка лікує пацієнтів, здійснює профілактичні чи реабілітаційні заходи тощо. Така ситуація спричинює ризик зниження рівня доступності та якості медичного обслуговування. Зважаючи на це, ми поставили респондентам ряд запитань, що стосуються рівня завантаженості роботою сімейних амбулаторій, професіоналізму, укомплектованості та вмотивованості їх персоналу, розгалуженості цих закладів тощо та попросили оцінити за шкалою від 1 до 5 (де 1 – це низький рівень, а 5 – високий). Нами було отримано наступні результати, що представлені у Таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

**Результати опитування щодо визначення рівня організації та функціонування СМ в Україні на сучасному етапі [3]**

| Запитання   | Бальна шкала / відсоток опитаних |               |               |               |               |
|---|----------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
|   | 1                                | 2             | 3             | 4             | 5             |
| Який рівень завантаженості роботою сімейних амбулаторій?  | 3,2%                             | 6,5%          | 29%           | 25,8%         | 35,5%         |
| Який рівень професіоналізму персоналу сімейних амбулаторій?   | 6,5%                             | 4,3%          | 37,6%         | 37,6%         | 14%           |
| Який рівень укомплектованості персоналу сімейних амбулаторій?   | 9,7%                             | 21,5%         | 38,7%         | 22,6%         | 7,5%          |
| Який рівень вмотивованості персоналу сімейних амбулаторій?  | 8,6%                             | 23,7%         | 35,5%         | 25,8%         | 6,5%          |
| Який рівень розгалуженості та доступності мережі сімейних амбулаторій?  | 7,5%                             | 12,9%         | 34,4%         | 33,3%         | 11,8%         |
| Який рівень безбар'єрності сімейних амбулаторій (наявність пандусів, справність ліфтів, доступ до інформації людей із вадами зору/слуху, вільний доступ до медичних кабінетів/палат й інших приміщень для маломобільних груп населення тощо)? | 8,6%                             | 19,4%         | 25,8%         | 30,1%         | 16,1%         |
| Який рівень укомплектованості матеріально-технічної бази сімейних амбулаторій?  | 6,5%                             | 18,3%         | 45,2%         | 21,5%         | 8,6%          |
| <b>ВСЬОГО (у відсотковому співвідношенні до загальної кількості опитаних)</b>   | <b>7,23%</b>                     | <b>15,22%</b> | <b>35,17%</b> | <b>28,10%</b> | <b>14,28%</b> |

Із наведених даних у Таблиці 3.1 можна зробити висновок, що незначна кількість опитаних (14,28%) максимально (у 5 балів) оцінили по відповідним критеріям рівень організації та функціонування СМ в Україні на сучасному етапі; 28,10% – оцінили на 4 бали; 35,17% – оцінили на 3 бали; 15,22% – оцінили на 2 бали; 7,23% – оцінили на 1 бал. Такі дані свідчать про те, що більша частина респондентів на відносно задовільному рівні оцінює сучасний стан функціонування вітчизняної СМ. При цьому найменше у максимальну кількість балів (у 5 балів) оцінили рівень укомплектованості й вмотивованості персоналу сімейних амбулаторій. У свою чергу, у мінімальну кількість балів (в 1 бал) респонденти оцінили саме рівень завантаженості роботою сімейних амбулаторій, вважаючи, що при існуючій кількості населення, яке звертається за отриманням ПМСД медичні працівники неперевантажені. Значна частина опитаних (51,6%) високо оцінили рівень професіоналізму персоналу сімейних амбулаторій. При цьому 10,8% опитаних вважають, що персонал сімейних амбулаторій є некомпетентним. 67,7% респондентів більш ніж задовільно оцінюють рівень розгалуженості та доступності мережі сімейних амбулаторій, укомплектованості їх матеріально-технічної бази (66,7%), а також їх безбар'єрності (55,9%) [3].

На кінець хотілося б додати, що нами було запропоновано методикку підрахунку балів за відповіді на питання анкети-опитувальника та визначено градацію рівня організації та функціонування СМ в Україні на сучасному етапі. Відповідно за відповідь «так» нараховується 1 бал, за відповідь «ні» нараховується 0 балів у питаннях № 7, № 8, № 16, № 17, № 18, № 19 анкети. У свою чергу, за кожну відповідь, у якій респондент обирає одну цифру від 1 до 5, нараховується кількість така балів, що відповідає обраній цифрі у питаннях № 6, № 9, № 10, № 11, № 12, № 13, № 14, № 15 (див. Додаток Е). У результаті опитування можна було набрати мінімальну та максимальну кількість балів, що відповідає певному рівню організації та функціонування СМ (див. Рис. 3.5).



**Рис. 3.5. Рівні організації та функціонування СМ в Україні на сучасному етапі**

За підсумками анкетування узагальнено ми отримали 27 балів, що відповідає достатньому рівню організації та функціонування вітчизняної СМ на сьогодні.

Отже, виходячи із вищенаведеного, можна говорити про задовільний рівень організації та функціонування СМ в Україні на сучасному етапі, якому притаманні певні негативні сплески, що у більшості випадків спричинено об'єктивними (військово-політичними, соціально-економічними) умовами в країні та суб'єктивним ставлення (відсутність довіри, необізнаність) певної категорії населення до трансформаційних змін у медичній галузі.

### **3.2. SWOT-модель функціонування сімейної медицини та способи покращення державного регулювання цим інститутом в умовах воєнного стану**

Враховуючи результати проведеного нами опитування, що детально описані у попередньому пункті роботи, існуючий стан функціонування СМ в Україні та ті проблеми і виклики, з якими зіштовхнулась вітчизняна система охорони здоров'я можна узагальнити сильні та слабкі сторони, а також потенційні ризики і можливості її функціонування в умовах військово-реформаторських змін, що схематично представлені у Додатку Ж у відсотковому співвідношенні від більшого до меншого.

Відповідно сильними сторонами функціонування СМ в умовах воєнного



стану є:

- вільний вибір сімейного лікаря та сімейної амбулаторії;
- доступність надання медичних послуг (територіальна, фінансова, організаційна, інформаційна доступність, оперативність надання/отримання);
- індивідуальний підхід до пацієнтів;
- наявність телемедицини (дистанційне надання медичних послуг за допомогою використання будь-яких підручних гаджетів (телефон, планшет або комп'ютер) в аудіо або відео форматі);
- якість надання медичної допомоги/здійснення медичного обслуговування;
- сучасні, комфортні приміщення та медичні кабінети сімейних амбулаторій, адаптовані до потреб різних груп населення;
- координація лікування (передача відповідальності за пацієнта або обмін інформацією про нього при зміні лікуючого лікаря);
- якісний кадровий склад сімейних амбулаторій;
- організація та забезпечення безперервного професійного розвитку медперсоналу;
- превентивність (зосередженість сімейної медицини саме на профілактиці захворювань).

У свою чергу, слабкими сторонами функціонування такого інституту на сьогодні є:

- дефіцит кадрів;
- недостатнє фінансування з державного та місцевих бюджетів;
- обмежений перелік медичних послуг/лікарських засобів і виробів, передбачених ПМГ;
- висока навантаженість на одного сімейного лікаря;
- висока вартість платних медичних послуг;
- вплив фармацевтичних компаній на вибір і методи лікування;
- низька якість надання медичної допомоги/здійснення медичного обслуговування;

- застаріла матеріально-технічна база сімейних амбулаторій;
- застарілі методи діагностики й лікування;
- відсутність комфортних приміщень та медичних кабінетів сімейних амбулаторій, адаптованих до потреб різних груп населення;
- низький рівень професійної підготовки медичних кадрів;
- відсутність поваги з боку медперсоналу до пацієнтів;
- важкодоступна мережа сімейних амбулаторій (невдале територіальне розташування, відсутність належного транспортного сполучення/зв'язку тощо);
- ігнорування у роботі телемедичних технологій.

Зважаючи на слабкі сторони, функціонування СМ в умовах воєнного стану може здійснюватись в умовах таких ризиків як:

- зменшення рівня фінансування з державного та місцевих бюджетів;
- низька платоспроможність населення;
- пасивне ставлення громадян до власного здоров'я;
- посилення військових дій в Україні;
- високий рівень бюрократизації;
- поширення корупції;
- посилення демографічної кризи;
- неефективна комунікація сімейних амбулаторій із вторинної та третинною ланкою (вузькими спеціалістами);
- висока конкуренція між державними/комунальними та приватними сімейними амбулаторіями;
- несприятлива політична/екологічна/соціально-економічна ситуація в країні;
- посилення впливу фармацевтичних компаній на вибір і методи лікування;
- заплутані та суперечливі норми законодавства;
- погіршення стану транспортної інфраструктури;

- відсутність підтримки з боку бізнесу.

Водночас, поряд із ризиками перед СМ в Україні відкриті такі можливості як:

- збільшення доступності надання медичних послуг (територіальна, фінансова, організаційна, інформаційна доступність, оперативність надання/отримання);
- активне ставлення громадян до власного здоров'я;
- розширення переліку медичних послуг/лікарських засобів і виробів, передбачених ПМГ;
- мінімізація бюрократичних дій/процедур;
- зростання платоспроможності населення;
- соціально-політична стабільність;
- високий рівень розвитку економіки;
- оновлення нормативно-правової бази відповідно до сучасних реалій та потреб;
- розширення мережі сімейних амбулаторій;
- розвиток приватних сімейних амбулаторій/кабінетів сімейного лікаря;
- впровадження цифрових технологій, у тому числі у найвіддаленіших частинах України;
- низький рівень корупції;
- розвиток доказової медицини;
- подолання демографічної кризи;
- розбудова транспортної інфраструктури;
- розвиток державно-приватного партнерства.

Зважаючи на викладене, хотілося б підкреслити, що слабкі сторони функціонування СМ в умовах воєнного стану можуть бути посилені можливостями, активізація та використання яких буде сприяти розвитку даного інституту.

Отже, враховуючи вищезазначене, для покращення ДРФСМ в умовах

воєнного стану та у післявоєнний період, на наш погляд, необхідно:

- 1) забезпечити належний рівень фінансування, при цьому як з боку держави, так і з боку місцевої влади;
- 2) створити умови для безперервного професійного розвитку медичних працівників;
- 3) розширити можливості телемедицини, особливо для тих пацієнтів, які знаходяться за кордоном;
- 4) покращити умови праці медперсоналу та матеріально-технічне оснащення сімейних амбулаторій;
- 5) здійснювати якісну підготовку медичних кадрів на всіх етап проходження професійного навчання;
- 6) налагоджувати та посилювати міжнародну співпрацю;
- 7) створювати мультидисциплінарні команди (команди швидкого реагування, які надають соціально-психологічну допомогу сім'ям з дітьми та іншим людям, постраждалим від війни);
- 8) активно співпрацювати з населенням та громадськими організаціями.

### **Висновки до Розділу 3**

За результатами проведеного протягом серпня-листопада 2024 р. опитування серед різних верств населення м. Миколаєва, можна говорити про те, що рівень організації та функціонування СМ в Україні на сучасному етапі знаходиться на задовільному рівні, якому притаманні певні негативні сплески, що у більшості випадків спричинено об'єктивними умовами в країні та суб'єктивним ставлення певної категорії населення до трансформаційних змін у медичній галузі.

На сьогодні СМ в Україні притаманні як сильні та слабкі сторони,

водночас належному її функціонуванню, особливо в умовах війни загрожують певні ризики, що можуть суттєво вплинути на всю вітчизняну систему охорони здоров'я. Разом із тим, існують певні можливості, при активізації та використанні яких СМ розвинеться із новою «силою» та стане конкурентоспроможним інститутом європейського рівня. Відповідно для досягнення цього та з метою покращення ДРФСМ в умовах воєнного стану й у післявоєнний період необхідно впроваджувати ряд заходів нормативного, медико-управлінського, науково-освітнього та просвітницького характеру.

## ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі досліджено ДРФСМ в Україні за сучасних умов та сформульовано наступні висновки і пропозиції:

1. Становлення та розвиток ДРФСМ в Україні започатковано ще за часів Київської Русі, яке умовно можна поділити на шість етапів, що характеризуються постійним розвитком і посиленням різних форм надання медичної допомоги населенню на засадах СМ. На сьогодні ДРФСМ – це цілеспрямований, системний вплив публічно-владних інституцій, що реалізується за допомогою комплексного впровадження різних заходів, інструментів, методів і технологій, дія яких спрямована на розвиток СМ, попередження й усунення недоліків у її функціонуванні для забезпечення населення якісною, ефективною та доступною медичною допомогою. Таке регулювання здійснюється на основі загальних і спеціальних принципів та орієнтовано на виконання ряду завдань, які стосуються розбудови СМ, формування необхідної нормативної бази, організації системи професійної освіти і підготовки медичних кадрів, забезпечення якісного й ефективного публічного управління у сфері СМ, гарантування і реалізації права на медичну допомогу та поглиблення міжнародного співробітництва.

2. Нормативне забезпечення функціонування СМ представлене великою кількістю правових актів, положення яких ґрунтуються на Конституції України та міжнародних документах. На жаль, наразі існують окремі питання функціонування СМ, особливо в умовах війни, які потребують додаткового нормативного врегулювання.

3. ДРФСМ, як організаційно-владний процес, здійснюється із застосуванням певних форм, котрі є зовнішнім вираженням роботи публічно-владних суб'єктів уповноважених на виконання управлінських функцій у сфері СМ. Це такі форми як: видання нормативних актів, формування кадрового складу, керівництво окремими підрозділами, проведення

нарад/семінарів/інструктажів, організація всеукраїнських з'їздів, здійснення матеріально-технічного забезпечення та ін.

4. Сьогодні в Україні створюються всі умови для забезпечення територіальної та фінансової доступності СМ, як державних гарантій забезпечення права на медичну допомогу, шляхом оптимального розміщення сімейних амбулаторій, створення зручного, комфортного і реального доступу до їх приміщень, достатнього фінансування медичних закладів, а також впровадження для усіх громадян ПМГ та їх фінансування.

5. За результатами проведеного протягом серпня-листопада 2024 р. опитування серед різних верств населення м. Миколаєва, в якому взяли участь понад двісті респондентів різної статево-вікової групи, можна говорити про те, що рівень організації та функціонування СМ в Україні на сучасному етапі знаходиться на задовільному рівні. Йому притаманні певні негативні сплески, що у більшості випадків спричинено об'єктивними умовами в країні та суб'єктивним ставлення певної категорії населення до трансформаційних змін у медичній галузі. Вважаємо, що такий стан речей є «сигналом» для чинної влади та управлінського корпусу країни приділяти більше уваги саме суспільній підтримці державницьких ідей, у тому числі, у сфері охорони здоров'я, щоб максимально унеможливити у майбутньому виникнення і загострення конфліктних ситуацій у суспільстві та збільшити ефективність від здійснюваних перетворень.

6. На сучасному етапі суспільного розвитку СМ притаманні як сильні та слабкі сторони, водночас належному її функціонуванню, особливо в умовах війни, загрожують певні ризики, що можуть суттєво вплинути на всю вітчизняну систему охорони здоров'я. Разом із тим, існують певні можливості, при активізації та використанні яких СМ розвинеться із новою «силою» та стане конкурентоспроможним інститутом європейського рівня. Відповідно для досягнення цього та з метою покращення ДРФСМ в умовах воєнного стану й у післявоєнний період необхідно впроваджувати ряд заходів нормативного, медико-управлінського, науково-освітнього та просвітницького характеру.

Насамперед, забезпечити належний рівень фінансування сфери охорони здоров'я, створити умови для якісної підготовки медичних кадрів та безперервного професійного розвитку медпрацівників. Також впроваджувати інноваційні технології управління кадрами та здійснення медичного обслуговування, шляхом розширення можливостей телемедицини, покращення умов праці медперсоналу та матеріально-технічне оснащення сімейних амбулаторій, створення мультидисциплінарних команд. Не варто оминати увагою і посилення співпраці з населенням та громадськими організаціями, фондами як в Україні, так і поза її межами. Переконані, що комплексна реалізація цих заходів сприятиме ефективному ДРФСМ в Україні.



## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Адміністративне право: Підручник / за заг. ред. Ю.П. Битяка, В.М. Гаращука, В.В. Зуй. Х.: Право, 2010. 624 с.
2. Андріяш В.І., Малікіна О.А., Полякова О.А. Міжнародний досвід фінансування реформ у сфері охорони здоров'я. Публічне управління та регіональний розвиток. № 5. 2019. С. 474-492.
3. Анкета-опитувальник «Функціонування вітчизняної сімейної медицини в умовах воєнного стану» [Електронний ресурс]. Режим доступу: [https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfhYgrrfHO8lQIAFtaIrlMS5POh-wKXG7PRlzv\\_j1QqwXMvtw/viewform?usp=pp\\_url](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfhYgrrfHO8lQIAFtaIrlMS5POh-wKXG7PRlzv_j1QqwXMvtw/viewform?usp=pp_url).
4. Бабінець Л.С. Сімейна медицина в пошуках золотого стандарту. Ваше здоров'я. 2018. 27 липня [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.vz.kiev.ua/simejna-medytsyna-v-poshukah-zolotogo-standartu/>.
5. Бойко С.Г. Диверсифікація джерел фінансування охорони здоров'я. Національний інститут стратегічних досліджень. 2019. 18 червня [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://niss.gov.ua/doslidzhennya/socialna-politika/diversifikaciya-dzherel-finansuvannya-okhoroni-zdorovya>.
6. Бондарева Л.В. Забезпечення доступної і якісної медичної допомоги на базовому рівні: механізми державного регулювання: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з держ. упр.: спец. 25.00.02 «Механізми державного управління»; Івано-Франків нац. техн. ун-т нафти і газу. Івано-Франківськ, 2015. 20 с.
7. Борщ В.І. Сучасна парадигма державного регулювання системи управління у сфері охорони здоров'я. Державне управління та менеджмент: сучасні наукові дискусії. 2019. Вип. 1(1). С. 51-76.
8. Булеца С.Б. Деякі аспекти поняття права на охорону здоров'я, медичну допомогу та біоетики в Україні, Словаччині та Угорщині. Матеріали І Всеукр. науково-практ. конференції 19-20 квітня 2007, м. Львів. С. 38-44.

9. Бюджет – понад 159 мільярдів: почала діяти розширена Програма медичних гарантій [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.ukrinform.ua/rubric-health/3807562-budzet-ponad-159-milardiv-pocala-diati-rozsirena-programa-medicnih-garantij.html#:~:text=%>.
10. Бюджет Програми медичних гарантій-2022 на 33,8 мільярда більше [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/news/byudzhet-programi-medicnih-garantij-2022-na-338-milyarda-bilshe>.
11. Бюджет-2023: на фінансування охорони здоров'я передбачено 207 млрд гривень [Електронний ресурс]. Режим доступу: [https://mof.gov.ua/uk/news/biudzhet-2023\\_na\\_finansuvannia\\_okhoroni\\_zdorovia\\_perebchacheno\\_207\\_mlrd\\_griven-3804#:~:text=%](https://mof.gov.ua/uk/news/biudzhet-2023_na_finansuvannia_okhoroni_zdorovia_perebchacheno_207_mlrd_griven-3804#:~:text=%).
12. Верховна Рада в першому читанні прийняла закон про самоврядування у сфері охорони здоров'я [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://medplatforma.com.ua/news/79040-verkhovna-rada-v-pershomu-chitanni-priynuala-zakon-pro-samovryaduvannya-u-sferi-okhoroni-zdorovya>.
13. Волков Ю.Г., Полікарпов В.С. Людина. Енциклопедичний словник. К.: Основи, 1999. 678 с.
14. Вступив в дію Закон про систему громадського здоров'я. Що зміниться? [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://moz.gov.ua/uk/vstupiv-v-diju-zakon-pro-sistemu-gromadskogo-zdorovja-scho-zminitsja>.
15. Гладун З.С. Адміністративно-правове регулювання охорони здоров'я населення в Україні: Монографія. К.: Юрінком Інтер, 2007. 720 с.
16. Гладун З.С. Державне управління в галузі охорони здоров'я: Навч. посіб. Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. 312 с.
17. Гладун З.С. Правове забезпечення охорони здоров'я громадян. Радянське право. 1991. № 5. С. 28-30.
18. Голяченко О.М., Ганіткевич Я.В. Історія медицини: Підручник. Тернопіль: Лілея, 2004. 248 с.
19. Гомон Д.О. Адміністративно-правове та організаційне забезпечення охорони здоров'я в Україні: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.07;

Одеський державний університет внутрішніх справ. О., 2018. 250 с.

20. Гомон Д.О. Генезис розвитку правового регулювання у сфері охорони здоров'я в Україні. Національний юридичний журнал: теорія і практика. 2014. №5(9). С. 110-113.

21. Горбатова Д.І. Форми державного управління у сфері охорони здоров'я. Право і суспільство. 2019. № 4. С. 166-173.

22. Госпітальні округи утворені. Що далі? [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.vz.kiev.ua/gospitalni-okrugy-utvoreni-shho-dali/>.

23. Грицко Р.Ю. Історія розвитку державного управління підготовкою сімейних лікарів. Університетські наукові записки. 2012. № 4. С. 439-444.

24. Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 22 лютого 2019 р. № 446 [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0293-19#Text>.

25. Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 28 лютого 2023 р. № 174 [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/174-2023-%D0%BF#n13>.

26. Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 17 лютого 2010 р. № 208 [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/208-2010-%D0%BF#Text>.

27. Економічна енциклопедія: У трьох томах. Т. 1 / Редкол.: С.В. Мочерний (відп. ред.) та ін. К.: Видавничий центр «Академія», 2000. 864 с.

28. Інститут місцевого самоврядування в Україні в умовах децентралізації: Монографія / Кол.авт.; за заг. ред. О.Н. Євтушенко. Миколаїв: Вид-во Ємельянова Т.В., 2021. 206 с.

29. Карамишев Д.В. Концепція інноваційних перетворень: міжгалузевий підхід до реформування системи охорони здоров'я (державно-

управлінські аспекти): Монографія. Харків: Вид-во ХарПІ НАДУ «Магістр», 2004. 304 с.

30. Конвенція про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини: Конвенція про права людини та біомедицину від 4 квітня 1997 р. [Електронний ресурс]. Режим доступу: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994\\_334#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_334#Text).

31. Конституція України: Закон України від 28 червня 1996 р. № 254к/96-ВР. Відомості Верховної Ради України. 1996. № 30. Ст. 141.

32. Мажак І.В. Сімейна медицина на етапі становлення: порівняльний аналіз України та Польщі. Соціальні виміри суспільства. 2009. Вип. 1(12). С. 369-377.

33. Медичне право України: Підручник / С.Г. Стеценко, В.Ю. Стеценко, І.Я. Сенюта; за заг. ред. проф. С.Г. Стеценка. К.: Всеукраїнська асоціація видавців «Правова єдність», 2008. 507 с.

34. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19 листопада 1992 р. № 2801-ХІІ. Відомості Верховної Ради України. 1993. № 4. Ст. 19.

35. Парій В.Д., Короткий О.В. Становлення та розвиток первинної медичної допомоги на засадах загальної практики-сімейної медицини в Україні: огляд літературних джерел. Україна. Здоров'я нації. 2018. № 2(49). С. 48-53.

36. Патерило І.В. Проблеми сучасного розуміння інструментів діяльності публічної адміністрації. Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. 2014. № 12. С. 97-100.

37. Положення про доступність медичної допомоги: Прийнято 40-й Всесвітньою медичною асамблеєю (м. Вена, Австрія, вересень 1988 р.). [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://xn--80aagahqwyibe8an.com/asotsiatsiya-medichna-vsesvitnya/polojenie-dostupnosti-meditsinskoj-pomoschi--20026.html>.

38. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону

здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги: Закон України від 7 липня 2011 р. №3611-VI. Відомості Верховної Ради України. 2012. №14. Ст. 86.

39. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19 жовтня 2017 р. № 2168-VIII. Відомості Верховної Ради України. 2018. № 5. Ст. 31.

40. Про екстрену медичну допомогу: Закон України від 5 липня 2012 р. № 5081-VI. Відомості Верховної Ради України. 2013. № 30. Ст. 340.

41. Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 1 серпня 2011 р. № 454 [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0454282-11#Text>.

42. Про затвердження Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року: Постанова Кабінету Міністрів України від 13 червня 2007 р. № 815 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/815-2007-%D0%BF#Text>.

43. Про затвердження Переліків лікарських засобів і медичних виробів, які підлягають реімбурсації за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, станом на 12 лютого 2024 року: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 20 лютого 2024 р. № 279 (втратив чинність) [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukraini-vid-20022024--279-pro-zatverdzhennja-perelikiv-likarskih-zasobiv-i-medichnih-virobiv-jaki-pidljagajut-reimbursacii-za-programoju-derzhavnih-garantij-medichnogo-obslugovuvannja-naselennja-stanom-na-12-ljutogo-2024-roku>.

44. Про затвердження переліку та складу госпітальних округів Миколаївської області: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 4 липня 2018 р. № 465-р (втратило чинність) від 27 листопада 2019 р. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/465-2018-%D1%80#Text>.

45. Про затвердження плану поетапного переходу до організації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 11 вересня 2000 р. № 214 [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0214282-00#Text>.

46. Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку працівників сфери охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 14 липня 2021 р. № 725 [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/725-2021-%D0%BF#Text>.

47. Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29 липня 2016 р. № 801 [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1167-16#Text>.

48. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19 березня 2018 р. № 504 [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#Text>.

49. Про захист населення від інфекційних хвороб: Закон України від 6 квітня 2000 р. № 1645-III. Відомості Верховної Ради України. 2000. № 29. Ст. 228.

50. Про заходи щодо підвищення конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я та забезпечення додаткових гарантій для медичних працівників: Указ Президента України від 18 червня 2021 р. № 261/2021 [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/261/2021#Text>.

51. Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 20 червня 2000 р. № 989 [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/989-2000-%D0%BF#Text>.

52. Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України: Указ Президента України від 7 грудня 2000 р. № 1313/2000 [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000#Text>.

53. Про лікарські засоби: Закон України від 28 липня 2022 р. № 2469-ІХ. Відомості Верховної Ради України. 2023. № 20-21. Ст. 84.

54. Про Національний план дій на 2011 рік щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава»: Указ Президента України від 27 квітня 2011 р. № 504/2011 [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/504/2011#Text>.

55. Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення: Указ Президента України від 6 грудня 2005 р. № 1694/2005 [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1694/2005#Text>.

56. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості: Закон України від 14 листопада 2017 р. № 2206-VIII. Відомості Верховної Ради України. 2018. № 5. Ст. 32.

57. Про систему громадського здоров'я: Закон України від 6 вересня 2022 р. № 2573-ІХ. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#n840>.

58. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013-р [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#Text>.

59. Про схвалення Концепції розвитку сільських територій: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 23 вересня 2015 р. № 995-р [Електронний ресурс] Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995-2015-%D1%80#Text>.

60. Про удосконалення моніторингу первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини та уніфікації відповідної облікової

медичної документації: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 8 січня 2004 р. № 1 [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0001282-04#Text>.

61. Про утворення Національної служби здоров'я України: Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1101 [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text>.

62. Проект Закону України «Про засади державної політики охорони здоров'я» від 17 липня 2015 р. № 2409а [Електронний ресурс]. Режим доступу: [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=56118](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=56118).

63. Проект Закону України «Про первинну медичну допомогу на засадах сімейної медицини» від 22 червня 2017 р. № 6634 [Електронний ресурс].  
Режим доступу:  
[https://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=62116](https://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=62116).

64. Проект Закону України «Про самоврядування в сфері охорони здоров'я в Україні» від 25 грудня 2023 р. № 10372 [Електронний ресурс].  
Режим доступу:  
<https://itd.rada.gov.ua/billInfo/Bills/CardByRn?regNum=10372&conv=9>.

65. Руснак Л.М. Правова природа поняття «охорона здоров'я». Прикарпатський юридичний вісник. 2019. Вип. 1(26). С. 109-112.

66. Стандарти акредитації закладів охорони здоров'я: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 березня 2011 р. № 142 [Електронний ресурс].  
Режим доступу:  
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0680-11#Text>.

67. Стеценко С.Г. Адміністративне право України: Навч. посіб. К.: Атіка, 2007. 624 с.

68. Ткаченко В.І. Історія розвитку та сучасний стан первинної медичної допомоги за кордоном та в Україні, нормативно-правова база впровадження сімейної медицини в Україні. Сімейна медицина. 2015. № 3(59). С. 12-17.



69. Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони від 27 червня 2014 р. [Електронний ресурс]. Режим доступу: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984\\_011#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_011#Text).

70. Фойгт Н.А. Роль планування в системі державного управління охороною здоров'я в Україні. Державне управління та місцеве самоврядування. 2011. Вип. 3(10). С. 96-100.

71. Чирва Г.М. Принципи здійснення державної політики України щодо становлення та розвитку вищої освіти. Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. 2019. Т. 30(69). № 4. С. 128-134.

72. Шамич О.М. Поняття та структура природного права людини на охорону здоров'я. Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами. 2014. № 11. С. 75-92.

73. Швайка Л.А. Державне регулювання економіки: Навч. посіб. К.: Знання, 2006. 435 с.

74. Шевчук В.В. Удосконалення державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України: дис. ... канд. наук з держ. упр.; ЧНУ імені Петра Могили. Миколаїв, 2017. 219 с.

75. Щокін Р.Г. Цілі та завдання державної політики у сфері освіти. Наукові праці МАУП. 2018. Вип. 56(2). С. 72-78.

76. Юридична енциклопедія: в 6 т. Т. 3. К.: Вид-во «Укр. енцикл.» ім. М.П. Бажана, 2001. 782 с.

77. Gulliford M., Figueroa-Munoz J., Morgan M. What does «access to health care» mean? [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12171751>.

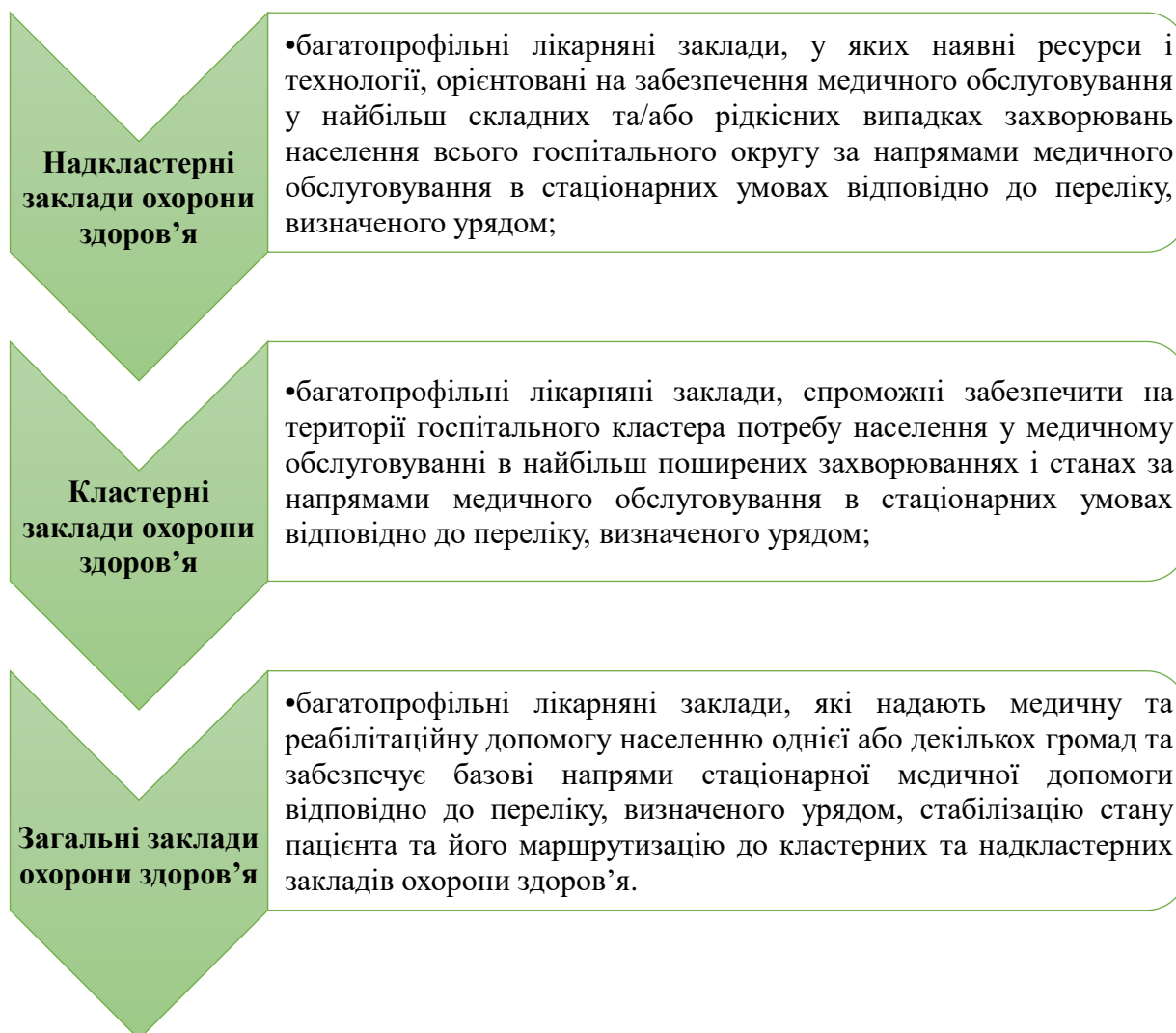
## План-схема формування госпітальних округів (на прикладі Сумської області)



## План створення госпітальних округів в Миколаївській області



## Рівні закладів охорони здоров'я відповідно до третього етапу медичної реформи



## Шляхи забезпечення територіальної доступності медичної допомоги в Україні [25]

поступове формування спроможної мережі для гарантованого своєчасного доступу населення до якісного медичного обслуговування;

зміна структури та розширення послуг ПМСД у громадах як найбільш оперативного та економічно доцільного механізму та удосконалення механізму доступу до медичних послуг;

формування та забезпечення виконання плану розвитку госпітального округу;

ефективне використання ресурсів системи охорони здоров'я та інвестицій для розвитку спроможної мережі, спрямованих на покращення доступу та якісної медичної та реабілітаційної допомоги;

забезпечення фінансової стійкості закладу охорони здоров'я, що входить до спроможної мережі, яка визначається можливістю власника такого закладу забезпечити наявність необхідних функціональних потужностей;

фінансування місцевих програм розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, зокрема щодо оновлення їх матеріально-технічної бази, капітального ремонту та реконструкції відповідно до їх визначення в спроможній мережі;

поступове удосконалення транспортної доступності до закладів охорони здоров'я, що входять до спроможної мережі;

розвиток аеромедичної евакуації в усіх областях;

розвиток кадрової спроможності, підвищення продуктивності праці та забезпечення безперервності професійного розвитку працівників охорони здоров'я різних спеціальностей, мультидисциплінарних команд у різних сферах медичного обслуговування в межах одного госпітального округу.

**Анкета-опитувальник**  
**«Функціонування вітчизняної сімейної медицини в умовах**  
**воєнного стану»**

1. До якої вікової групи Ви належите?  
до 25 років;  
від 25 до 35 років;  
від 35 до 45 років;  
від 45 до 60 років;  
понад 60 років.
2. Оберіть вашу стать  
чоловік;  
жінка.
3. Хто Ви за фахом (спеціальність, професія)?  
медичний працівник;  
публічний службовець;  
військовослужбовець;  
працівник сфери освіти;  
економіст;  
юрист;  
працівник сфери обслуговування;  
свій варіант.
4. Як часто Ви звертаєтесь за наданням медичної допомоги/послуги до сімейної амбулаторії/ сімейного лікаря?  
один раз на місяць;  
один раз на декілька місяців;  
один раз у пів року;  
один раз на рік;  
один раз на декілька років;  
свій варіант.
5. Чи знаєте Ви про реформування системи охорони здоров'я в Україні?  
так;  
ні.
6. Якщо на попереднє питання Ви відповіли так, то оцініть будь-ласка рівень задоволеності змінами у вітчизняній системі охорони здоров'я за шкалою від 1 до 5 (де 1 – повністю незадоволені, а 5 – абсолютно задоволені)
7. Чи є доцільним на ваш погляд, реорганізація медичних закладів та виділення окремо сімейних амбулаторій – центрів первинної медико-санітарної допомоги?  
так;  
ні.
8. Чи достатнє/якісне нормативне забезпечення (закони та підзаконні акти) функціонування сімейної медицини в Україні?  
так;  
ні.
9. Оцініть, на ваш погляд, рівень завантаженості роботою сімейних амбулаторій за шкалою від 1 до 5 (де 1 – низький рівень завантаженості, а 5 – високий рівень завантаженості)

10. Оцініть рівень професіоналізму персоналу сімейних амбулаторій за шкалою від 1 до 5 (де 1 – низький рівень професіоналізму, а 5 – високий рівень професіоналізму)
11. Оцініть рівень укомплектованості персоналу сімейних амбулаторій за шкалою від 1 до 5 (де 1 – низький рівень укомплектованості, а 5 – високий рівень укомплектованості)
12. Оцініть рівень вмотивованості персоналу сімейних амбулаторій за шкалою від 1 до 5 (де 1 – низький рівень вмотивованості, а 5 – високий рівень вмотивованості)
13. Оцініть рівень розгалуженості та доступності мережі сімейних амбулаторій за шкалою від 1 до 5 (де 1 – низький рівень розгалуженості та доступності, а 5 – високий рівень розгалуженості та доступності)
14. Оцініть рівень безбар'єрності сімейних амбулаторій (наявність пандусів, справність ліфтів, доступ до інформації людей із вадами зору/слуху, вільний доступ до медичних кабінетів/палат й інших приміщень для маломобільних груп населення тощо) за шкалою від 1 до 5 (де 1 – низький рівень безбар'єрності, а 5 – високий рівень безбар'єрності)
15. Оцініть рівень укомплектованості матеріально-технічної бази сімейних амбулаторій за шкалою від 1 до 5 (де 1 – низький рівень укомплектованості, а 5 – високий рівень укомплектованості)
16. Чи достатні, на ваш погляд, об'єми державного фінансування для забезпечення належного функціонування сімейних амбулаторій?  
так;  
ні.
17. Чи достатня, на ваш погляд, підтримка (фінансова, соціальна тощо) функціонування сімейних амбулаторій з боку місцевої влади?  
так;  
ні.
18. Чи відповідають, на ваш погляд, розміри заробітних плат персоналу сімейних амбулаторій сучасним економічним реаліям?  
так;  
ні.
19. Чи достатній, на ваш погляд, перелік медичних послуг/лікарських засобів і виробів, передбачених програмою державних гарантій медичного обслуговування населення?  
так;  
ні.
20. Чи вплинула війна на функціонування й подальший розвиток інституту сімейної медицини в Україні?  
так;  
ні.
21. Якщо на попереднє питання Ви відповіли так, то вкажіть будь-ласка на яку саме складову частину функціонування й подальшого розвитку інституту сімейної медицини війна вплинула найбільше?  
кадрове забезпечення;  
фінансове забезпечення;  
інфраструктурне забезпечення;  
медико-технологічне забезпечення;  
свій варіант.
22. Які, на ваш погляд, сильні сторони функціонування вітчизняної сімейної медицини? (можна обрати декілька відповідей)  
доступність надання медичних послуг (територіальна, фінансова, організаційна, інформаційна доступність, оперативність надання/отримання);  
індивідуальний підхід до пацієнтів;  
превентивність (зосередженість сімейної медицини саме на профілактиці

захворювань);

- якість надання медичної допомоги/здійснення медичного обслуговування;
- координація лікування (передача відповідальності за пацієнта або обмін інформацією про нього при зміні лікуючого лікаря);
- вільний вибір сімейного лікаря та сімейної амбулаторії;
- якісний кадровий склад сімейних амбулаторій;
- організація та забезпечення безперервного професійного розвитку медперсоналу;
- сучасні, комфортні приміщення та медичні кабінети сімейних амбулаторій, адаптовані до потреб різних груп населення;
- наявність телемедицини (дистанційне надання медичних послуг за допомогою використання будь-яких підручних гаджетів (телефон, планшет або комп'ютер) в аудіо або відео форматі);
- свій варіант.

23. Які, на ваш погляд, слабкі сторони функціонування вітчизняної сімейної медицини? (можна обрати декілька відповідей)

- недостатнє фінансування з державного та місцевих бюджетів;
- низька якість надання медичної допомоги/здійснення медичного обслуговування;
- обмежений перелік медичних послуг/лікарських засобів і виробів, передбачених програмою державних гарантій медичного обслуговування населення;
- дефіцит кадрів;
- низький рівень професійної підготовки медичних кадрів;
- висока навантаженість на одного сімейного лікаря;
- вплив фармацевтичних компаній на вибір і методи лікування;
- відсутність поваги з боку медперсоналу до пацієнтів;
- важкодоступна мережа сімейних амбулаторій (невдале територіальне розташування, відсутність належного транспортного сполучення/зв'язку тощо);
- висока вартість платних медичних послуг;
- застарілі методи діагностики й лікування;
- застаріла матеріально-технічна база сімейних амбулаторій;
- відсутність комфортних приміщень та медичних кабінетів сімейних амбулаторій, адаптованих до потреб різних груп населення;
- ігнорування у роботі телемедичних технологій;
- свій варіант.

24. Які, на ваш погляд, найбільші ризики/загрози функціонування вітчизняної сімейної медицини? (можна обрати декілька відповідей)

- посилення демографічної кризи;
- зменшення рівня фінансування з державного та місцевих бюджетів;
- поширення корупції;
- неефективна комунікація сімейних амбулаторій із вторинної та третинною ланкою (вузькими спеціалістами);
- низька платоспроможність населення;
- пасивне ставлення громадян до власного здоров'я;
- висока конкуренція між державними/комунальними та приватними сімейними амбулаторіями;
- погіршення транспортної інфраструктури;
- заплутані та суперечливі норми законодавства;
- високий рівень бюрократизації;
- несприятлива політична/екологічна/соціально-економічна ситуація в країні;
- відсутність підтримки з боку бізнесу;
- посилення впливу фармацевтичних компаній на вибір і методи лікування;
- посилення військових дій в Україні;
- свій варіант.



25. Які, на ваш погляд, найбільші можливості функціонування вітчизняної сімейної медицини? (можна обрати декілька відповідей)

подолання демографічної кризи;  
оновлення нормативно-правової бази відповідно до сучасних реалій та потреб;  
розвиток приватних сімейних амбулаторій/кабінетів сімейного лікаря;  
активне ставлення громадян до власного здоров'я;  
зростання платоспроможності населення;  
високий рівень розвитку економіки;  
соціально-політична стабільність;  
розбудова транспортної інфраструктури;  
розширення мережі сімейних амбулаторій;  
низький рівень корупції;  
мінімізація бюрократичних дій/процедур;  
розвиток державно-приватного партнерства;  
розвиток доказової медицини  
впровадження цифрових технологій, у тому числі у найвіддаленіших частинах України;

збільшення доступності надання медичних послуг (територіальна, фінансова, організаційна, інформаційна доступність, оперативність надання/отримання);  
розширення переліку медичних послуг/лікарських засобів і виробів, передбачених програмою державних гарантій медичного обслуговування населення;  
свій варіант.

26. Яким чином, на ваш погляд, можна сьогодні посилити роботу сімейних амбулаторій/сімейних лікарів (можна обрати декілька відповідей)

забезпечити належний рівень фінансування;  
створити умови для безперервного професійного розвитку медичних працівників;  
розширення можливостей телемедицини, особливо для тих пацієнтів, які знаходяться за кордоном;  
покращення умов праці медперсоналу та матеріально-технічного оснащення сімейних амбулаторій;  
якісна підготовка медичних кадрів на всіх етап проходження професійного навчання;  
налагоджування та посилення міжнародної співпраці;  
створення мультидисциплінарних команд (команд швидкого реагування, які надають соціально-психологічну допомогу сім'ям з дітьми та іншим людям, постраждалим від війни);  
активна співпраця з населенням та громадськими організаціями;  
свій варіант.

### **Обробка результатів**

За відповідь «так» нараховується 1 бал, за відповідь «ні» нараховується 0 балів у питаннях № 7, № 8, № 16, № 17, № 18, № 19.

За кожен відповідь, в якій респондент обирає одну цифру від 1 до 5, нараховується кількість така балів, яка відповідає обраній цифрі у питаннях № 6, № 9, № 10, № 11, № 12, № 13, № 14, № 15.

Загальна кількість балів:

8-20 балів – низький рівень організації та функціонування сімейної медицини в Україні на сучасному етапі;

21-33 балів – достатній рівень організації та функціонування сімейної медицини в Україні на сучасному етапі;

34-46 балів – високі рівень організації та функціонування сімейної медицини в Україні на сучасному етапі.

**SWOT-модель функціонування СМ в умовах воєнного стану  
(інформація подана у відсотковому співвідношенні від більшого до меншого)**

| Слабкі сторони   |  | Сильні сторони   |  |
|--|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- дефіцит кадрів (57%);</li> <li>- недостатнє фінансування (55,9%);</li> <li>- обмежений перелік медичних послуг/лікарських засобів і виробів, передбачених ПМГ (53,8%);</li> <li>- висока навантаженість на одного сімейного лікаря (45,2%);</li> <li>- висока вартість платних медичних послуг (36,6%);</li> <li>- вплив фармацевтичних компаній на вибір і методи лікування (33,3%);</li> <li>- застаріла матеріально-технічна база сімейних амбулаторій (28%);</li> <li>- низька якість надання медичної допомоги/здійснення медичного обслуговування (26,9%);</li> <li>- застарілі методи діагностики й лікування (25,8%);</li> <li>- відсутність комфортних приміщень та медичних кабінетів сімейних амбулаторій, адаптованих до потреб різних груп населення (20,4%);</li> <li>- низький рівень професійної підготовки медичних кадрів (18,3%);</li> <li>- відсутність поваги з боку медперсоналу до пацієнтів (17,2%);</li> </ul> |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- вільний вибір сімейного лікаря та сімейної амбулаторії (73,1%);</li> <li>- доступність надання медичних послуг (45,2%);</li> <li>- індивідуальний підхід до пацієнтів (32,3%);</li> <li>- наявність телемедицини (28%);</li> <li>- якість надання медичної допомоги/здійснення медичного обслуговування (22,6%);</li> <li>- сучасні, комфортні приміщення та медичні кабінети сімейних амбулаторій, адаптовані до потреб різних груп населення (18,3%);</li> <li>- координація лікування (11,8%);</li> <li>- якісний кадровий склад сімейних амбулаторій (8,6%);</li> </ul>   |  |
| Ризики   |  | Можливості   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- зменшення рівня фінансування з державного та місцевих бюджетів (55,9%);</li> <li>- низька платоспроможність населення (44,1%);</li> <li>- пасивне ставлення громадян до власного здоров'я (40,9%);</li> <li>- посилення військових дій в Україні (40,9%);</li> <li>- високий рівень бюрократизації (37,6%);</li> <li>- поширення корупції (35,5%);</li> <li>- посилення демографічної кризи (32,3%);</li> <li>- неефективна комунікація сімейних амбулаторій із вторинної та третинною ланкою (30,1%);</li> <li>- висока конкуренція між державними/комунальними та приватними сімейними амбулаторіями (26,9%);</li> <li>- несприятлива політична/екологічна/соціально-економічна ситуація в країні (25,8%);</li> <li>- посилення впливу фармацевтичних компаній на вибір і методи лікування (25,8%);</li> <li>- заплутані та суперечливі норми законодавства (22,6%);</li> </ul>   |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- збільшення доступності надання медичних послуг (43%);</li> <li>- активне ставлення громадян до власного здоров'я (41,9%);</li> <li>- розширення переліку медичних послуг/лікарських засобів і виробів, передбачених ПМГ (40,9%);</li> <li>- мінімізація бюрократичних дій/процедур (39,8%);</li> <li>- зростання платоспроможності населення (38,7%);</li> <li>- соціально-політична стабільність (36,6%);</li> <li>- високий рівень розвитку економіки (34,4%);</li> <li>- оновлення нормативно-правової бази відповідно до сучасних реалій та потреб (28%);</li> <li>- розширення мережі сімейних амбулаторій (28%);</li> <li>- розвиток приватних сімейних амбулаторій/кабінетів сімейного лікаря (24,7%);</li> <li>- впровадження цифрових технологій, у тому числі у найвіддаленіших частинах України (24,7%);</li> <li>- низький рівень корупції (23,7%);</li> <li>- розвиток доказової медицини (22,6%);</li> <li>- подолання демографічної кризи (19,4%);</li> <li>- розбудова транспортної інфраструктури (15,1%);</li> <li>- розвиток державно-приватного партнерства (11,8%).</li> </ul> |  |