

Заклад вищої освіти "Український католицький університет"

Факультет суспільних наук

Кафедра державного управління

Кваліфікаційна робота

на тему:

"Цілісна концепція політики залучення лікарів первинної медичної  
допомоги до роботи в сільську місцевість"

Виконала: студентка II курсу,  
групи СПА21  
Галузі знань 28 "Публічне  
управління та адміністрування"  
Спеціальності 281 "Публічне  
управління та адміністрування"  
Освітньої програми "Публічне  
управління та адміністрування"  
Освітній ступінь магістр  
Опаленко М.О.  
(прізвище та ініціали)

Керівник: доктор наук з  
державного управління,  
професор Стрельцов В.Ю.  
(посада, науковий ступінь, прізвище та ініціали)

Рецензент: доктор наук з  
державного управління,  
професор Шведун В.О.

Львів – 2023 рік

Опаленко М.О. Цілісна концепція політики залучення лікарів первинної медичної допомоги до роботи в сільську місцевість: Кваліфікаційна робота: (281 "Публічне управління та адміністрування") / М.О. Опаленко / Український католицький університет. Кафедра державного управління; Науковий керівник: д. держ. упр., проф. Стрельцов В.Ю. – Львів: УКУ, 2023. – 84 с.

**Анотація.** У цій роботі розкрито питання концепції цілісної політики залучення лікарів первинної медичної допомоги до роботи в сільську місцевість. Розглянута роль лікарів ПМД в досягненні універсального охоплення медичними послугами. Проаналізовані правові засади організації надання ПМД в Україні та проведених огляд існуючих національних та регіональних програм підтримки лікарів, що працюють в сільській місцевості. Проведений аналіз показників щодо універсального охоплення. Визначено тренди щодо людських ресурсів на рівні ПМД. Проведено кількісне дослідження щодо рівня задоволеності матеріальними і нематеріальними умовами праці серед лікарів з надання ПМД та визначення переваг проживання в сільській місцевості. Сформовані рекомендації для реалізації політики залучення лікарів ПМД до роботи в сільську місцевість.

**Ключові слова:** універсальне охоплення медичними послугами, первинна медична допомога, лікарі ПМД, сільська місцевість.

**Abstract.** The issue of the concept of a holistic policy involving primary care physicians (PCP) working in rural areas is studied in this paper. The role of PCP in achieving universal health coverage is considered. The legal principles of the organization of primary healthcare in Ukraine were analyzed and the existing national and regional support programs for physicians working in rural areas were reviewed. An analysis of universal health coverage indicators was conducted. The trends regarding human resources at the primary healthcare level have been determined. A quantitative study was conducted on the level of satisfaction with material and non-material working conditions among doctors providing primary healthcare and determining the advantages of living in rural areas. Recommendations for the implementation of the policy of involving primary care physicians to work in rural areas have been formulated..

**Keywords:** universal health coverage, primary healthcare, primary care physicians, rural areas.

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ЗАЛУЧЕННЯ ЛІКАРІВ ПМД ДЛЯ РОБОТИ В СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ.....	9
1.1. Універсальне охоплення послугами охорони здоров'я та роль лікарів ПМД в наближенні Цілі 3 сталого розвитку.....	9
1.2. Правові засади організації надання ПМД в Україні.....	13
1.3. Огляд існуючих національних та регіональних програм підтримки лікарів, що працюють в сільській місцевості.....	18
Висновки до розділу 1.....	24
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ ФОРМУВАННЯ ТА РЕАЛІЗАЦІЇ ПОЛІТИКИ ЩОДО ЗАЛУЧЕННЯ ЛІКАРІВ ПМД ДО РОБОТИ В СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ.....	27
2.1. Виконання Україною зобов'язань щодо Цілі сталого розвитку 3.8 “Забезпечення універсального охоплення послугами охорони здоров'я”..	27
2.2. Тренди щодо лікарів з надання ПМД загалом та в розрізі сільської місцевості.....	32
2.3. Результати дослідження щодо матеріальних та нематеріальних факторів, які є важливими для лікарів ПМД.....	38
Висновки до розділу 2.....	55
РОЗДІЛ 3. ПРОПОЗИЦІЇ ДІЄВОЇ ПОЛІТИКИ ЩОДО ЗАЛУЧЕННЯ ЛІКАРІВ ПМД ДО РОБОТИ В СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ.....	58
3.1. Рамка ВООЗ щодо розвитку кадрових ресурсів системи охорони здоров'я.....	58
3.2. Пропозиції щодо підходів до залучення лікарів з надання ПМД у сільську місцевість.....	60
Висновки до розділу 3.....	68
ВИСНОВКИ.....	70
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	74
ДОДАТКИ.....	82

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

БПР	Безперервний професійний розвиток
ВІЛ	Вірус імунодефіциту людини
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ВПО	Внутрішньо переміщена особа
ЕДВ	Експерименти з дискретним вибором
ЗВО	Заклад вищої освіти
ЗОЗ	Заклад охорони здоров'я
ЗПСМ	Загальна практика-сімейна медицина
КМУ	Кабінет Міністрів України
КНП	Комунальне некомерційне підприємство
КРОЗ	Кадрові ресурси в охороні здоров'я
Лікар ЗПСЛ	Лікар загальної практики-сімейний лікар
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
НСЗУ	Національна служба здоров'я України
ОЕСР	Організація економічного співробітництва та розвитку
ОЗ	Охорона здоров'я
ПМГ	Програма медичних гарантій
ПМД	Первинна медична допомога
ФОП	Фізична особа -підприємець
ЦСР	Ціль сталого розвитку

## ВСТУП

Актуальність теми. Покращення системи охорони здоров'я та охоплення медичними послугами в великій мірі залежить від людських ресурсів. Проблема забезпеченості лікарями є особливо критичною для сільських територій, хоча в селах мешкає в середньому близько третини населення.

Широкомасштабна війна спровокувала міграцію людей за кордон чи всередині країни внаслідок бойових дій. Лікарі є частиною цієї популяції, тому вони повторюватимуть загальні тенденції міграції “з України за кордон та із села (невеликого містечка) до великого міста” [30]. Професіонали, як правило, мігрують туди, де, на їхню думку, де буде належним чином забезпечена безпекова складова та де існують кращі мотиватори. Вони шукають райони з розвинутою інфраструктурою, щоб їх сім'ям було комфортно проживати (наявність школи/садочка для їхніх дітей, безпечні райони, родичі у безпосередній близькості). Оскільки все більше медичних працівників емігрують до міст, робоче навантаження на тих, хто проживає в сільській місцевості, значно зростає. Це призводить до ефекту доміно в тому сенсі, що ті, хто перебуває в такій складній ситуації, шукають райони, де вони можуть знайти більш задовільні та менш вимогливі умови роботи.

Старіння робочої сили є ще однією проблемою у всіх країнах. Згідно з прогнозами, вихід на пенсію медичних працівників випереджатиме процес їх заміни [1]. При тому, лише п'ята частина студентів зацікавлена в професії сімейного лікаря в майбутньому, а дві третини вважають, що в нашому суспільстві не цінують сімейних лікарів [29].

Проблема пошуку кваліфікованих кадрів для зайняття вакантних посад, можливо, є менш актуальною для бюджетних закладів охорони

здоров'я (далі - ЗОЗ) обласних центрів та великих міст, тоді як для ЗОЗ маленьких міст і сільської місцевості ця проблема загострюється [29].

Нині питання залучення лікарів повністю лягло на плечі самих ЗОЗ. Органи місцевого самоврядування досить часто не приймають активної участі у забезпеченні надання медичної допомоги населенню.

У 2017 році було скасовано один з механізмів залучення лікарів до бюджетних ЗОЗ – обов'язкове відпрацювання випускниками закладів вищої освіти, підготовка яких здійснювалася за державним замовленням (бюджетна форма навчання). Розподіл переважно спрямовувався на вирівнювання дисбалансу між спеціалізованою та первинною медичною допомогою і на усунення дефіциту медичних спеціалістів на первинній ланці в сільській місцевості. Цей механізм мав багато недоліків, зокрема був антиконституційним у частині обов'язкового відпрацювання та включав виражену корупційну складову.

Механізми стимулювання медичних працівників до роботи у сільській місцевості в Україні часто зводяться до одноразових втручань і їх економічна ефективність не досліджувалась.

Тому проблема дефіциту медичних кадрів в сільській місцевості була досить актуальною, а повномасштабна війна лише її посилила. Зменшення кількості медичних працівників в певній місцевості безпосередньо впливає на доступність до медичної допомоги та на тривалість життя її жителів.

*Мета дослідження.* Метою цього дослідження є теоретичне обґрунтування концепту політики із залучення лікарів первинної медичної допомоги до роботи в сільську місцевість та визначення факторів її сталості.

*Об'єктом дослідження* є відносини з формування політики залучення лікарів з надання первинної медичної допомоги до роботи в сільську місцевість.

*Предметом дослідження є механізми залучення лікарів первинної медичної допомоги до роботи в сільській місцевості.*

*Завдання дослідження.* Для досягнення мети цієї роботи необхідно виконати певні дослідницькі завдання:

- визначити сутність та основні складові системи надання ПМД в досягненні універсального охоплення медичними послугами;
- систематизувати нормативно-правове забезпечення ПМД в Україні;
- надати характеристику політиці залучення лікарів ПМД до роботи в сільській місцевості;
- ідентифікувати найбільш вагомі фактори для лікарів ПМД при прийнятті рішення щодо працевлаштування чи залишення на роботі в сільській місцевості;
- запропонувати механізм адаптації підходів ВООЗ щодо розвитку кадрових ресурсів системи охорони здоров'я як складову концепту політики залучення лікарів ПМД до роботи в сільській місцевості;
- розробити рекомендації щодо перспективних напрямків залучення лікарів ПМД до роботи в сільській місцевості.

*Методи дослідження:* Для досягнення поставлених задач у цій роботі поєднано декілька методів дослідження: аналіз, опис, узагальнення, пояснення, обґрунтування та проведено кількісне дослідження з лікарями з надання ПМД.

*Структура кваліфікаційної роботи.* Кваліфікаційна робота складається з трьох основних розділів, а також зі вступу, висновків і додатків. В першому розділі розглянуто теоретичні підходи до залучення лікарів ПМД для роботи в сільській місцевості. Показана важливість укріплення ПМД на шляху до досягнення універсального охоплення

медичними послугами та роль лікаря з надання ПМД на шляху до цього. розглянуті правові засади функціонування ПМД в Україні та проаналізовані нормативно-правові акти, які допомагають залучати лікарів до роботи в сільську місцевість. В другому розділі проведений аналіз сучасного стану реалізації політик щодо залучення лікарів до роботи в сільську місцевість. Визначено тенденції, які виникають на шляху до виконання Україною зобов'язань щодо універсального охоплення, проаналізовано тренди щодо лікарів з надання ПМД та надані результати кількісного дослідження щодо матеріальних та нематеріальних факторів мотивації та демотивації серед лікарів з надання ПМД. Третій розділ містить рамку ВООЗ щодо розвитку кадрових ресурсів системи охорони здоров'я та запропоновані пропозиції щодо підходів до залучення лікарів з надання ПМД до роботи у сільську місцевість. У додатках складені порівняльні таблиці щодо розміру щомісячних доходів, які є прийнятними для лікарів, переваг проживання в місті та селі в залежності від соціально-демографічних показників.

Обсяг роботи складає: 84 стор., 11 таблиць, 18 малюнків. Список використаних джерел включає в себе – 61 найменування.



## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ЗАЛУЧЕННЯ ЛІКАРІВ ПМД ДЛЯ РОБОТИ В СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ

1.1. Універсальне охоплення послугами охорони здоров'я та роль лікарів ПМД в наближенні Цілі 3 сталого розвитку

Здоров'я є одним з основоположних прав кожної людини незалежно від раси, релігії, політичних переконань, економічного чи соціального становища [57].

Важливою аспектом в досягненні цього права є забезпечення доступу всіх людей до високоякісних послуг з охорони здоров'я. Концепція універсального охоплення послугами охорони здоров'я (далі - універсальне охоплення) передбачає доступ кожної людини до потрібних профілактичних, лікувальних, реабілітаційних, паліативних та санітарно-просвітницьких послуг в потрібний момент та в потрібному місці, не відчуваючи при цьому фінансових труднощів [32].

Існує 3 виміри універсального охоплення [52]:

1. Доступність: всі люди, які потребують медичні послуги мають їх отримати. Особливо це важливо для вразливих верств населення.
2. Захист від фінансових труднощів: люди не повинні впадати за межу бідності, оплачуючи догляд та лікування.
3. Якість: медичні послуги мають бути достатніми та ефективними.

Забезпечення універсального охоплення (ціль 3.8) - одне із завдань, яке визначили уряди країн світу при прийнятті Цілей сталого розвитку (далі ЦСР) на період до 2030 року, ухвалених в 2015 році резолюцією Генеральної Асамблеї ООН. Україна також приєдналася до глобальної мережі забезпечення сталого розвитку. В 2019 році указом Президента

України підтримано забезпечення досягнення ЦСР з урахуванням специфіки розвитку країни [28].

В проєкті “Стратегія розвитку системи охорони здоров’я до 2030 року” забезпечення універсального охоплення є одним із п’яти пріоритетних напрямків. А забезпечення доступності людей, в тому числі і тих, які проживають в сільській місцевості до якісних і безпечних послуг охорони здоров’я є ключовим завданням цього напрямку [13].

Досягнення універсального охоплення тісно пов’язане з покращенням інших ЦСР. Дорослі працездатного віку, які мають численні захворювання частіше стають безробітними. Якщо докладати зусилля в покращення стану здоров’я всього населення, це може сприяти економічному зростанню й забезпеченню гідної праці для всіх, що відповідає ЦСР 8. Для забезпечення всеохопної та справедливої освіти (ЦСР 4) та отримання кращих результатів в навчанні, діти та підлітки мають мати міцне здоров’я. Для сприяння гендерній рівності та розширенню прав і можливостей жінок та дівчат (ЦСР 5), також потрібно інвестувати в універсальне охоплення, адже переважну більшість працівників медичної сфери становлять жінки. Розвиток гнучкої, справедливої, надійної системи охорони здоров’я з фокусом на досягнення універсального охоплення - це також внесок у справедливість та побудову сильних інституцій (ЦСР 16) [32].

Одним із шляхів подолання нерівностей та забезпечення універсального охоплення є розширення доступу до первинної медичної допомоги (далі - ПМД). В Астанінській декларації щодо ПМД наголошено, що посилення спроможності ПМД є “найбільш всеохоплюючим, ефективним та результативним підходом до підвищення рівня фізичного, психічного здоров’я людей, а також соціального благополуччя” [60]. Всі країни світу взяли зобов’язання направляти зусилля та інвестиції на покращення якості освіти, науки та клінічної практики ПМД з метою

забезпечення всім пацієнтам доступу до найвищого можливого рівня здоров'я.

Системи охорони здоров'я, в основі яких знаходиться ПМД мають всі шанси на успіх на шляху до досягнення універсального охоплення та пов'язаних зі здоров'ям ЦСР. ПМД також скорочує загальні витрати на охорону здоров'я [60].

За визначенням ВООЗ та ЮНІСЕФ [46], ПМД є “найбільш інклюзивним, результативним та ефективним підходом до покращення рівня здоров'я”. Особливістю є те, що ці заходи здійснюються максимально близько до середовища повсякденного життя людей, в тому числі які живуть в сільських місцевостях. Особливо це стало очевидним в контексті пандемії COVID-19.

Всесвітня організація сімейних лікарів WONCA [36] визначає послуги ПМД з точки зору 4х характеристик:

- перший контакт в системі охорони здоров'я. Лікарі з надання ПМД є “воротарями/гейткіперами” (від англ. gatekeeper - "воротар") при зверненні людини у зв'язку з проблемою зі здоров'ям [44]. Щоб отримати доступ до медичних послуг вторинного рівня, пацієнт має звертатись до лікаря з надання ПМД. Така система асоціюється з меншими витратами на охорону здоров'я і з кращою якістю медичною допомоги [48].

- безперервний людиноцентрований догляд (замість того щоб фокусуватись на хворобі). Лікарі з надання ПМД зосереджуються на загальних аспектах здоров'я людини, а не на лікуванні конкретних захворювань. Безперервність в наданні медичної допомоги дозволяє лікарю з надання ПМД накопичувати знання про пацієнта та підвищують шанси лікаря розпізнати психосоціальні проблеми, що впливають на здоров'я пацієнта. Ефективність послуг збільшується в зв'язку з економією часу на консультації, меншим використанням лабораторних тестів і меншими витратами на охорону здоров'я.

- комплексний догляд, що покриває більшість потреб в охороні здоров'я. В той час, коли лікарі інших спеціальностей обмежують доступ до своїх послуг на основі віку (спеціалісти, які консультують лише дітей, чи лише дорослих), статі (лікарі гінекологи, лікарі-урологи), діагнозу (вузькопрофільні спеціалісти), лікарі з надання ПМД приймають всіх, хто звертається за допомогою. Лікар з надання ПМД допомагає вирішити проблеми зі здоров'ям до того, як вони стануть настільки серйозними, що вимагатимуть госпіталізації чи екстреної допомоги.

- координація та скерування на інші рівні надання медичної допомоги при необхідності. Нижчі показники рівня госпіталізацій з приводу захворювань, що піддаються амбулаторному лікуванню (ambulatory care sensitive conditions) тісно пов'язані з отриманням ПМД. Географічні регіони з більшою кількістю лікарів загальної практики мають нижчий рівень госпіталізації з приводу цих типів захворювань, включаючи цукровий діабет, гіпертонію та пневмонію [42]. Люди, які не мають куди звертатись за ПМД, частіше отримують допомогу у відділеннях невідкладної допомоги, мають більшу ймовірність бути госпіталізованими з приводу різних проблем зі здоров'ям, прострочити необхідні профілактичні втручання, мають вищу смертність і вищі витрати на медичне обслуговування, і вони ймовірно не звернуться до лікаря при наявності симптомів хвороби [49].

Дослідження доводять, що кожен додатковий лікар загальної практики-сімейний лікар на 10 000 населення (збільшення на 15-20 відсотків) асоціюється зі зниженням смертності приблизно на 6 відсотків. Люди, які повідомляли, що мають лікаря ПМД, а не лікаря-спеціаліста як постійне джерело медичної допомоги, мали нижчі п'ятирічні показники смертності [41].

Нерівність у сфері охорони здоров'я лишається викликом для багатьох країн і Україна не є виключенням. В Астанінській декларації

уряди країн погодились, що розвиток ПМД лежить у основі зміцнення системи охорони здоров'я та покращення доступу до необхідних медичних послуг [60]. По-перше, тому що вона охоплює все населення, адже більшість пацієнтів зареєстровані у лікаря з надання ПМД. По-друге, лікарі з надання ПМД напряму контактують з пацієнтами, будучи першою точкою контакту з медичною системою. По-третє, ця медична допомога є безперервною. По-четверте, лікарі надають комплексну координацію медичної допомоги пацієнтам перебуваючи у тому ж середовищі, що і пацієнт, що дає лікарю з надання ПМД розуміти соціальний контекст, в якому живуть його пацієнти.

Таким чином, високоефективна та якісна ПМД залежить від наявності добре підготовлених лікарів з надання ПМД, членів команд охорони здоров'я в громаді. Враховуючи це, потрібно розробляти та впроваджувати політику, яка збільшить кількість кваліфікованих лікарів загальної/сімейної практики.

## 1.2. Правові засади організації надання ПМД в Україні

Зобов'язання щодо забезпечення здоров'я та добробуту населення як одне із пріоритетних завдань уряду було покладене в основу реформи у сфері охорони здоров'я України [20]. Кроки на шляху до цього зобов'язання включали створення Національної служби здоров'я України (далі - НСЗУ) в 2017 році та визначення підходів у формуванні спроможної мережі [26], порядку надання [24] і фінансування ПМД (2018 р.) [20]. Була проведена національна кампанія “Обери свого лікаря” зі збільшення охоплення населення послугами ПМД через укладання декларацій з лікарями ПМД (у 2018 р.). В результаті - понад 32,4 млн. українців обрали свого лікаря з надання ПМД (сімейний лікар, лікар-терапевт, лікар-педіатр) [15]. Наступними кроками були: розробка цифрових інструментів

у сфері охорони здоров'я [6] та адаптація Національного переліку основних лікарських засобів та нормативно-правових актів щодо регулювання цін на них.

Важливим моментом в реалізації політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення стало те, що медичний заклад будь-якої форми власності (комунальний, приватний чи лікар-ФОП), якщо він відповідає необхідним вимогам [11], може укласти договір з НСЗУ та отримувати гроші за медичні послуги, які надає пацієнтам по Програмі медичних гарантій (далі - ПМГ). Тобто, пацієнт може обрати лікаря з надання ПМД у приватному закладі чи у лікаря-ФОП та отримати безоплатний пакет послуг ПМД.

Щороку МОЗ погоджує специфікацію та умови закупівлі медичних послуг за напрямком “Первинна медична допомога”, яка надаватиметься за ПМГ [11]. Після чого НСЗУ публікує на своєму сайті оголошення про укладення договорів. В оголошенні визначено умови закупівлі медичних послуг, вимоги до організації надання послуг, спеціалістів, переліку обладнання та обсяги медичних послуг, які надавач будь-якої форми власності зобов’язується надавати за договором відповідно до медичних потреб пацієнтів. Договір про медичне обслуговування населення укладається між НСЗУ та надавачем ПМД за умови виконання всіх вимог на користь третіх осіб - пацієнтів.

Щоб забезпечити доступність для пацієнтів послуг ПМД відповідної якості, ефективного використання ресурсів та здійснювати моніторинг і оцінку власної спроможності, були визначені умови та механізми формування спроможних мереж надання ПМД [26]. Відповідно до затвердженого Порядку було визначено перелік місць надання ПМД. До регулярних місць віднесені:

- центр ПМД, в якій медичну допомогу надають не менше 7 лікарів ПМД;

- амбулаторія групової практики, де медична допомога надається не менше ніж 2 лікарями ПМД;
- амбулаторія монопрактики, де медична допомога надається одним лікарем ПМД.

До нерегулярних місць відноситься пункт здоров'я, де лікар приймає не менше, ніж 2 повні робочі дні на тиждень. Пункти здоров'я також відкриваються в населених пунктах з кількістю жителів не менш ніж 750 осіб. Крім того, вони можуть утворюватись і в менших населених пунктах при умові, що вони компактно розташовані, логістично пов'язані та загальна кількість населення складає не менше 750 осіб.

В 2018 році було затверджено вимоги щодо організації та забезпечення надання ПМД в Україні [24]. Цей порядок визначає вимоги до всіх надавачів ПМД, незалежно від місця їх розташування чи форми власності. Так, порядком визначено, що головним завданням надавача ПМД є забезпечення населення комплексними та інтегрованими послугами, спрямованими на відновлення та збереження здоров'я, попередження розвитку захворювань, зменшення потреб у госпіталізації та покращенні якості життя.

ПМД може надаватись в місцях надання ПМД, перелік яких зазначений в договорі з НСЗУ.

Послуги, які надаються лікарями ПМД є однаковими як для міського, так і для сільського населення. До переліку послуг на ПМД входить 17 типів консультацій та втручань, незалежно від місця розташування надавача медичних послуг. Серед них:

- Ведення найбільш поширених інфекційних і неінфекційних хвороб, травм, отруєнь чи інших станів.
- Динамічне спостереження за станом здоров'я пацієнтів.
- Надання невідкладної медичної допомоги під час прийому в місці надання медичних послуг.

- Направлення, при необхідності, для отримання спеціалізованої медичної допомоги з подальшою взаємодією з цими надавачами в інтересах пацієнта.
- Профілактичні втручання, в т.ч. вакцинація.
- Медичні втручання для груп пацієнтів з підвищеним ризиком розвитку захворювань (серцево-судинні захворювання, діабет, ВІЛ, туберкульоз, рак молочної залози, колоректальний рак, рак передміхурової залози тощо).
- Консультування з питань зменшення звичок і поведінки, що становлять ризик для здоров'я та формування навичок здорового способу життя.
- Динамічне спостереження за здоровою дитиною.
- Надання окремих послуг з паліативної допомоги та медичної реабілітації.
- Ведення медичної документації, довідок, листків непрацездатності тощо.
- Взаємодія з іншими суб'єктами (соціальні служби, центр громадського здоров'я тощо).

Порядком також визначено перелік лабораторних та інструментальних діагностичних досліджень, які має забезпечити кожен надавач ПМД. Сюди відносяться 4 лабораторних аналізи, швидкі тести на вагітність, тропоніни, ВІЛ, вірусні гепатити, SARS-CoV-2, Вимірювання артеріального тиску, електрокардіограма, вимірювання ваги, зросту, окружності талії.

Надання медичних послуг забезпечується безпосередньо лікарем з надання ПМД. Сюди входять такі лікарські спеціальності, як лікар загальної практики-сімейний лікар, лікар-педіатр, лікар-терапевт. Лікарі з надання ПМД можуть надавати медичні послуги з іншими медичними працівниками в складі команди з надання ПМД. До складу команди



можуть входити сестра медична загальної практики-сімейної медицини, акушерка, фельдшер тощо.

Пацієнт чи його законний представник має право обирати лікаря з надання ПМД незалежно від свого місця проживання чи перебування шляхом подання декларації про вибір лікаря, який надає ПМД (далі - декларація) [22]. Надавачу ПМД забороняється відмовляти у прийнятті декларації крім випадку, коли лікар з надання ПМД вже досяг оптимального обсягу практики. Лікар може відмовитися від подальшого ведення пацієнта при умові, якщо той не виконує рекомендацій лікаря чи порушує правила внутрішнього трудового розпорядку, якщо це не загрожуватиме життю пацієнта чи людей, які його оточують [16, ст.34].

Якщо лікар з надання ПМД, якого обрав пацієнт - тимчасово відсутній у зв'язку з відпусткою чи іншими обставинами, пацієнт має право отримати медичні послуги у іншого лікаря того самого надавача ПМД без подання нової декларації. Пацієнт має право змінити лікаря шляхом подання нової декларації іншому лікарю.

Визначено оптимальний обсяг практики лікаря ПМД, який не залежить від типу населеного пункту, де знаходиться місце надання послуг. Так, для сімейного лікаря ця кількість становить 1800 осіб, для лікаря-педіатра - 900 осіб та для лікаря терапевта - 2000 осіб.

В зв'язку із введенням в Україні режиму воєнного стану з 24 лютого 2022 року, МОЗ врегулювало питання надання ПМД внутрішньо переміщеним особам, які переїхали чи вимушено змінили місце проживання [7]. Якщо раніше підставою для надання планової ПМД була декларація, то із введенням нової норми, лікарі з надання ПМД, до яких звернулися ВПО для отримання ПМД, медичної допомоги у невідкладному стані чи для проведення вакцинації не мають права наполягати на необхідності подання їм декларації. Також лікарі, при

необхідності, мають оформити електронний чи паперовий рецепт на необхідні ліки, в тому числі за Урядовою програмою “Доступні ліки”.

В 2021 році МОЗ розробило проєкт Плану відновлення медичної системи від наслідків війни на 2022 -2032 р., де визначена нова стратегія розвитку ПМД [17]. Враховуючи, що основний тягар захворюваності в Україні пов’язаний з неінфекційними захворюваннями та поведінковими ризиками [1, 32], серед визначених пріоритетів стратегії - посилення ролі ПМД для подолання неінфекційних захворювань, включаючи підвищення кваліфікації та популяризацію лікарів з надання ПМД.

Таким чином, держава гарантує безоплатне надання ПМД в межах ПМГ. НСЗУ закуповує якісні та безпечні медичні послуги в надавачів будь якої форми власності (комунальної, приватної чи лікар-ФОП) і оплачує їх за договором, якщо надавачі ПМД дотримуються умов надання послуг та специфікацій. Надавачі ПМД мають створити всі умови для забезпечення якісних послуг населенню.

### 1.3. Огляд існуючих національних та регіональних програм підтримки лікарів, що працюють в сільській місцевості

В 2017-2018 роках було затверджено декілька нормативно-правових актів, які дозволили покращити умови, в яких працюють лікарі з надання ПМД загалом та зокрема і в сільській місцевості.

До початку першого етапу медичної реформи, заклади охорони здоров’я (далі - ЗОЗ) були бюджетними установами, фінансувались шляхом медичної субвенції та були обмежені в самостійній зміні штатного розпису. Прийняття Закону України від 06.04.2017 №2002-VIII дало можливість ЗОЗ комунальної власності утворюватися та функціонувати як комунальні некомерційні підприємства (далі - КНП) чи комунальні установи [19]. Це дало керівнику ЗОЗ більшої автономії у розпорядженні

активами, фінансами підприємства, формуванні кадрової політики, визначенні організаційної структури закладу.

Заклади відійшли від оплати праці працівників на основі Єдиної тарифної сітки та перейшли до сфери договірного регулювання. Колективним договором визначаються форми і системи оплати праці, умови запровадження та розміри надбавок, доплат, премій, винагород та інших заохочувальних чи компенсаційних витрат, відповідно до завдань і цілей підприємства. В січні 2022 року Кабінет Міністрів України ухвалив постанову, що передбачає підвищення мінімальної заробітної плати лікарів до рівня не менше, ніж 20 000 грн. в комунальних ЗОЗ [9]. В цю суму включаються всі складові заробітної плати. Але, в залежності від потреб медичного закладу, адміністрація може збільшувати оклади, змінювати склад заробітної плати лікаря, встановлювати особливі доплати, премії, надбавки чи розподіляти кошти, які були отримані в результаті діяльності КНП на тих працівників, які доклали до цього найбільше зусиль, якщо це визначено колективним договором чи положенням про преміювання.

Законом України від 19.10.2017 № 2168-VIII “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” органи місцевого самоврядування мають можливість фінансувати місцеві програми розвитку та підтримки комунальних ЗОЗ [20]. Це може бути програма “місцевих стимулів”, направлена на підвищення оплати праці медичних працівників в сільській місцевості. Чи фінансування капітального ремонту або реконструкції амбулаторій, які знаходяться в селі. Може бути оновлення застарілою матеріально-технічної бази чи закупівля комп’ютерної техніки та проведення мережі Інтернет в сільську місцевість.

Додаткові стимули для залучення на роботу саме у сільську місцевість лікарів ПМД шляхом запровадження мотиваційних пакетів (додаткова оплата праці тощо) передбачена також Законом України від 14.11.2017 № 2206-VIII "Про підвищення доступності та якості медичного

обслуговування у сільській місцевості" [27]. Загалом, цей закон визначає одним із пріоритетних напрямків державної політики у сфері охорони здоров'я "підвищення якості, ефективності та доступності медичної допомоги у сільській місцевості" шляхом залучення різних зацікавлених сторін: органів місцевого самоврядування, громадських об'єднань, наукових установ тощо. Законом передбачені заходи за такими напрямками:

- запровадження дієвих механізмів залучення лікарів ПМД до роботи в сільській місцевості шляхом створення належних умов праці (в т.ч. забезпечення спеціальним транспортом), додаткових гарантій оплати праці, розроблення та реалізація мотиваційних пакетів (надання службового житла, транспорту, мобільного зв'язку, пільгових кредитів на будівництво чи придбання житла, компенсація оплати плати за житлово-комунальні послуги та енергоносії). Передбачається також сприяння у підвищенні рівня професійних знань та практичних навичок цих лікарів;

- розвиток лікувальних закладів усіх форм власності у сільській місцевості та удосконалення вже наявних центрів ПМД. Створення умов для діяльності лікарів ПМД, зареєстрованих як фізичні особи-підприємці, одержали ліцензію на медичну практику та уклали договір з НСЗУ;

- впровадження телемедичних послуг (телемедичне консультування, консилиум, телеметрія та домашнє консультування), що передбачає розвиток необхідної телекомунікаційної інфраструктури (широкосмуговий доступ до мережі Інтернет, комп'ютерами та програмним забезпеченням).

Для створення спроможних мереж ПМД в сільській місцевості Мінрегіон розробив типові проекти будівництва сучасних амбулаторій в сільській місцевості. Це було пов'язано з тим, що на той момент (2017-2018

роки) в селах “близько 72% діючих амбулаторій та ФАПів без водопостачання. 82% не мають туалетів” [14]. Була прийнята Постанова КМУ, яка збільшувала субвенцію з державного бюджету місцевим бюджетам для здійснення заходів, спрямованих на розвиток системи охорони здоров’я в сільській місцевості [8]. Ці заходи передбачали співфінансування придбання телемедичного та іншого медичного обладнання відповідно до примірного табеля матеріально-технічного оснащення, автомобілів для амбулаторій у сільській місцевості, проведення будівництва, реконструкції та капітального ремонту сільських амбулаторій, забезпечення службовим житлом медичних працівників комунальних закладів охорони здоров’я, що працюють у сільській місцевості (в тому числі будівництво і придбання). Станом на 2021 рік з державного бюджету на ці цілі було виділено 4,5 млрд. грн., 449 сільських медичних амбулаторій вже повноцінно працювало, реконструкцію ще 151 планувалось завершити до кінця року [3].

Одним із інструментів залучення молодих спеціалістів до роботи в сільську місцевість був обов’язок випускника, підготовка якого здійснювалась за державним замовленням відпрацювати у замовника не менше трьох років [25]. МОЗ враховував інтереси закладів охорони здоров’я і доводив держзамовлення до вищих медичних закладів освіти (далі - медичні ЗВО). Працевлаштування проводилось відповідно до спеціальності, укладеної угоди та планів направлення на роботу випускників. Комісія з персонального працевлаштування випускників визначала місце працевлаштування кожного випускника не пізніше ніж за 4 місяця до випуску. Списки персонального працевлаштування подавались на затвердження в МОЗ. Випускникам оформлювалися направлення на роботу. ЗОЗ могли власним коштом надавати студентам матеріальну допомогу, доплати до стипендій.

Однак вимога обов'язкового відпрацювання втратила свою актуальність 07.06.2017 року з втратою чинності Порядку працевлаштування випускників вищих навчальних закладів, підготовка яких здійснювалась за державним замовленням. Відповідно до статті 64 Закону України “Про вищу освіту” “Заклади вищої освіти не зобов'язані здійснювати працевлаштування випускників” [18]. Винятком є випускники медичних ЗВО, “які уклали угоду про відпрацювання не менше трьох років у сільській місцевості або селищах міського типу, держава відповідно до законодавства забезпечує безоплатне користування житлом з опаленням і освітленням у межах встановлених норм” [10].

Постановою КМУ від 30.05.2018 р. № 417 затверджено порядок реалізації права на першочергове зарахування до медичних (та інших) ЗВО за державним (регіональним) замовленням осіб, які уклали угоду про відпрацювання не менше трьох років у сільській місцевості [10]. Відповідно до нього, виконавчі органи сільських чи селищних рад визначають прогнозовану потребу в лікарях з надання ПМД з урахуванням “можливостей забезпечення таких фахівців безоплатним користуванням житлом з опаленням і освітленням у межах установлених норм”. Далі здійснюється відбір претендентів на укладання угоди про відпрацювання. Переможець конкурсу зобов'язується здобути вищу медичну освіту визначеної спеціальності та у місячний строк після закінчення навчання прибути до роботодавця та укласти трудовий договір.

Випускникам медичних ЗВО, які уклали на три роки договір про роботу в ЗОЗ, що розташовані у сільській місцевості та селищах міського типу на посадах лікарів загальної практики-сімейних лікарів, дільничних лікарів-педіатрів і лікарів-терапевтів “надається одноразова адресна грошова допомога у п'ятикратному розмірі прожиткового мінімуму для працездатних осіб, встановленого на 1 січня календарного року” [23].

Ще одним стратегічним документом, який передбачає посилення кадрової політики та подолання нерівності в доступі до медичної допомоги є проєкт Плану відновлення України за напрямом “Охорона здоров’я”, розробленого Національною радою з відновлення України від наслідків війни [17]. Головною метою реалізації Плану відновлення є трансформація системи охорони здоров’я, щоб вона була спроможна надавати громадянам якісну та своєчасну медичну допомогу та готова до реагування на надзвичайні ситуації у сфері охорони здоров’я. Зміцнення та посилення кадрових ресурсів є одним із напрямів на шляху до реалізації цього Плану. В проєкті Плану визначено ключові виклики. Серед них - нерівномірність розподілу кадрових ресурсів в охороні здоров’я, що посилена міграцією медичних працівників в західні регіони та за кордон. Ця нерівність посилюється відсутністю механізму планування медичних кадрів як на рівні регіону, так і на рівні закладу, що не дає можливість визначити необхідну кількість медичних працівників для забезпечення доступу населення до необхідних медичних послуг. В медичних закладах відсутні чи неповноцінні прозорі системи найму, утримання та кар’єрного зростання медичних працівників. Враховуючи виклики, проєктом Плану пропонуються дії в напрямку розвитку освіти, планування кадрів відповідно до потреб та створення умов для забезпечення професійного благополуччя медичних працівників. На період до 2032 року пропонується ряд заходів по залученню лікарів ПМД до роботи в сільську місцевість:

- Освіта. Забезпечення широкої підготовки лікарів ПМД, відповідно до вимог Порядку надання ПМД. Створення умов для здобуття практичних навичок медичних працівників на базі сучасних університетських лікарень та симуляційних центрів. Доступ лікарів ПМД до найкращих світових онлайн навчальних платформ.

- Планування та забезпечення кадрів відповідно до потреб. Розроблення підходів до планування кадрових ресурсів на основі

оптимального робочого навантаження та з урахуванням рівня закладу.

- Створення умов для забезпечення професійного благополуччя медичних працівників. Розробка та підтримка гнучкої системи стимулів та заохочень на національному та локальному рівнях для залучення та утримання медичних працівників до роботи у районах, які мають недостатню кількість медичних працівників. Забезпечення ефективних механізмів виконання випускниками медичних ЗВО, які навчалися за державним (регіональним) замовленням та уклали угоди про відпрацювання не менше трьох років у сільській місцевості або селищах міського типу зобов'язань за такими угодами.

- Впровадження телемедичних послуг. Створення умов з використанням засобів дистанційного зв'язку та впровадження на усіх рівнях телемедицини та інтелектуальних систем підтримки клінічних рішень для надання медичної допомоги у віддалених місцевостях.

Проте, на шляху до впровадження Плану відновлення України за напрямом “Охорона здоров'я” стоять ряд ризиків у вигляді обмеженого фінансування, нерозуміння у політичному середовищі необхідності змін у визначених напрямках та ведення бойових дій.

## Висновки до розділу 1

В 1 розділі була визначена сутність та основні складові системи надання ПМД в досягненні універсального охоплення медичними послугами. Україна, разом із багатьма країнами світу доєдналась до глобальної ініціативи забезпечення сталого розвитку, одним із завдань якого є забезпечення універсального охоплення медичними послугами. Подолання нерівностей у сфері охорони здоров'я та забезпечення універсального охоплення можливе шляхом розширення доступу до ПМД. Лікар з надання ПМД є “точкою першого контакту” людини з системою



охорони здоров'я, забезпечує безперервний людиноцентрований догляд, забезпечує більшість потреб в охороні здоров'я та координує маршрут пацієнта між різними ланками медичної допомоги та іншими службами в громаді, що здійснюють догляд. Скорочення кількості лікарів з надання ПМД, особливо в сільській місцевості погіршує доступ до медичної допомоги, збільшує витрати домогосподарств на охорону здоров'я, штовхаючи сім'ї за межу бідності та зменшує тривалість життя населення.

Систематизовано нормативно-правове забезпечення ПМД в Україні. З 2017 року в рамках реалізації політики у сфері державних фінансових гарантій, медичний заклад будь-якої форми власності, якщо він відповідає необхідним вимогам, може укладати договір з НСЗУ та отримувати кошти за медичні послуги, надані в рамках ПМГ. Була впроваджена капітаційна оплата - за кількість декларацій між лікарем і пацієнтом. Пацієнти змогли обирати лікаря незалежно від місця прописки чи проживання. До ЗОЗ було висунуто ряд вимог, незалежно від місця їх розташування чи форми власності: перелік обов'язкових медичних послуг, лабораторних та інструментальних обстежень, наявність визначеного переліку лікарських засобів та матеріально-технічного обладнання. ЗОЗ комунальної форми власності почали функціонувати як комунальні некомерційні підприємства з автономією щодо визначення структури, штатних посад, підходів в оплаті праці в залежності від досягнутих результатів кожного працівника. В залежності пріоритетів закладу та потреб громади в закладі можна здійснювати матеріальні та нематеріальні заохочення для медичних працівників. Щоправда, на початку 2022 року уряд ухвалив постанову щодо підвищення мінімальної заробітної плати лікарів до рівня не менше, ніж 20 000 грн. в комунальних ЗОЗ, що призвело до зрівняння доходів працівників незалежно від досягнутих результатів.

Для посилення спроможності ЗОЗ в сільській місцевості в 2017 році був прийнятий Закон України від 14.11.2017 № 2206-VIII, який передбачав

додаткові гарантії оплати праці, розробку та впровадження мотиваційних пакетів, побудову чи реконструкцію амбулаторій, які знаходяться в сільській місцевості, впровадження телемедичних послуг тощо. Раніше залучення молодих спеціалістів в сільську місцевість здійснювалось шляхом обов'язку відпрацювати протягом 3х років при навчанні на бюджетній формі. В 2017 році це положення втратило чинність через неконституційність вимог щодо примусової праці. На даний момент діє вимога відпрацювати 3 роки в сільській місцевості, якщо випускник навчався по цільовому направленню. При цьому, громада має забезпечити такого лікаря безоплатним користуванням житла.

## РОЗДІЛ 2

### АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ ФОРМУВАННЯ ТА РЕАЛІЗАЦІЇ ПОЛІТИКИ ЩОДО ЗАЛУЧЕННЯ ЛІКАРІВ ПМД ДО РОБОТИ В СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ

#### 2.1. Виконання Україною зобов'язань щодо Цілі сталого розвитку 3.8 “Забезпечення універсального охоплення послугами охорони здоров'я”

За даними Світового банку та ВООЗ, які спільно відстежують прогрес країн у досягненні ЦСР, в 2019 році Україна відносилась до країн з високим рівнем охоплення основними медичними послугами (Service Coverage Index, SDG indicator 3.8.1) [38]. Цей показник відображає здатність людей в країні отримати доступ до основних медичних послуг. Він розраховується на основі показників в чотирьох сферах охорони здоров'я: (а) репродуктивне здоров'я, здоров'я матерів та новонароджених; (b) інфекційні захворювання, такі як туберкульоз або малярія; (c) неінфекційні захворювання, включаючи гіпертонію або діабет; (d) сервісна спроможність і доступ до послуг (наприклад, кількість лікарняних ліжок або медичних працівників на душу населення).

За останні 20 років Україна перейшла від країн з середнім охопленням основними медичними послугами (SCI 2000: Україна - 48, Європа - 64) до країн з високим (SCI 2019 Україна - 73, Європа - 79) (рис.2.1) [38]. Таке зростання було зумовлене, в основному, покращенням послуг щодо інфекційних захворювань. Проте послуги щодо неінфекційних захворювань мають дуже слабкий приріст, при тому, що сервісна спроможність та доступ до послуг (медична інфраструктура та кадрові ресурси) залишаються на стабільно високому рівні. Враховуючи тенденцію старіння населення та зростання тягаря неінфекційних захворювань, покращення в цій сфері стають дедалі важливішим.

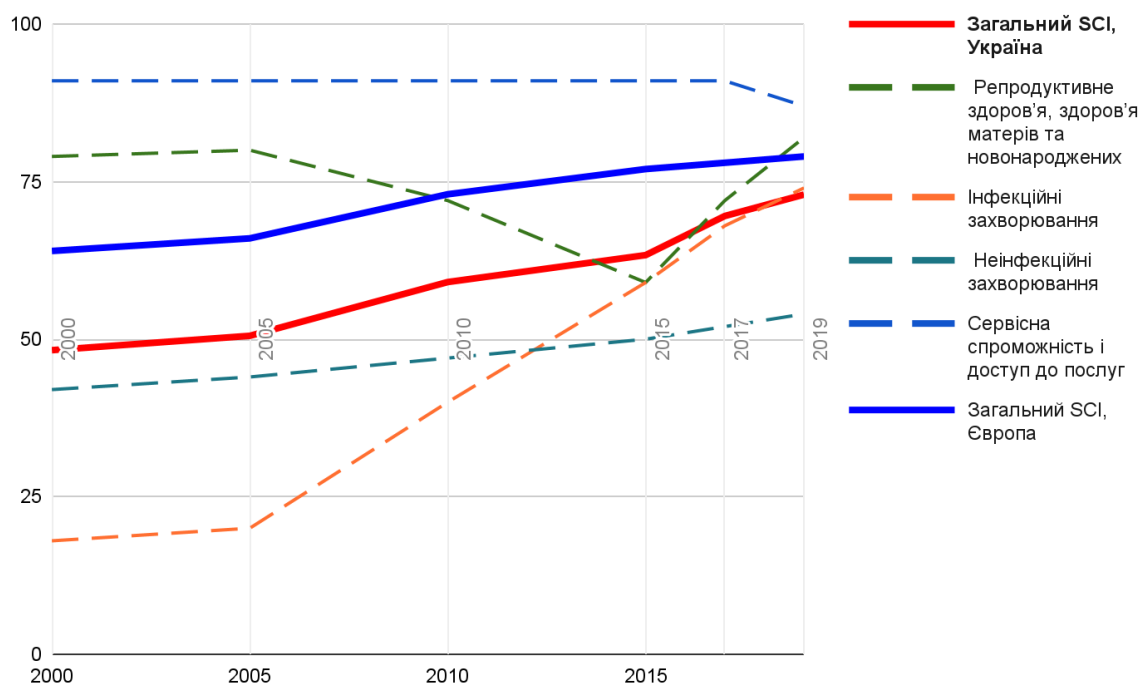


Рис. 2.1. Рівень охоплення основними медичними послугами з 2000 по 2019 рр., Україна

Іншим важливим показником, що характеризує універсальне охоплення є фінансовий захист (індикатор ЦСР 3.8.2). Незважаючи на покращення в охопленні послугами, фінансові труднощі через охорону здоров'я не зменшуються. Частка людей, які наближаються або несуть катастрофічні витрати на охорону здоров'я, тобто витрачають понад 10% та понад 25% свого доходу на потреби в охороні здоров'я з 2008 року постійно зростає (рис. 2.2). За даними ВООЗ в 2019 році в Україні 8,3% населення витратили на здоров'я більше 10% доходу домогосподарства та 1,15% - понад 25% [47]. При цьому, населення, яке проживає в сільській місцевості має вищий рівень витрат на здоров'я (більше ніж 10% загального бюджету домогосподарств) в порівнянні з міським населенням. Якщо витрати сягають більш ніж 25%, різниці в між міським та сільським населенням немає.

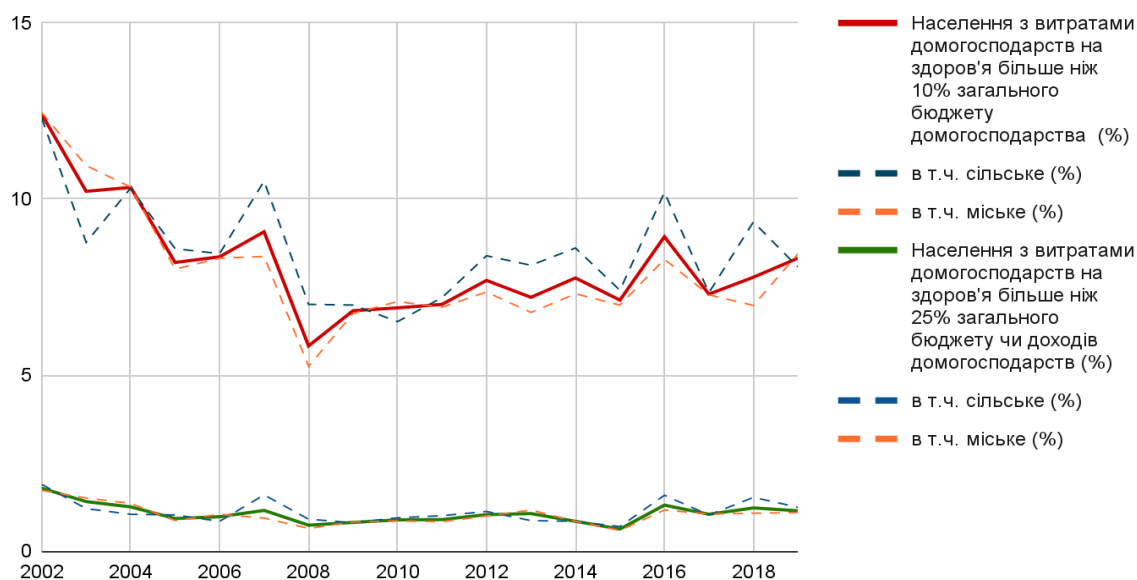


Рис. 2.2. Катастрофічні витрати на охорону здоров'я з власної кишені (показник ЦСР 3.8.2), 2002 - 2019 рр., Україна

Ці показники співставні з такими в Європі (8,04% та 1,14% відповідно). Повільне зростання витрат на охорону здоров'я відбувалось на фоні тренду до зменшення бідності в Україні: з 61,9% в 2002 році до 7,1% в 2020 році (рис.2.3) [50].



Рис. 2.3. Рівень бідності в Україні 1992-2023 рр.

Повномасштабна війна в Україні призвела до значного зростання бідності до 24,2% у 2022 році (на 7,1 млн осіб збільшилась кількість бідних) [55]. За попереднім прогнозом директора Світового банку у справах країн Східної Європи, рівень бідності в Україні може зрости до 55% до кінця 2023 року [56]. Окремі категорії відносно благополучних домогосподарств внаслідок війни опинились за межею бідності. Ті домогосподарства, що вже перебували за межею бідності - опинились на межі виживання [34]. А це означає, що в Україні зросла частка населення, яка не має доступу або змушена відмовитись від послуг з профілактики, лікування та догляду. Особливо це стосується жителів сільських населених пунктів.

Однією з фундаментальних проблем для універсального охоплення, незважаючи на великі зусилля урядів багатьох країн, як і раніше, залишається нерівність. Пандемія COVID-19 та повномасштабна війна ще більше посилили цей тренд. Наприклад, рівень охоплення послугами з охорони репродуктивного здоров'я, здоров'я матерів, дітей та підлітків зазвичай вищий серед осіб, які належать до більш забезпеченої та більш освіченої частини населення, що проживає у містах [51]. В 2020 році кількість випадків материнської смерті серед жінок, які проживають в сільській місцевості збільшився на 63% в порівнянні з минулим роком і досяг найвищого рівня за останні 5 років.(табл.2.1) [5].

*Таблиця 2.1*

**Кількість випадків материнської смертності [5]**

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Кількість випадків материнської смерті, на 100000 живонароджених	15,1	12,6	9,1	12,5	14,9	18,7
- міська	15,4	13,1	6,3	13,2	15,3	16,4
- сільська	14,4	11,6	14,3	11,2	14,1	23,0

Смертність дітей віком до 5 років щороку поступово зменшується, але залишається більшим на 20-30% серед сільських жителів (табл.2.2) [5]. З одного боку, зменшенню сприяло впровадження сучасних перинатальних технологій і реорганізація акушерських та неонатологічних відділень, створено мережі перинатальних центрів. Але з іншого боку, всередині країни існує нерівномірний доступ пацієнтів до цих послуг.

Таблиця 2.2

**Смертність дітей, якій можна запобігти, серед дітей віком до 5 років**

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Смертність дітей у віці до 5 років, випадків на 1000 живонароджених	9,3	8,8	8,9	8,3	8,2	7,8
- міська	8,5	8,0	8,1	7,8	7,3	7,3
- сільська	10,5	10,2	10,4	9,5	9,8	8,7

Таким чином, зберігається суттєва нерівність в доступі до медичної допомоги в залежності від типу населеного пункту. Особливо це відчутно на рівні наданні медичної допомоги жіночому та дитячому населенню. Вагомою перешкодою до своєчасного звернення по медичну допомогу для сільських мешканців є відсутність транспортного сполучення, дальність до лікувальних закладів, більш низькі доходи та більш нижчий соціальний рівень [12].

Україна досягла помітного прогресу в показниках універсального охоплення, приєднавшись до країн з високим рівнем охоплення. Він пов'язаний, переважно з покращенням роботи в напрямку боротьби з інфекційними хворобами. Проте, на фоні загального тренду старіння населення на перший план виходять неінфекційні хвороби, в боротьбі з якими Україна майже за 20 років піднялась лише на 12 пунктів зі 100. І хоча він співставний з середнім показником по Європі, це лише окреслює

спільні напрямки розвитку в посиленні ролі ПМД для покращення доступності та якості медичних послуг.

## 2.2. Тренди щодо лікарів з надання ПМД загалом та в розрізі сільської місцевості

Одним із компонентів, який ВООЗ рекомендує укріплювати на шляху до посилення систем охорони здоров'я, в тому числі і ПМД є кадрові ресурси в охороні здоров'я (далі КРОЗ) [61]. Уряди країн мають направляти інвестиції в освіту, підготовку, найм, розвиток, мотивацію та утримання персоналу, особливо у сільських, віддалених та менш розвинутих районах [60]. Наявність та кваліфікація медичного персоналу впливає на доступність і якість медичних послуг, на стан здоров'я і задоволеність населення. Це зумовлює необхідність пошуку рішень щодо збільшення кількості лікарів з надання ПМД та розширення їхніх функцій.

ВООЗ оцінює КРОЗ крізь призму універсального охоплення. Щоб знайти “вузькі місця” та виявити актуальні потреби в КРОЗ, необхідно здійснити певні кроки, серед яких визначення наявності спеціалістів, які здатні надавати медичні послуги та доступності персоналу для населення. Проте, глобальний огляд медичних кадрів ПМД на даний час обмежений через відсутність єдиних дезагрегованих національних даних відповідно до професії, статі, віку, типу закладу, адміністративної території [59]. В Україні також відсутній єдиний електронний реєстр медичних кадрів. В статистичній звітності, яку подають медичні заклади для регіонального і національного рівнів використовується лише мінімальний набір індикаторів. Обмеженою є дезагрегація показників відповідно до статі і віку та типу населеного пункту [1].

Кількість лікарів з надання ПМД важко порівнювати між країнами через відмінності у підходах до їх класифікації [39]. Наприклад, в Ізраїлі



чи США лікарі внутрішньої медицини (general internal medicine doctors) часто відіграють роль, подібну до ролі лікарів загальної практики (general practitioners), але вони класифікуються як лікарі-спеціалісти. Педіатри загального профілю (general paediatricians), які надають загальну медичну допомогу дітям також вважаються лікарями-спеціалістами в усіх країнах ОЕСР. В Україні до категорії “лікар з надання ПМД” відносяться: лікар загальної практики-сімейний лікар, лікар-терапевт, лікар-педіатр.

Враховуючи, що в Україні не здійснювалася національна оцінка потреб та попиту на медичні кадри склався неадекватний розподіл працівників сфери охорони здоров'я. Наразі максимальна кількість ресурсів зосереджена на рівні спеціалізованої допомоги. 4 з 5 лікарів є лікарями-спеціалістами і ця частка вища за середньоєвропейський показник (4.5 лікаря-спеціаліста на одного лікаря первинної ланки в Україні, 3:1 - в ЄС у 2018 р.) [1].

В структурі розподілу серед лікарів з надання ПМД, з початку 2000-х років почала збільшуватись щільність лікарів ЗПСЛ (рис.2.4). Їх кількість “зростає головним чином за рахунок перепрофілювання дільничних терапевтів та педіатрів” [1], а не приходу молодих лікарів в професію.

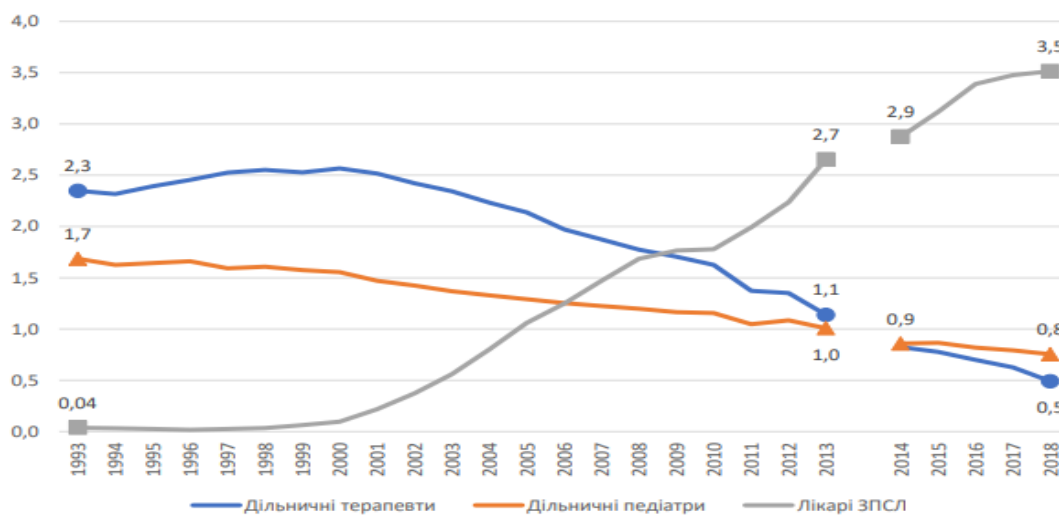


Рис. 2.4. Динаміка щільності лікарів з надання ПМД, ЗОЗ бюджетного сектору, 1993-2018 рр., на 10 тис.населення [1]

Лікарі з надання ПМД переважно практикують в комунальних закладах ( $n = 21959$ , 87,5%) і дуже мало в приватних закладах ( $n = 1953$ , 7,8%) та ФОП ( $n = 1558$ , 6,2%)(рис.2.5). Що стосується сільської місцевості, то 95,6% ( $n = 5074$ ) лікарів з надання ПМД працюють в комунальних закладах.

Майже 90% лікарів ( $n = 22331$ ) практикують в амбулаторії загальної практики-сімейної медицини.

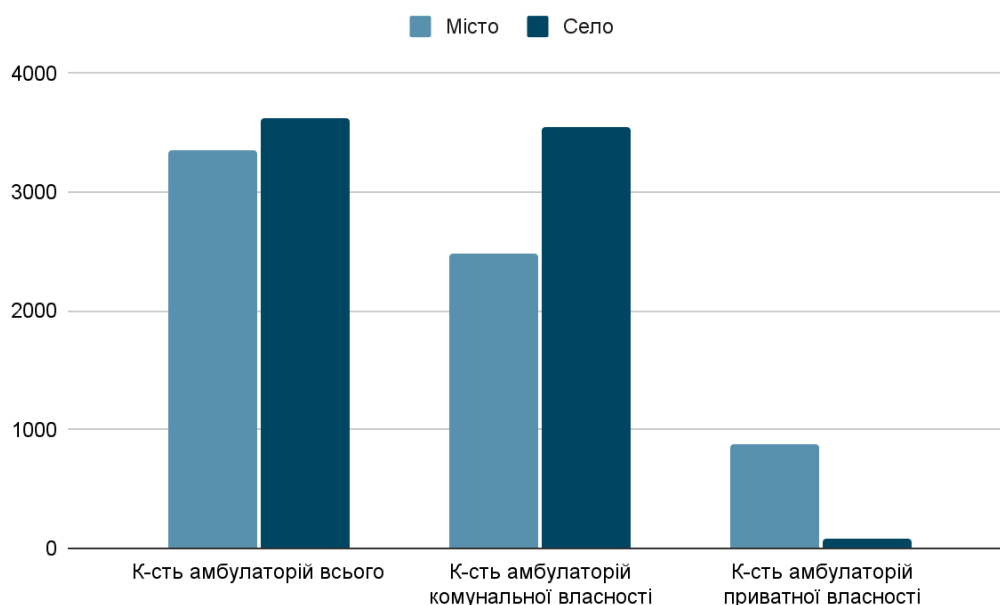


Рис. 2.5. Розподіл амбулаторій в залежності від типу власності та місцевості, Україна, 2023 р. [15]

При цьому спостерігається нерівний розподіл кількості лікарів на одну амбулаторію в залежності від типу населеного пункту та форми власності. Близько 21% лікарів з надання ПМД ( $n = 5308$ ) працює в селі, хоча в селах мешкає в середньому близько третини населення. В середньому, на одну амбулаторію, яка знаходиться в місті чи смт приходить 5,4 лікарів з надання ПМД, в селі - 1,3 лікарів. 86% всіх амбулаторій належать до комунальної форми власності ( $n = 6025$ ), де співвідношення лікарів до кількості амбулаторій набагато різниться. Так, в

сільській місцевості на 1 амбулаторію комунальної власності приходить менше 0,8 лікаря з надання ПМД, а в місті чи смт - 6,5 (рис.2.6). Це свідчить про те, що не кожна сільська амбулаторія забезпечена лікарями. Це означає, що люди, які живуть в селі не завжди мають доступ до послуг ПМД.

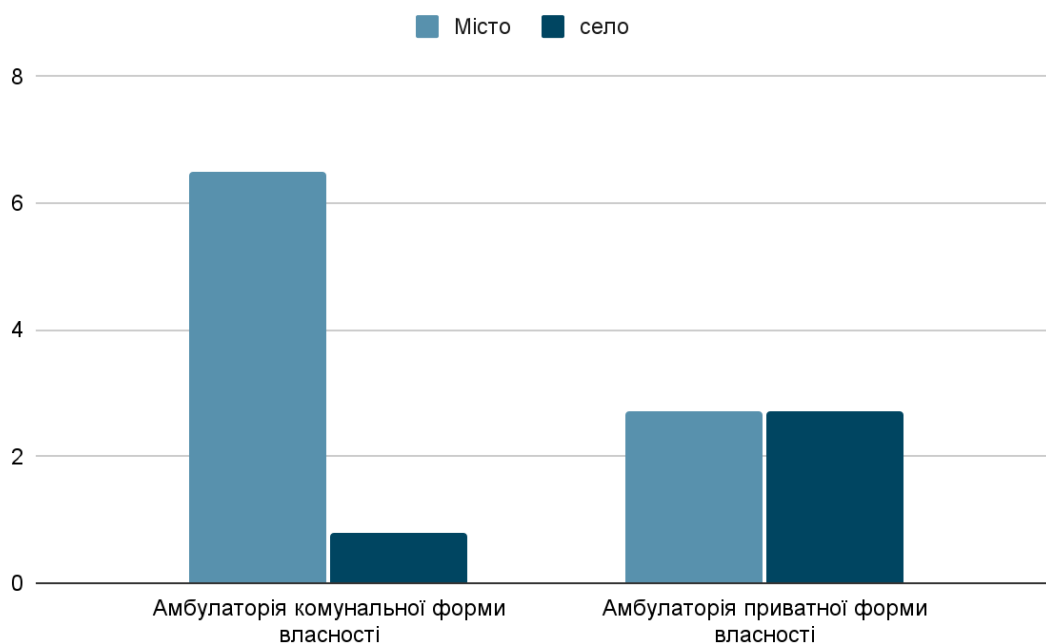


Рис. 2.6. Співвідношення кількості лікарів на одну амбулаторію в залежності від типу власності та місцевості [15]

Крім того, спостерігається нерівний географічний розподіл лікарів між різними областями (рис. 2.7). Найбільша забезпеченість лікарями з надання ПМД з розрахунку на 100 тис. населення спостерігається на заході України (Івано-Франківська, Львівська, Хмельницька, Чернівецька, Рівненська області), найменша - південно-східних областях (Донецька, Луганська, Миколаївська, Херсонська, Харківська, Дніпропетровська області).

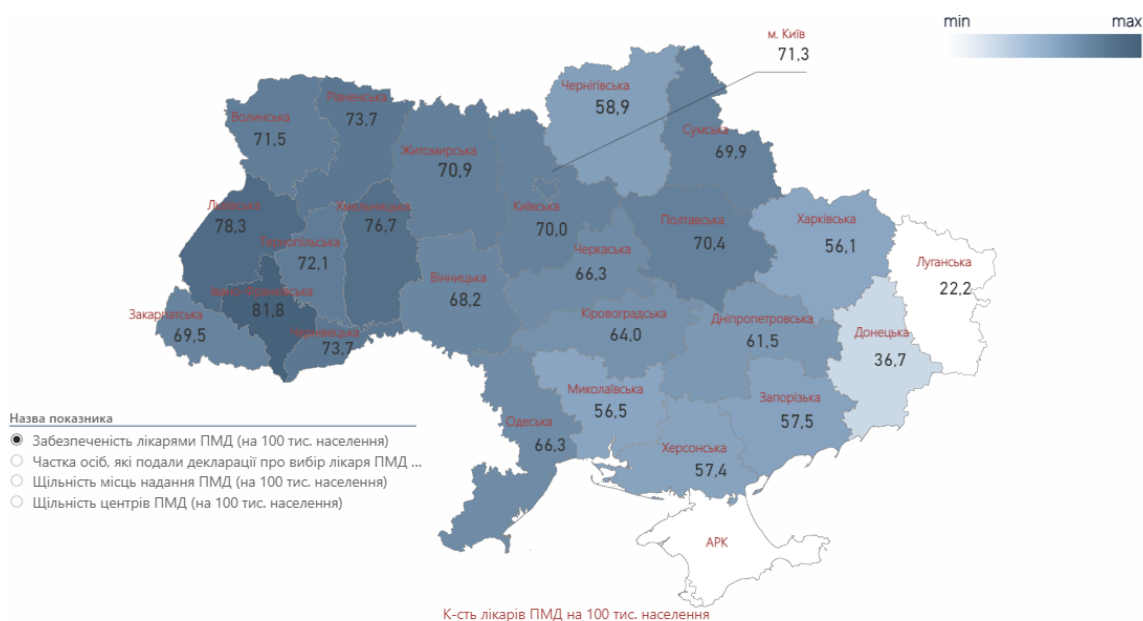


Рис. 2.7. Забезпеченість лікарями з надання ПМД на 100 тис.населення, Україна, 2023 р. [15]

Одним із трендів в КРОЗ, що подібний до тренду всього населення загалом є старіння. По мірі старіння населення, старіють і медичні працівники, адже вони є частиною загальної популяції: на них впливають ті ж самі тенденції, що і на населення загалом. Через слабку політику планування КРОЗ, кількість медичних працівників, яка старіє більша ніж молодих, які приходять на їх місце. 49,9% сімейних лікарів ( $n = 7637$ ), 54,5% лікарів-педіатрів ( $n = 2502$ ) та 64,2% лікарів-терапевтів є старшими за 50 років (табл. 2.3) [4]. При цьому, кількість лікарів ПМД, молодших за 35 років - 23,3%, а їх підготовка займає близько 8 років. Це є недостатнім для того, щоб замінити медичний персонал пенсійного віку.

Таблиця 2.3

**Розподіл лікарів ПМД за віком та спеціальністю [4]**

Вік (років)	Сімейні лікарі	Педіатри	Терапевти	Всього
< 30	2045	418	216	2679
31-35	1918	577	278	2733
36-40	1333	388	221	1942
41-45	1217	303	278	1798
46-50	1153	399	246	1798
51-55	1517	484	318	2319
56-60	2206	634	429	3269
61-65	2241	740	598	3579
66-70	1224	435	529	2188
71-75	374	154	266	794
> 75	75	55	82	212
Всього	15303	4587	3461	23351

На одного студента, який вступив в медичний ЗВО припадає приблизно три лікарі пенсійного віку, що означає, що кадровий резерв студентів за спеціальністю “Медицина” є недостатнім для того, щоб замінити медичний персонал пенсійного віку [1]. Особливо, враховуючи “престиж” професії сімейного лікаря серед студентів. Опитування, проведене серед студентів 3 та 6 курсів п’яти медичних ЗВО в 2019 році в межах дослідження “Сприйняття сімейної медицини студентами та викладачами вищих медичних закладів України” показало, що лише 20% студентів “зацікавлені в майбутньому обрати професію сімейного лікаря” [29]. Такий рівень зацікавленості у професії відповідає “патернам привабливості професії сімейного лікаря в інших країнах” [2]. Крім того, дослідження показало, що 66% студентів вважають, що “важко стати

компетентним сімейним лікарем, оскільки це дуже широка сфера”, 64% вважають, що “в нашому суспільстві не цінують сімейних лікарів”, 59% згодні, що “в Україні не дуже привабливо працювати лікарем сімейної медицини”, а також що “лікарі мають обмежені кар’єрні можливості” [29].

До 2018 року випускники бюджетної форми навчання зобов’язані були прибути на місце роботи за розподілом з подальшим відпрацюванням протягом 3 років в визначеному закладі. З 2018 року “випускники закладів вищої освіти вільні у виборі місця роботи” [18]. А це означає, що ЗОЗ, які знаходяться в сільській місцевості зобов’язані бути конкурентоспроможними в боротьбі за молодого лікаря з закладами, що знаходяться в місті.

### 2.3. Результати дослідження щодо матеріальних та нематеріальних факторів, які є важливими для лікарів ПМД

Існують набори факторів, які впливають на рішення лікаря з надання ПМД влаштуватись в новий ЗОЗ, залишитись чи залишити роботу в сільській місцевості [35]. Зазвичай це складний набір факторів, пов’язаний з характеристиками та вподобаннями лікарів. Вони можуть бути пов’язані з системою ОЗ, з соціальними факторами, політичним чи економічним середовищем. Часто ці фактори залежать від конкретного контексту, хоча на рівні окремо взятої країни можна визначати загальний рівень проблем, які відрізняються за своїм набором та ступенем інтенсивності.

Фактори, які притягують медичних працівників на певну посаду чи місце називаються факторами “притягування” (“pull” factors) [35]. На противагу їм, фактори “відштовхування” (“push” factors) - ті, які примусово впливають на рішення не обіймати посаду/місце чи не залишатись там.

В Україні підходи до стимулювання лікарів з надання ПМД до роботи в сільській місцевості включають: одноразову фінансову допомогу; фінансові надбавки до зарплати; забезпечення житлом або пільговими кредитами на житло, оплата послуг ЖКГ; забезпечення автотранспортом; оплати навчання в інтернаті в рамках районних програм місцевих стимулів; одноразову матеріальну допомогу. Відповідно до міжнародних рекомендацій, для залучення та утримання медичного персоналу в сільських місцевостях поодинокі втручання/стимули не є ефективними [35]. Фінансові стимули важливо доповнювати нефінансовими мотиваторами, адже останні визначають лояльність до конкретного ЗОЗ.

Варто враховувати і те, що рішення лікаря переїхати в сільську місцевість, залишитися чи виїхати з неї зумовлено численними відомими факторами, які охоплюють робочу, особисту та сімейну сфери (рис.2.8) [58]. До особистих відносяться: сільське походження, сімейні зв'язки, цінності, альтруїзм, етапи кар'єрного зростання. Фінансові аспекти включають заробітну плату, систему винагород, пільги. До умови праці та життя відноситься інфраструктура, умови праці, доступ до технологій та ліків, умови проживання, робоче навантаження, стрес тощо. Враховується, чи існує потреба в обов'язковому відпрацюванні в цьому місці. Кар'єра та освіта включають доступ до БПР, семінарів тощо. Сім'я та суспільство враховує забезпечення дітей шкільною освітою, роботою для чоловіка/дружини, доступні суспільні об'єкти, суспільне визнання тощо.



Рис. 2.8. Фактори, які впливають на рішення переїхати в сільські райони, залишитися там чи виїхати з них [58]

Метою дослідження, проведеного при написанні даної кваліфікаційної роботи було виявлення особистих факторів, факторів та характеристик робочого та навколишнього середовища, які є важливими для лікарів з надання ПМД віком до 50 років. Досліджувались особливості умов роботи, доходів, задоволеності в розрізі сільської та міської місцевості, комунальних та приватних ЗОЗ.

Відповіді були зібрані шляхом анонімного анкетування серед лікарів з надання ПМД з різних областей України.

Анкета для лікарів з надання ПМД включає 6 блоків:

1) соціально-демографічні характеристики: вік, стать, область, тип населеного пункту на момент опитування, тип житла, наявність родини та кількість дітей;

2) професійні характеристики: посада, стаж роботи, форма власності закладу, тип населеного пункту, де знаходиться заклад, кількість лікарів в амбулаторії, кількість медичних сестер на одного лікаря, кількість декларацій, розмір щомісячного доходу;



3) ціннісні характеристики: рішення про вибір професії, наявність лікарів ПМД чи спеціалізованої допомоги в родині, проживання до початку навчання, переваги проживання в селі та місті, прийнятний рівень доходу;

4) задоволеність умовами праці та наміри: рівень задоволеності матеріальними та нематеріальними умовами, намір про зміну місця роботи та професії, інформація про вакансії;

5) фактори мотивації та демотивації працювати в медичному закладі: матеріальні та нематеріальні фактори;

6) надання ПМД в сільській місцевості: доплати, джерело фінансування, альтернативні рішення.

В дослідженні загалом прийняло участь 168 осіб. Відповідно до цілей і завдань дослідження до вибірки увійшли лікарі ЗПСЛ, лікарі-педіатри, лікарі-терапевти, лікарі-інтерни за спеціалізацією “ЗПСМ”, керівники структурних підрозділів, керівники та їх заступники закладів ПМД, лікарі-ФОП віком до 50 років. Інформація про онлайн-анкетування була розміщена в соціальній мережі в найбільшій закритій групі лікарів з надання ПМД. Загалом після контролю якості даних, було відібрано 137 анкет для подальшого аналізу, що складає 0,55% від загальної кількості лікарів ПМД. Серед опитаних респондентів:

- 92% (n - 126) жінок (з них 64,3% проживають в місті) та 8% (n - 11) чоловіків (з них 54,5% проживають в місті). По Україні серед лікарів з надання ПМД, що мають активні декларації про вибір лікаря - 82,2% жінок та 17,8% чоловіків;

- 19% (n - 26) віком до 30 років (з них, 61,5% проживають в місті) та 81% (n - 111) до 50 років (64% проживає в місті);

- 36,5% (n - 50) проживають в сільській місцевості, 63,5% (n - 87) в місті, що співставно з співвідношенням сільського та міського населення по Україні;

- 34,9% проживають в центрі, 33,7% на заході, 23,5% на півночі, 5,4 на півдні, 2,4% на сході України (рис. 2.9);

### З якої ви області?

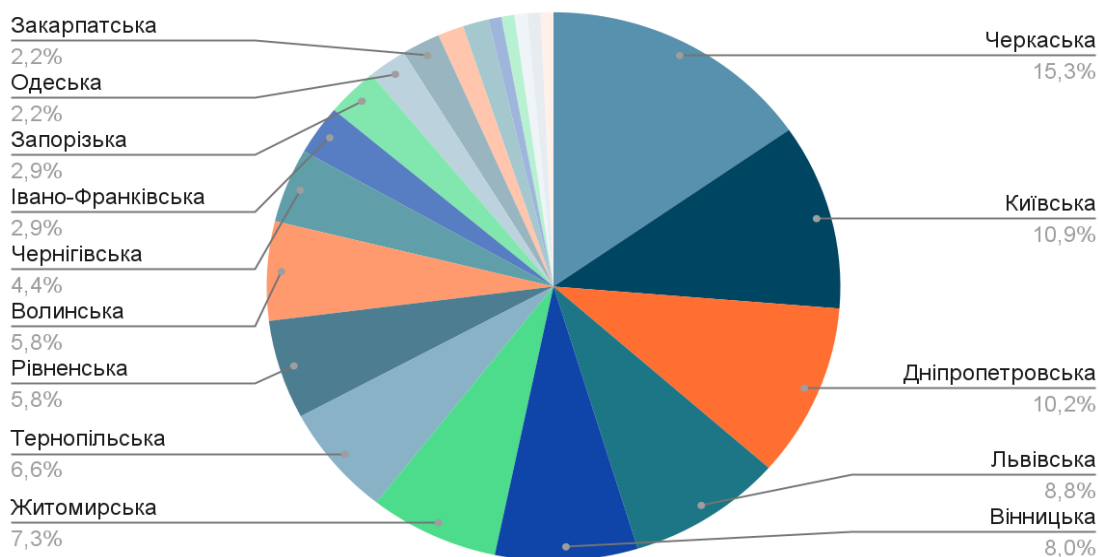


Рис. 2.9. Розподіл респондентів відповідно до областей

- 68% проживають у власному житлі (67,7% в місті), 23% самостійно орендують житло (61,3% в місті), 6% проживають у службовому житлі (50% в місті), 1% житло оплачує роботодавець, 3% інше;

- 68,6% мають родину з дітьми (52,1% мають 1 дитину, 36,2% мають 2 дітей, 11% мають 3х чи більше дітей), 20,4% проживають в парі чи мають партнерські стосунки (89,3% без дітей), 10,9% опитаних вказали що є самотні (86,7% без дітей);

- 70,1% респондентів мають дохід до 20 тис.грн. (з них 60,4% проживають в місті), 20,4% мають дохід 21-30 тис.грн. (з них 75% проживає в місті), 6,6% мають дохід 31-50 тис.грн. (55,6% проживають в місті), 2,9% мають дохід більше 50 тис.грн. (75% з яких проживають в місті)(табл.2.4). Більшість лікарів (78,9%) які працюють в комунальних закладах мають дохід менше 20 тис.грн.. В закладах приватної форми власності третина лікарів (30,8) мають дохід до 20 тис.грн., ще третина

(30,8%) - від 20 до 30 тис.грн., а майже четвертина (23,1%) - від 31 до 50 тис.грн.

Таблиця 2.4

**Розподіл щомісячного доходу респондентів відповідно до типу власності ЗОЗ та типу місцевості**

Вкажіть, будь ласка, розмір вашого щомісячного доходу:					
Тип власності	Всього (n)	до 20 тис. грн.	21-30 тис.грн.	31-50 тис.грн.	> 50 тис.грн.
КНП, всього	109	78,9%	18,3%	2,8%	
- Місто	57	71,9%	24,6%	3,5%	
- Село	52	86,5%	11,5%	1,9%	
Приватні, всього	26	30,8%	30,8%	23,1%	15,4%
- Місто	20	35,0%	35,0%	20,0%	10,0%
- Село	6	16,7%	16,7%	33,3%	33,3%
КНП+приватні, всього	2	100,0%			
- Місто	1	100,0%			
- Село	1	100,0%			

В опитуванні взяло участь 74,5% лікарів ЗПСЛ, 13,9% лікарів педіатрів, 3,6% керівників закладів ПМД, 2,9% лікарів-терапевтів, 1,5% інтернів ЗПСМ та 0,7% ФОП без зазначення спеціальності. По Україні серед лікарів, що мають декларації про вибір лікаря - 74,7% лікарів ЗПСМ, 14,8% лікарів-терапевтів, 10,5% лікарів-педіатрів.

79,6% працюють в комунальних закладах, 19,0% в приватних, 1,4% одночасно працюють в комунальних та приватних закладах. Ці показники близькі до середніх по Україні (в комунальних закладах 87,5%, в приватних 14%).

43,1% опитаних на даний момент працюють в ЗОЗ різної форми власності в сільській місцевості, 56,9% в місті. В дослідженні вивчалось питання, в населеному пункті якого типу проживали респонденти переважну більшість часу перед навчанням в медичному ЗВО та де після закінчення навчання вони працюють зараз (рис.2.10). 59,7% лікарів, які до навчання проживали в сільській місцевості, на момент опитування працюють в селі, а 40,3% працюють в місті. 70,7% лікарів, які до навчання проживали переважно в місті на момент опитування працюють в місті, 29,3% працюють в селі. Є певний зв'язок між досвідом проживання в сільській місцевості до навчання в медичному ЗВО та місцем праці після закінчення навчання. Це підтверджують також міжнародні дослідження, які свідчать про наявність надійного позитивного зв'язку між сільським походженням та наймом і утриманням на роботі в сільській місцевості [53].

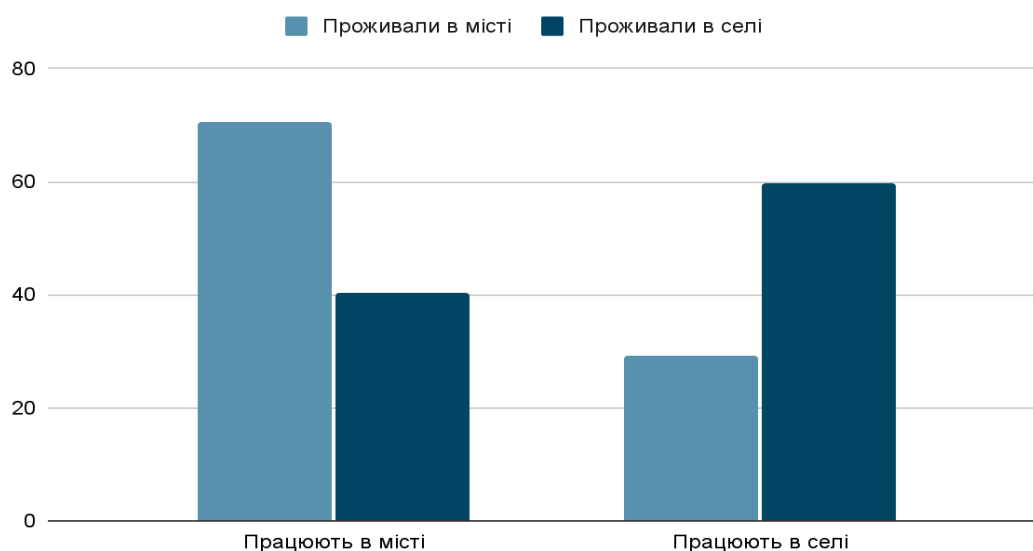


Рис. 2.10. Розподіл респондентів відповідно до місця проживання до навчання в медичному ЗВО та місця праці на момент опитування

Серед опитаних, 62% змінювали своє місце роботи за останні 5 років (в т.ч. 69,2% тих, хто наразі проживає у власному житлі та 23,1% в орендованому).

Серед причин зміни роботи в 36,1% - незадовільні умови роботи, оплати праці чи несправедливі механізми нарахування доплат (рис.2.11). Частково це стимулювало людей до відкриття ФОП (6,6%), подати свою кандидатуру на конкурс керівника ЗОЗ (4,9%), змінити спеціалізацію (1,6%). Другою по частоті був переїзд (18%). Війну, як причину переїзду вказало 8,2% лікарів - “подали від бойових дій і ракетних обстрілів”. Зміну місця роботи партнера та бажання працювати в місті вказали по 3,3% респондентів. Третьою за частотою причиною зміни роботи (9,8%) стали незадовільні відносини з керівництвом чи між членами колективу. Одна з респонденток зазначила “Змінила місце роботи, бо набридло терпіти неповагу від керівництва КНП. Менеджмент КНП - це абсолютний совдеп, залякування та неповага до працівників”.

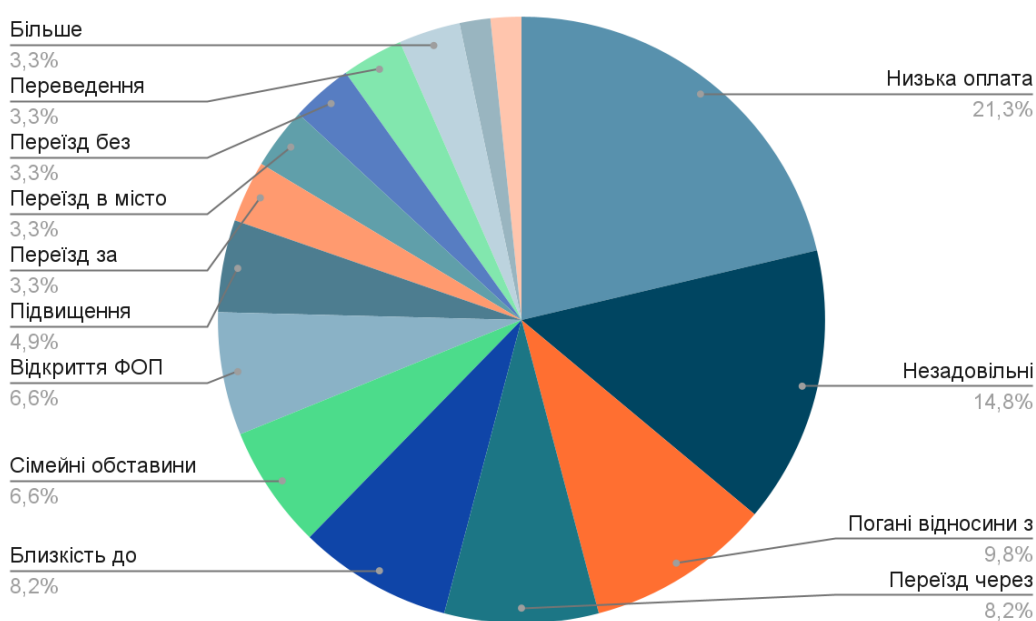


Рис. 2.11. Розподіл респондентів відповідно до причини зміни місця роботи за останні 5 років

В дослідженні розглядався рівень задоволеності лікаря матеріальними та нематеріальними умовами праці за шкалою Лікерта від "Взагалі не задоволений/задоволена" до "Дуже задоволений/задоволена" (рис.2.12). Загалом, лише 38,7% лікарів задоволені матеріальними умовами праці та 43,8% нематеріальними. Ті, хто працюють в сільській місцевості мають нижчий рівень задоволеності матеріальними (30,5%) та нематеріальними (37,3%) умовами в порівнянні з лікарями, які працюють в місті. З одного боку, держава створила умови для конкуренції між закладами за пацієнта. А це значить, що керівництво та власник ЗОЗ мали б докладати зусиль до покращення рівня обслуговування в підпорядкованому закладі, що передбачає також і покращення умов роботи лікарів. З іншого боку, дослідження обмежене тим, що не порівнюється рівень задоволеності перед початком першого етапу медичної реформи та на момент написання кваліфікаційної роботи.

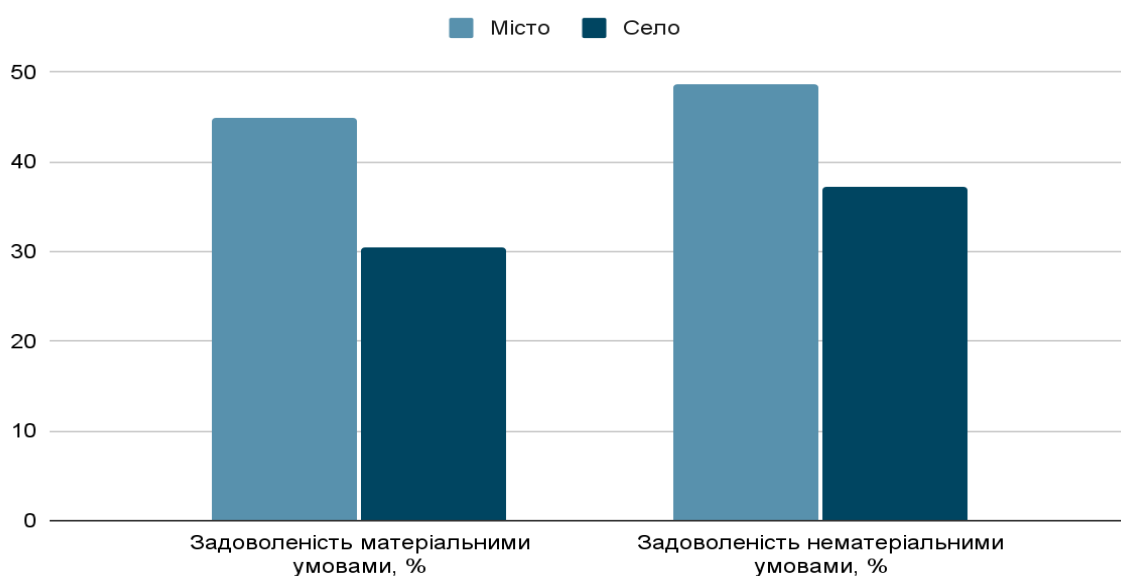


Рис. 2.12. Рівень задоволеності умовами праці залежно від типу населеного пункту, де працює лікар

В розрізі форми власності закладів, в яких працюють лікарі з надання ПМД кардинально інші результати. 80,8% лікарів, які працюють в приватних закладах задоволені матеріальними умовами, 84,6%

нематеріальними на противагу, тим, хто працює в комунальних закладах 29,4% та 34,9% відповідно (рис.2.13).

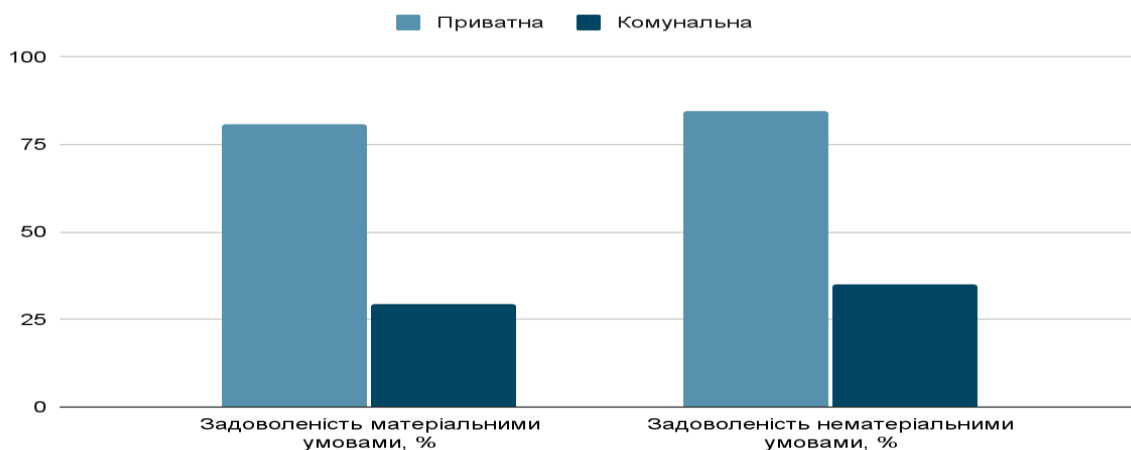


Рис. 2.13. Рівень задоволеності умовами праці залежно від форми власності закладу, де працює лікар

Серед тих лікарів, які задумувались про зміну роботи за останній рік лише близько четвертини задоволені матеріальними (24,7%) та нематеріальними (27,1%) умовами праці. В сільській місцевості кожен п'ятий лікар (21,6%) задоволений рівнем матеріального забезпечення.

Лікарі, які задумувались про зміну професії за останній рік (32,8% опитаних) мають схожу задоволеність до матеріальних умов своєї праці (24,4%), але нижчу задоволеність до нематеріальних умов (22,2%), особливо в сільській місцевості (14,3%) (табл.2.5).

Таблиця 2.5

**Рівень задоволеності матеріальними чи нематеріальними умовами праці серед респондентів, які задумувались про зміну місця роботи чи професії**

Твердження	Задумувалися про зміну місця роботи			Задумувалися про зміну професії		
	Всього	Працюють в місті	Працюють в селі	Всього	Працюють в місті	Працюють в селі
Задовolenі матеріальними умовами	24,7	27,1%	21,6%	24,4%	25,0%	23,8%

Задоволені нематеріальними умовами	27,1	27,1%	27,0%	22,2%	29,2%	14,3%
------------------------------------	------	-------	-------	-------	-------	-------

На запитання “Який розмір щомісячного доходу для вас є прийнятним?” більшість (39,4%) вказала на 30-40 тис.грн. (рис. 2.14). При тому, у тих, хто працюють в сільській місцевості на другому місці вказали суму доходу в 20-30 тис.грн. (30,5%), а в місті - 40-50 тис.грн. (23,1%) (див. додаток А).

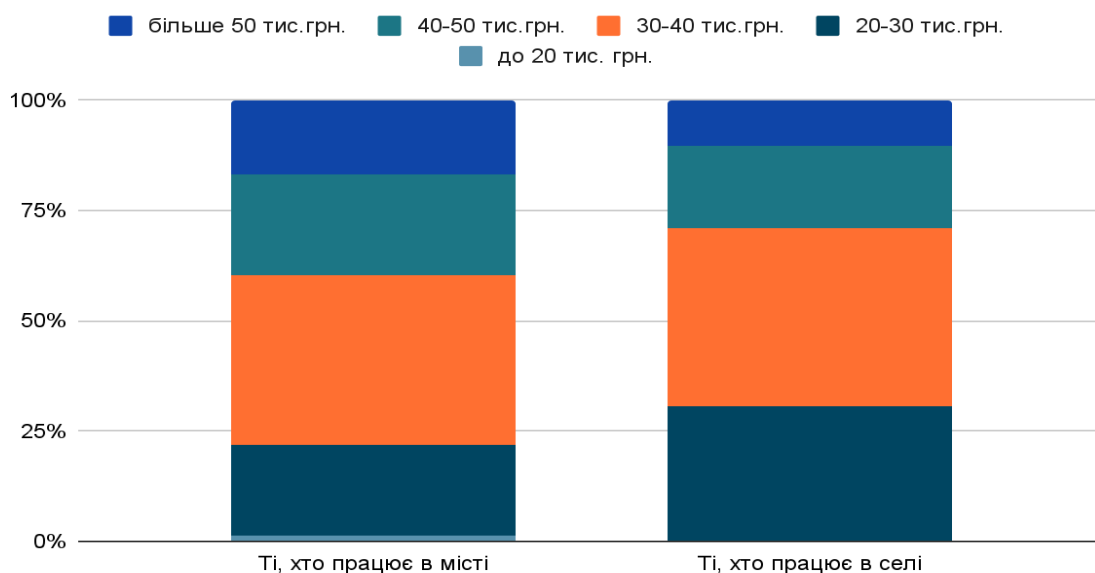


Рис. 2.14. Розподіл респондентів відповідно до прийняттого розміру щомісячного доходу в залежності від типу населеного пункту.

Серед переваг проживання в місті 79,6% лікарів називають розвинуту інфраструктуру (транспорт, магазини, аптеки, салони краси, банки, ринки, вокзали, тощо) (рис.2.15). 67,2% лікарі зазначають, що в місті є більше можливостей для професійного та особистісного розвитку. Для 53,3% респондентів важливим є широкий вибір освітніх закладів для дітей (дитячих садочків, шкіл, гуртків). Ця тенденція зберігається в розрізі віку, статі, місця проживання, наявності партнера/дітей (див. додаток А).



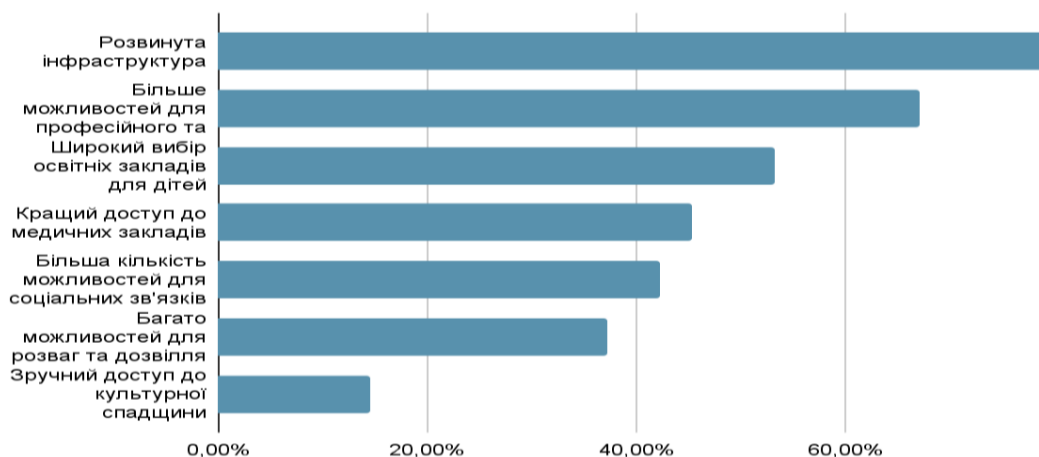


Рис. 2.15. Переваги проживання в місті

Серед переваг проживання в сільській місцевості респонденти найчастіше обирали близькість до природи (більше зеленого простору, лісів, річок) (65%), кращу екологію (чисте повітря, краща якість води тощо) в 50,4% та більшу безпеку і спокійне середовище, в порівнянні з містом в 47,4% (рис.2.16). При цьому, для жителів сільської місцевості фактор безпеки був важливішим за близькість до природи (58% проти 46%). Чоловіки частіше ніж жінки обирали фінансовий фактор, а саме - менші витрати на життя (72,7% проти 38,1%.(див. додаток А).

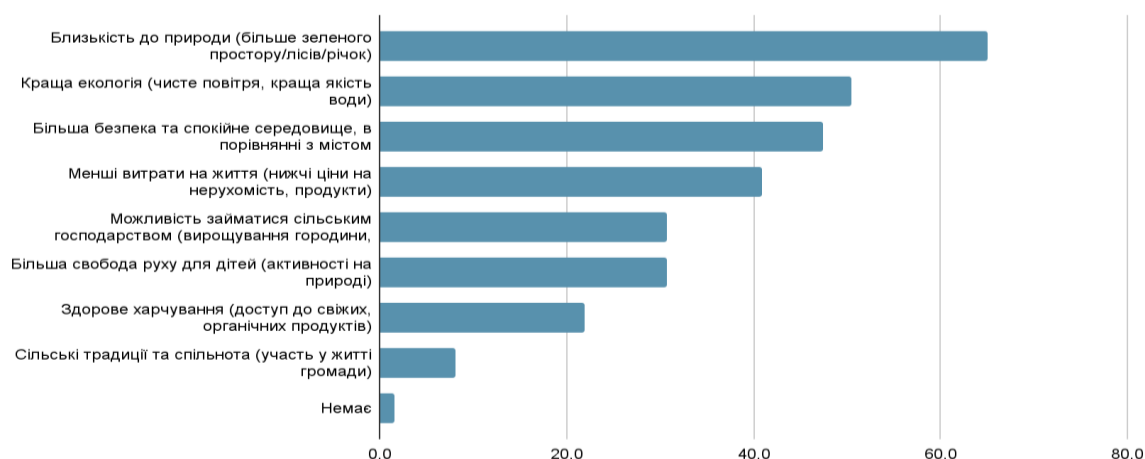


Рис. 2.16. Переваги проживання в селі

Наступним кроком респонденти оцінювали матеріальних чинники, які їх мотивують до роботи (табл.2.6). Значення шкали, за якою респонденти оцінювали твердження були від “5 - дуже важливо” до “1 -

однозначно не важливо”. Шкала має середину з невизначеністю “3 - важко відповісти”. Тож, 98,5% лікарів визнали, що для них є важливим справедлива оплата праці, 94,2% - гарні робочі умови (ремонт, кімната емоційного розвантаження тощо). 93,4% визнали твердження “Доступ до сучасного обладнання та технологій” важливим. 92,7% лікарів вказали, що їх мотивує до роботи “Забезпечення робочого місця відповідно до Табелю оснащення”.

Таблиця 2.6

**Матеріальні чинники, які мотивують до роботи**

Теза	5 - дуже важливо	4 - важливо	3 - важко відповісти	2 - не важливо	1 - однозначно не важливо
Справедлива оплата праці	83,9%	14,6%	1,5%	0,0%	0,0%
Щомісячні доплати та прозора система винагород	54,0%	33,6%	10,9%	0,7%	0,7%
Гарні робочі умови (ремонт, кімната емоційного розвантаження тощо)	52,6%	41,6%	5,1%	0,7%	0,0%
Забезпечення робочого місця відповідно до Табелю оснащення	58,4%	34,3%	6,6%	0,7%	0,0%
Доступ до сучасного обладнання та технологій	63,5%	29,9%	5,1%	0,7%	0,7%
Забезпечення житлом	32,1%	23,4%	20,4%	10,2%	13,9%
Забезпечення автомобілем	26,3%	31,4%	23,4%	12,4%	6,6%
Наявність інших можливостей генерувати дохід	20,4%	46,0%	24,1%	6,6%	2,9%
Наявність додаткових пільг (пільгові кредити, житлові пільги, безкоштовний транспорт тощо)	22,6%	33,6%	26,3%	10,9%	6,6%
Можливість кар'єрного зростання	59,1%	7,3%	25,5%	5,1%	2,9%

До чинників, які для респонденти частіше вважали неважливими відноситься забезпечення житлом (24,1%) при тому, 90% з тих, хто дав цю відповідь живуть у власному чи службовому житлі.

Іншим видом чинників, які мотивують до роботи є нематеріальні чинники. 97,1% опитаних погоджуються з важливістю сприятливої корпоративної культури (повага та підтримка колег, керівництва) (табл.2.7). На другому місці - “Можливість балансувати роботу і особисте життя” (95,6%). Бажання допомагати людям мотивує 92% респондентів. “Підтримка в професійному розвитку (групи рівних, регулярні відрядження на конференції тощо)” та “Можливість звернутися до колег за порадою” є важливим для 90,5% та 87,6% опитаних відповідно.

Таблиця 2.7

#### Нематеріальні чинники, які мотивують до роботи

Теза	5 - дуже важливо	4 - важливо	3 - важко відповісти	2 - не важливо	1 - однозначно не важливо
Прозора система винагороди за досягнення	49,6%	37,2%	10,2%	2,2%	0,7%
Гнучкий графік роботи	48,2%	41,6%	8,0%	0,7%	1,5%
Сприятлива корпоративна культура (повага та підтримка колег, керівництва)	73,7%	23,4%	1,5%	0,7%	0,7%
Можливість балансувати роботу та особисте життя	63,5%	32,1%	2,9%	0,7%	0,7%
Підтримка в професійному розвитку (групи рівних, регулярні відрядження на конференції тощо)	55,5%	35,0%	6,6%	1,5%	1,5%
Бажання допомагати людям	54,0%	38,0%	8,0%	0,0%	0,0%

Продовження табл. 2.7

Небажання щось змінювати	2,2%	21,9%	38,0%	13,9%	24,1%
Відчуття безпеки	44,5%	38,0%	12,4%	3,6%	1,5%
Наявність роботи у чоловіка/дружини у цьому ж населеному пункті	40,1%	23,4%	16,1%	8,0%	12,4%
Поруч є хороший дитсадок/школа для дитини/дітей	34,3%	32,8%	14,6%	7,3%	10,9%
Хороше транспортне сполучення	44,5%	39,4%	8,8%	3,6%	3,6%
Можливість звертатися до колег за порадою	52,6%	35,0%	8,8%	1,5%	2,2%
Громада/керівництво визнає мій вклад	47,4%	38,7%	8,8%	1,5%	3,6%

Серед чинників, які демотивують - “Недостатній рівень заробітної плати”, з чим погодилось 76,6% опитуваних, “Звернення пацієнтів в позаробочий час” - 71,5% та “Непрозора система винагороди за досягнення” - 66,4% (табл.2.8).

Лікарі частіше не погоджувались з такими твердженнями щодо демотивації “Бути єдиним лікарем/лікаркою в амбулаторії” в 38% відповідей. Серед тих, хто не погоджувався були також і лікарі, які працюють в амбулаторії монопрактики. “Графік роботи” в 37,2% також не був чинником демотивації. “Умови праці (незадовільний стан приміщень, матеріального забезпечення тощо)” в 34,2% лікарі не погодились визнавати як фактор демотивації.

Таблиця 2.8

**Чинники, які демотивують в роботі**

Теза	Повністю згоден	Згоден	Важко сказати, згоден чи не згоден	Не згоден	Категорично не згоден
Непрозора система винагороди за досягнення	38,7%	27,7%	16,8%	10,2%	6,6%
Недостатній рівень заробітної плати	47,4%	29,2%	11,7%	8,0%	3,6%
Графік роботи	17,5%	22,6%	22,6%	29,2%	8,0%
Корпоративна культура (невизнання/неповага зі сторони колег чи керівництва)	29,2%	25,5%	14,6%	21,9%	8,8%
Брак перспектив професійного розвитку	31,4%	30,7%	13,9%	16,1%	8,0%
Умови праці (незадовільний стан приміщень, матеріального забезпечення тощо)	25,5%	25,5%	14,6%	21,9%	12,4%
Обмежений доступ до діагностичних/лікувальних послуг	27,0%	26,3%	19,7%	18,2%	8,8%
Погано налаштовані процеси/маршрути в закладі	29,2%	27,7%	16,1%	18,2%	8,8%
Звернення пацієнтів в позаробочій час	45,3%	26,3%	16,1%	6,6%	5,8%
Бути єдиним лікарем в амбулаторії	21,2%	16,1%	24,8%	17,5%	20,4%
Необхідність огляду на дому	17,5%	27,7%	25,5%	20,4%	8,8%
Менше можливостей згенерувати додатковий дохід	26,3%	26,3%	19,0%	16,1%	12,4%
Велика кількість звернень за медичною допомогою	21,2%	24,8%	23,4%	19,7%	10,9%

Серед опитаних 79,6% погодились з тим, що лікар з надання ПМД, який працює в сільській місцевості має отримувати за це додаткову доплату. Серед тих хто погодився - 81,4% працюють в сільській місцевості, 78,2% в місті. 59,6% опитаних вважають, що доплата має здійснюватись за рахунок коштів місцевого бюджету. 35,8% вважають, що має бути доплата від НСЗУ. 3,7% вважають, що фінансування додаткових доплат лікарю в сільській місцевості має відбуватись як за рахунок місцевого бюджету, так і за рахунок державного (НСЗУ). 1 респондент відповів “Ніхто, питання дофінансування не повинно бути, має бути гідна оплата, без дофінансувань”.

Останній блок питань стосувався альтернатив в наданні медичної допомоги сільському населенню.

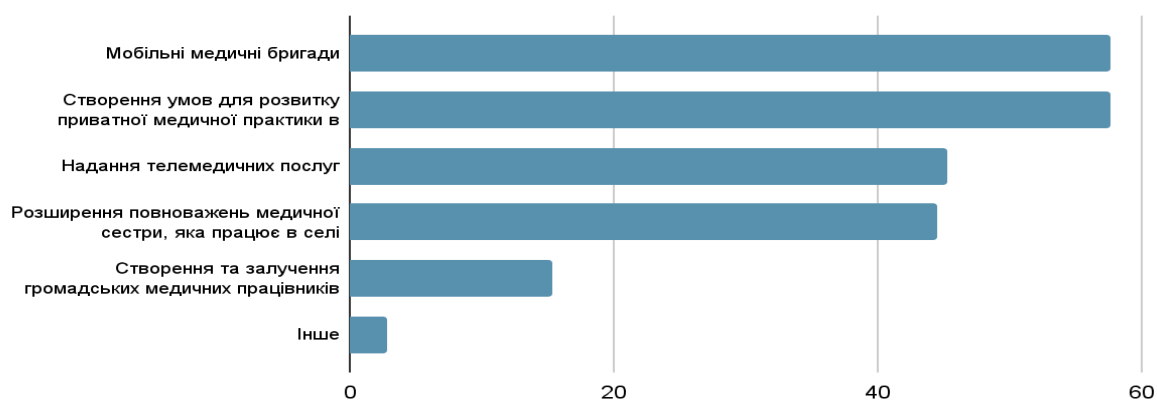


Рис. 2.17. Альтернативи надання ПМД сільському населенню у випадку відсутності лікарів ПМД

На першому місці респоденти зазначили одразу 2 можливі альтернативи - надання медичної допомоги за рахунок мобільних медичних бригад та створення умов для розвитку приватної практики в сільській місцевості (57,7%) (рис.2.17). Наступними по частоті були “Надання телемедичних послуг (телемедичне консультування, консилиум, телеметрія та домашнє консультування)” - 45,3% відповідей та

“Розширення повноважень медичної сестри, яка працює в селі” - 44,5% відповідей. Лише 15,3% працівників обрали тезу “Створення та залучення громадських медичних працівників (community health workers), які не є професіоналами”. Якщо попередні альтернативи вже існують в Україні, то громадські медичні працівники (community health workers) ще не набуло широкого розголосу.

Готовність здійснювати виїзди в сільську місцевість на постійній основі в складі мобільних медичних бригад чи пересувної амбулаторії виявили 29,9% респондентів на добровільній основі, 35,8% якщо це буде входити в їх посадові обов’язки. 25,5% не готові виїжджати в сільську місцевість на постійній основі.

Готовність надавати медичні послуги сільському населенню використовуючи телемедичні засоби готові 38% на добровільній основі та 43,1%, якщо це входить в їх посадові обов’язки. 13,9% не готові здійснювати телемедичні послуги сільському населенню на постійній основі.

## Висновки до розділу 2

В Україні відсутній єдиний електронний реєстр медичних кадрів. В статистичній звітності, яку подають ЗОЗ використовується лише мінімальний набір індикаторів. Обмеженою є дезагрегація показників відповідно до статі, віку та типу населеного пункту.

Ускладнює порівняння кількості лікарів з надання ПМД між країнами відмінності у підходах до класифікації лікарів в цих країнах.

Обмеженість цього аналізу полягає в тому, що дані про кількість лікарів, що зареєстровані в ЕСОЗ не відображають реальну картину щодо кількості фактично наявних лікарів на окремих територіях чи в ЗОЗ та тих, хто працює дистанційно. Внаслідок міграції, спричиненої

повномасштабною війною, є лікарі, які залишилися працювати в громадах і продовжують надавати медичну допомогу наживо та дистанційно; є лікарі, які виїхали з громад, але продовжують надавати медичну допомогу дистанційно пацієнтам, з якими укладено декларації; є лікарі, які не працюють, але яких не було звільнено; є лікарі, які були мобілізованими, але за ними зберігається робоче місце [33]. Тому оцінити реальну кількість лікарів, що працюють в сільських та міських районах наразі неможливо.

Медичний персонал є частиною загальної популяції та підпадає під ті ж самі тренди: міграція, урбанізація чи старіння населення. Міграція медиків повторює загальні тенденції та відбувається за напрямком “з України за кордон та із села (невеличкого містечка) до великого міста” [31]. Частина сільських амбулаторій знаходиться вже зараз знаходиться без сімейного лікаря: 0,8 лікарів на 1 амбулаторію, в той час, як в міських амбулаторіях їх кількість - 6,5.

На одного студента, який вступив в медичний ЗВО припадає приблизно три лікарі пенсійного віку, що є недостатнім для вчасної заміни медичного персоналу. Крім того, більшість студентів не вважають професію сімейного лікаря престижною. Тому перед системою охорони здоров'я повстає виклик - зробити цю професію привабливою для випускників медичних ЗВО.

В другому розділі були ідентифіковані найбільш вагомими фактори для лікарів ПМД при прийнятті рішення щодо працевлаштування чи залишення на роботі в сільській місцевості. Дослідження, проведені в рамках кваліфікаційної роботи показують, що більшість лікарів, які працюють в комунальних закладах не задоволені матеріальними та нематеріальними умовами праці, на відміну від лікарів приватної форми власності, які працюють в межах ПМГ. Більшість лікарів погоджується щодо необхідності додаткової оплати лікарю за роботу в сільській місцевості. А при відсутності лікарів, альтернативу в наданні медичної



допомоги сільському населенню вбачають в мобільних медичних бригадах та створенні умов для розвитку приватної медичної практики.

## РОЗДІЛ 3

### ПРОПОЗИЦІЇ ДІЄВОЇ ПОЛІТИКИ ЩОДО ЗАЛУЧЕННЯ ЛІКАРІВ ПМД ДО РОБОТИ В СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ

3.1. Рамка ВООЗ щодо розвитку кадрових ресурсів системи охорони здоров'я

Загалом, в Україні немає вираженого дефіциту лікарів на національному рівні [33], але існує неефективний їх розподіл як в розрізі спеціальностей (кількість лікарів-спеціалістів в Україні більше, ніж в середньому по Європі) та в розрізі географічного розподілу (сільські регіони частіше страждають на нестачу лікарів в порівнянні з містом).

Питання щільності розподілу лікарів в залежності від типу місцевості є ключовим і вирішенні питань нерівності отримання медичної допомоги, збільшення універсального охоплення медичними послугами та досягнення Цілей сталого розвитку.

В різних країнах світу застосовують різні підходи до найму та утримання лікарів в сільській місцевості. Але ці політики мають вирішувати 2 важливі питання [35]:

По-перше, впровадження політики має бути комплексним, поєднуючи різні набори втручань з урахуванням максимальної кількості факторів, які впливають на рішення лікаря працювати в селі. Одноразові втручання навряд чи будуть достатніми чи успішними.

По-друге, ці втручання мають бути узгодженими з уподобаннями та очікуваннями лікарів, адже їх рішення щодо працевлаштування є наслідком цих уподобань.

Відповідно до ВООЗ, політика як на національному, так і на місцевому рівнях пропонує планувати заходи в таких рамках (рис.3.1) [37]:

1) Лідерство, яке передбачає адвокацію теми кадрових ресурсів, моніторинг і оцінку плану, впровадження програм з лідерства для керівників ЗОЗ.

2) Партнерство - кооперація між гравцями з різних секторів, державно-приватні партнерства та залучення громадськості.

3) Політика - розробка і впровадження політики щодо планування, освіти, професійної діяльності (професійні стандарти, ліцензування, акредитація).

4) Фінансування - створення конкурентних фінансових стимулів для персоналу, що задіяний в системі надання медичних послуг, оцінка необхідних ресурсів.

5) Освіта - відповідність освітніх програм потребам СОЗ, можливості БПР.

6) Система управління кадрами - створення умов для залучення персоналу, його продуктивності, застосування інформаційних систем щодо кадрових ресурсів в охороні здоров'я (КРІС).



Рис. 3.1. Концептуальна рамка ВООЗ щодо КРОЗ

Будь-які втручання, направлені на вирішення проблеми нестачі медичного персоналу мають враховувати комплексний підхід. Ці втручання мають бути підкріплені відповідними інвестиціями на всіх рівнях - місцевому, регіональному та національному. Ці інвестиції необхідно направляти на покращення освіти, здобуття навичок, в яких є потреба при роботі в сільській місцевості, створення умов для достойної праці. На цьому шляху важливим є лідерство та адвокація заходів щодо необхідності покращення у сфері КРОЗ.

### 3.2. Пропозиції щодо підходів до залучення лікарів з надання ПМД у сільську місцевість

В 2021 році в Україні з'явився проєкт “Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року” (далі - стратегія), який об'єднує та координує різні напрямки втручань, кінцевим результатом яких має стати “гарантування доступності та раціонального використання в державі ефективних та безпечних лікарських засобів належної якості, та забезпечення доступу населення України до якісних послуг охорони здоров'я” [13].

Одним із напрямків стратегії є “Кадрові ресурси системи охорони здоров'я”. В ньому аналізується ряд викликів, які стосуються кадрових ресурсів та які постали перед системою охорони здоров'я в Україні:

- 1) Проблеми з системою підготовки кадрів у сфері охорони здоров'я. Наразі в Україні не проводиться оцінювання потреб щодо підготовки працівників сфери охорони здоров'я. Таким чином, набір студентів до медичних ЗВО проводиться неконтрольовано без урахування потреб галузі.

- 2) Не сучасний та не релевантний зміст освіти, що в майбутньому призводить до браку практичних навичок у медичних працівників, які приїжджають працювати в сільську місцевість.
- 3) Неадекватний розподіл працівників сфери охорони здоров'я через відсутність політик щодо планування кадрових ресурсів відповідно до потреб. Відсутність реєстру медичних працівників робить неможливим здійснення ефективного обліку та управління КРОЗ.
- 4) Темпи приросту лікарів знижуються, хоча щільність лікарів співвідноситься з аналогічним показником у деяких європейських країнах (Польща, Латвія, Естонія). В Україні третина лікарів, що продовжують працювати пенсійного віку (60+) і є тенденція до збільшення.
- 5) Нерівномірний географічний розподіл медичних працівників.
- 6) Соціальний захист лікарів фрагментарний та не сприяє їхньому загальному добробуту. У багатьох ЗОЗ відсутні базові умови для комфортної роботи персоналу. Це, в свою чергу, негативно впливає на їхню мотивацію щодо власного професійного розвитку та надання якісних медичних послуг.

Враховуючи перелічені проблеми, стратегією пропонується втручання в трьох напрямках:

- 1) Освіта та наукова діяльність у сфері ОЗ мають бути інтегровані до сучасного міжнародного контексту. Передбачено перегляд та оновлення освітніх програм підготовки медичних працівників, зміни в післядипломній освіті, підготовка менеджерів в охороні здоров'я, розвиток нових форм БПР тощо.
- 2) Планування та забезпечення КРОЗ має здійснюватись в обсягах та у структурі з урахуванням потреб галузі. Передбачається створення реєстру медичних працівників, планування КРОЗ відповідно до потреб, розробка гнучкої системи стимулів як на рівні закладу, та і на рівні держави,

утримання лікарів в районах з недостатньою кількістю працівників для надання медичних послуг.

3) Створення умов для забезпечення професійного благополуччя працівників, що працюють в сфері ОЗ. Цей напрямок включає забезпечення гідної оплати праці, розробка системи мотивації, розробка процедур залучення, утримання, розвитку медичних працівників, заходи щодо формування професійного благополуччя на рівні ЗОЗ та ін.

Таким чином, в стратегії закладена ідея щодо необхідності розроблення політик залучення лікарів та їх утримання в районах з недостатньою кількістю відповідно навчених медичних кадрів.

Важливо, щоб політика розвитку, залучення, найму та утримання кадрів сільської охорони здоров'я була включена, врахована за вартістю та підтверджена в національному плані охорони здоров'я. В 2022 році уряд представив проєкт Плану відновлення системи охорони здоров'я, що є частиною глобального плану відбудови України після війни. Серед іншого, там передбачена ціль щодо “планування та забезпечення кадрів системи охорони здоров'я здійснюється в обсягах та структурі відповідно до потреб” [21]. Проте, головними ризиками в досягненні цілі є “обмежене фінансування” та “непорозуміння у політичному середовищі необхідності зміни підходів до підготовки кадрів в охороні здоров'я” [21].

Тому вкрай важливо на шляху до розробки та впровадження політик, направлених на залучення лікарів з надання ПМД забезпечити участь всіх зацікавлених сторін, адже для реального покращення здоров'я сільського населення потрібні стійкі політичні, інституційні та фінансові зобов'язання. Цими сторонами можуть бути [53]:

- громадянське суспільство (організації з захисту прав пацієнтів, лідери чи члени спільнот);
- уряд (МОЗ, департаменти ОЗ, місцеві адміністрації тощо);

- роботодавці (приватні заклади, державно-приватні партнерства, некомерційні організації);
- представники працівників сфери ОЗ (професійні асоціації, спільноти);
- міжнародні зацікавлені сторони (благодійні організації, професійні та галузеві організації);
- інші (засоби масової інформації, медичні працівники, викладачі і студенти медичних ЗВО).

Багато країн ОЕСР використовують різні види фінансових стимулів для залучення та утримання лікарів в регіони з недостатнім рівнем медичного обслуговування [40]. Серед них одноразові субсидії, як допомога у відкритті приватної практики чи регулярні виплати. Деякі країни заохочують студентів з регіонів, де є недостатній рівень медичного обслуговування вступати до медичних шкіл. Вартість і ефективність різних політик, спрямованих на залучення чи утримання лікарів в сільській місцевості суттєво відрізняється в залежності від системи охорони здоров'я в країні, географічного розташування країни, поведінки лікарів і від структури самої політики. Для того, щоб політика мала значний і тривалий вплив, її “слід розробляти з чітким розумінням інтересів цільової групи” [45].

В Україні механізми стимулювання медичних працівників до роботи в сільських районах включають:

- одноразову фінансову допомогу (т.н. “підйомні”);
- фінансові надбавки до зарплати (відповідно до місцевих “політик заохочення” чи умов колективного договору);
- забезпечення житлом або пільговими кредитами на житло, оплату ЖКГ тощо;
- забезпечення авто- чи мототранспортом;

- оплату навчання в інтернатурі в рамках районних програм місцевих стимулів.

Проте, в Україні відсутня практика оцінки економічної ефективності мотиваторів та стимулів, що впроваджуються на рівні ЗОЗ чи в рамках регіональних цільових програм [1].

Світовий Банк, у партнерстві з ВООЗ та USAID-CapacityPlus сприяли застосуванню експериментів з дискретним вибором (ЕДВ) для формування політики і утримання кадрів у країнах, що розвиваються. ЕДВ використовувався урядами країн при розробці політик найму та утриманні працівників ОЗ та мав на меті: 1) вивчити відносний вплив матеріальних та нематеріальних аспектів роботи на рішення працівників ОЗ щодо працевлаштування; 2) розробку “пакетів стимулів”, що включали різні комбінації матеріальних та нематеріальних мотивацій; 3) оцінку економічної ефективності цих пакетів стимулів [54]. Це може бути гарним інструментом для нашої країни при розробці ефективних політик з залучення лікарів ПМД до роботи в сільську місцевість.

Всі втручання, направлені на залучення медичних працівників до роботи в сільську місцевість ВООЗ розділяє на 4 сфери, які впливають на просування по службі всіх працівників сільської охорони здоров'я, а саме: освіта, регулювання, фінансові стимули, персональна та професійна підтримка [53].

Втручання, що можуть бути ефективними в Україні та частково вже реалізуються та щодо ефективності яких є надійні дані:

- 1) Забезпечення гідних умов праці для лікарів в сільських районах.

Є дві загальні групи факторів, які впливають на мотивацію медичних фахівців. Перша група - гігієнічні фактори (умови праці, заробітна плата, безпека на робочому місці тощо) є важливими з точки зору стабільності. Їх відсутність може призводити до збільшення відчуття незадоволення роботою. Інша група - мотивуючі (визнання, нові можливості тощо) -



дають додаткову мотивацію, посилюють відчуття задоволеності роботою та стимулюють примати кар'єрні рішення [43].

Відповідно до дослідження, проведеного в рамках кваліфікаційної роботи, лише 30,5% лікарів, що працюють в сільській місцевості задоволені матеріальними та 37,3% нематеріальними умовами праці

В 36,1% випадків причиною зміни місця роботи за останні 5 років лікарі вказували незадовільні умови праці та несправедливі механізми оплати праці. 86,5% лікарів, що працюють в селі вказали дохід менше 20 тис.грн., а прийнятний дохід в 40,7% випадків в 30-40 тис.грн. Крім того, майже кожен лікар зазначив, що до факторів, які мотивують належать: справедлива оплата праці (98,5%), гарні робочі умови (94,2%), забезпечення робочого місця відповідно до таблицю матеріально-технічного оснащення (92,7%). При тому, що керівники ЗОЗ при контрахуванні з НСЗУ декларують виконання вимог специфікації договору, в тому числі щодо забезпеченості ЗОЗ відповідно до таблицю оснащення та дотримання вимог законодавства щодо оплати праці. Але отримані дані можуть свідчити про те, що у більшості лікарів, що працюють в сільських амбулаторіях не задоволені базові потреби для їх утримання, не говорячи вже про можливість залучення нових кадрів.

ВООЗ пропонує досягти завдання щодо забезпечення гідних умов праці шляхом створення середовища, заснованому на 4 стратегічних принципах [53]:

1) повна і продуктивна зайнятість (якісні можливості працевлаштування, справедлива оплата праці);

2) права у сфері праці (свобода об'єднань, ліквідація примусової праці, оптимальні умови праці, гідний робочий час, суміщення роботи і особистого життя, захист від дискримінації);

3) соціальний захист (соціальне забезпечення);

4) сприяння соціальному діалогу між роботодавцями та працівниками. Сприятливе робоче середовище асоціюється з вищими показниками утримання кадрів.

Органи місцевого самоврядування, як власники комунальних медичних закладів мають можливість фінансувати місцеві програми розвитку та підтримки своїх ЗОЗ, які стосуються як оплати праці, так і фінансування ремонту чи закупівлю обладнання [20]. Інвестиції у забезпечення гігієнічних факторів мотивації сприяють утриманню наявних медичних фахівців [33].

2) Забезпечення гідних умов життя медичних працівників та їх сімей.

Відсутність основних комфортного та безпечного житла в сільській місцевості негативно впливає на рішення лікаря влаштуватись чи залишитись на роботі. Якщо це питання не вирішено, це може підірвати зусилля по залученню та утриманню лікарів [53]. Чим далі від міста знаходиться село, тим більше уваги варто виділяти умовам проживання. Крім житла сюди відносяться: телекомунікації, доступ до мережі Інтернет, школи, охорона та безпека. В проведеному дослідженні майже 70% лікарів мали родину з дітьми, а 20% проживали в парі. Тому при розробці політики щодо залучення лікарів, варто враховувати інтереси всієї сім'ї медичного працівника. При потребі - допомогти у працевлаштуванні чоловіка чи дружини, забезпечити можливість освіти для дітей тощо. Забезпечення житлом, у тому числі соціальним може бути основним фактором продовження роботи у тому чи іншому населеному пункті.

3) Зараховувати студентів з сільської місцевості в програми підготовки медичних кадрів.

Сільське походження було описано як єдиний фактор, найбільш надійно пов'язаний з тим, що лікар працюватиме в сільській місцевості. В Україні вже є порядок реалізації права на першочергове зарахування до медичних (та інших) ЗВО за державним (регіональним) замовленням осіб,

які уклали угоду про відпрацювання не менше трьох років у сільській місцевості [11]. Проте немає оцінки ефективності впливу даної постанови на рівень працевлаштувань лікарів в сільській місцевості. Відповідно до проведеного в рамках курсової роботи дослідження, 59,7% лікарів, які до навчання проживали в сільській місцевості, на момент проведення опитування працювали в селі. Хоча відсутні дані, які б стверджували, що вони навчались саме за цільовим замовленням, ВООЗ має фактичні дані середньої якості щодо надійного позитивного зв'язку між сільським походженням та набором та утриманням у сільській практиці. Політика цільового найму має супроводжуватись механізмами підтримки для подолання бар'єрів, з якими стикаються студенти з сільської місцевості.

- 4) Залучати студентів медичних ЗВО на практику в сільські населені пункти.

ВООЗ вважає цю рекомендацію надійною [53]. Навчання та підготовка лікарів відбувається в містах з великою кількістю медичних закладів. В такому разі не враховуються ситуації, коли ресурси можуть бути обмеженими, як трапляється в сільській місцевості. Ефектом від час такого втручання у студента є “розвиток впевненості у власних силах у сільській практиці” [53], що надійно та позитивно асоціюється з наміром залишитись чи повернутись в сільську амбулаторію незалежно від статі, походження, кар'єрного статусу тощо. В Україні зараз існує обмеження в законодавстві [16, ст.33], через яке студенти не мають можливості відпрацювати необхідні навички безпосередньо під час практики в ЗОЗ сільської місцевості. Зміну цього положення варто врахувати під час планування освіти у сфері ОЗ.

- 5) Спрощення законодавства щодо доступу лікарів до відкриття медичної практики.

В дослідженні, проведеному в рамках кваліфікаційної роботи незадоволення умовами праці стимулювало лікарів шукати альтернативні

рішення, а саме відкривати ФОП. Крім того, 8 з 10 лікарів, які працюють в приватних закладах - задоволені матеріальними та нематеріальними факторами. 57,7% опитаних лікарів бачать альтернативу надання ПМД сільському населенню за рахунок створення умов для розвитку приватної медичної практики. Крім того, внутрішня міграція лікарів та пацієнтів з прифронтових населених пунктів створила потребу в відкритті нових місць надання медичних послуг, особливо лікарями, які мають відповідний досвід. Тому важливим є лібералізація законодавства щодо доступу лікарів до відкриття медичної практики. Органи місцевого самоврядування мають розробляти власні програми, які спрямовані на допомогу лікарям, що релокуються на покращення умов для надання медичної допомоги.

б) Спрощення доступу до роботи в Україні іноземців.

Варто розглянути можливість залучення медичних кадрів з-за кордону як один з варіантів вирішення проблеми нестачі медичних кваліфікованих кадрів. Але для цього громадам-власникам медичних закладів потрібно забезпечити крім базових гігієнічних вимог ще привабливі кар'єрні можливості. Основними проблемами, які потрібно вирішити на рівні уряду - спрощення процедури отримання лікарем допуску до провадження професійної діяльності та дозволу на застосування праці іноземця. Польща, Чеська республіка та Німеччина вже успішно практикують таку політику відносно медичних кадрів з інших країн [31].

### Висновки до розділу 3

В третьому розділі було запропоновано механізм адаптації підходів ВООЗ щодо розвитку кадрових ресурсів системи охорони здоров'я як складової концепту політики залучення лікарів ПМД до роботи в сільській місцевості. ВООЗ визнає людські ресурси важливим компонентом в

універсальному охопленні медичними послугами. Тому, варто планувати заходи в таких рамках: лідерство, партнерство, політика, фінансування, освіта, система управління кадрами.

Крім того, було розроблено рекомендації щодо перспективних напрямків залучення лікарів ПМД до роботи в сільській місцевості. Серед них:

- забезпечення гідних умов праці та проживання для лікарів в сільських районах та їх сімей;
- цільове направлення студентів з сільської місцевості в медичні ЗВО;
- практика в сільських населених пунктах студентів медичних ЗВО;
- зміни в законодавстві щодо полегшення відкриття власної медичної практики;
- зміни в законодавстві щодо спрощення доступу до роботи іноземців.

## ВИСНОВКИ

У межах цієї роботи досліджувалось питання цілісної концепції політики залучення лікарів ПМД до роботи в сільську місцевість.

В першому розділі визначено сутність системи ПМД, яка полягає в забезпеченні доступності людей до якісних і безпечних послуг охорони здоров'я. Відсутність в сільських чи віддалених населених пунктах доступу до потрібних профілактичних, лікувальних, реабілітаційних, паліативних та санітарно-просвітницьких послуг в потрібний момент та в потрібному місці може призвести до значних фінансових труднощів, відмови від звернення за медичною допомогою та до погіршення здоров'я всього населення. Україна, разом з іншими країнами взяла на себе зобов'язання щодо виконання Цілей сталого розвитку, в тому числі і цілі 3.8 “Забезпечення універсального охоплення послугами охорони здоров'я”. Одним із шляхів подолання нерівностей та забезпечення універсального охоплення є розширення доступу до ПМД. ПМД також скорочує загальні витрати на охорону здоров'я, що є важливим фактором для України під час широкомасштабної війни.

Лікар з надання ПМД (лікар ЗПСЛ, лікар-педіатр, лікар-терапевт) є основною складовою одиницею системи надання ПМД. Часто медичні послуги можуть надаватись з іншими медичними працівниками в складі команди з надання ПМД. При цьому, лікарі є точкою першого контакту в системі ОЗ, надають безперервний людиноцентрований догляд, забезпечують комплексність, покриваючи більшість потреб в ОЗ, координують та скеровують на інші рівні надання медичної допомоги при необхідності. Ефективна та якісна ПМД залежить від наявності добре підготовлених лікарів з надання ПМД в громаді.

Систематизовано нормативно-правове забезпечення ПМД в Україні, починаючи з 2017 року зі стартом першого етапу медичної реформи. Зміни в нормативно-правовому регулюванні дозволили закладам комунальної форми власності стати КНП, отримати автономність щодо вирішення питання формування штатного розпису, структури закладу, оплати праці персоналу та конкурувати з ЗОЗ приватної форми власності за пацієнта. Органи місцевого самоврядування отримали більше повноважень посилювати та підтримувати підпорядковані заклади охорони здоров'я. Конкуренція за пацієнта, який перестав бути “прив’язаним” до місця проживання чи прописки стимулювала медичні заклади покращувати свої послуги та якість надання ПМД, в тому числі і умови роботи лікарів.

Надана характеристика політики залучення лікарів ПМД до роботи в сільській місцевості, яка раніше полягала переважно в направленні випускників медичних ЗВО, підготовка яких здійснювалась за державним замовленням до роботи в сільську місцевість. Раніше таким механізмом вирівнювався дисбаланс між спеціалізованою та первинною ланками та коригувався дефіцит лікарів в сільській місцевості. А з 2017 року цю норму було скасовано. Вона мала ряд недоліків, в тому числі була неконституційною щодо обов'язкового відпрацювання, включала виражену корупційну складову та збільшувала немотивованих до якісного виконання роботи лікарів, які через три роки після завершення періоду відпрацювання змінювали місце роботи чи спеціальність. Паралельно з цим, задля посилення ПМД в сільській місцевості були прийняті нормативно-правові акти, які передбачали додаткові гарантії оплати праці, цільове направлення на навчання в медичному ЗВО з подальшим відпрацюванням, розробку та впровадження мотиваційних пакетів, побудову чи реконструкцію амбулаторій, впровадження телемедичних послуг тощо. Проте економічна оцінка ефективності цих політик не проводилась.

В другому розділі роботи ідентифіковано найбільш вагомі фактори для лікарів ПМД при прийнятті рішення щодо працевлаштування чи залишення на роботі в сільській місцевості. Дослідження, проведене в рамках кваліфікаційної роботи показало, що лікарі, які працюють в КНП в сільській місцевості, частіше мають нижчий рівень доходу, задоволеності матеріальними та нематеріальними умовами праці в порівнянні з тими, хто працює в КНП в місті. Якщо ж порівнювати рівень задоволеності умовами праці між приватними і комунальними закладами, то втричі частіше лікарі, які працюють в приватних закладах задоволені умовами своєї роботи. Часто незадовільні умови праці змушують лікарів змінювати роботу чи відкривати ФОПи. Серед матеріальних факторів, які мотивують лікарів - справедлива оплата праці, гарні робочі умови, доступ до сучасного обладнання та технологій. Серед нематеріальних - сприятлива корпоративна культура, можливість балансувати роботу та особисте життя, бажання допомагати людям.

В третьому розділі були запропоновані механізми адаптації підходів ВООЗ щодо розвитку кадрових ресурсів системи охорони здоров'я як складової концепту політики залучення лікарів ПМД до роботи в сільській місцевості. Будь які втручання, що направлені на вирішення проблем мають бути комплексними з поєднанням різних наборів факторів, які впливають на рішення лікарів працювати в селі. Одноразові втручання не є достатніми чи успішними. Необхідно це узгоджувати з уподобаннями та очікуваннями лікарів, адже їх рішення щодо працевлаштування є наслідком цих уподобань. Україні варто звернути увагу на застосування експериментів з дискретним вибором для формування політики і утримання кадрів.

Наприкінці роботи були розроблені рекомендації щодо перспективних напрямків залучення лікарів ПМД до роботи в сільській місцевості. До них відносяться:



1. Забезпечення гідних умов праці для лікарів в сільських районах.
2. Забезпечення гідних умов життя медичних працівників та їх сімей.
3. Зараховувати студентів з сільської місцевості в програми підготовки медичних кадрів.
4. Залучати студентів медичних ЗВО на практику в сільські населені пункти.
5. Спрощення законодавства щодо доступу лікарів до відкриття медичної практики.
6. Спрощення доступу до роботи в Україні іноземців.

Успіх будь яких втручань неможливий без відповідних інвестицій на всіх рівнях: національному, регіональному, місцевому. Інвестиції потрібно направляти на покращення освіти лікарів, здобуття додаткових навичок для роботи в сільській місцевості, покращення менеджерських навичок керівників ЗОЗ, створення умов для достойної праці. На кожному з цих етапів важливим є лідерство та адвокація заходів щодо необхідності покращення у сфері КРОЗ.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Богдан, Д., Бойко, А., Василькова, А., Вежновець, Т., Звінчук, О., Латипов, А., Миронюк, І. С., Нечосіна, О., Ніколаєв, Є., Одринський, В., & Серета, Ю. (2019). Кадрові ресурси системи охорони здоров'я в Україні. Ситуаційний аналіз. Проект USAID "Підтримка реформи охорони здоров'я".
2. Богдан Д., Качурець М., Сасіна Я., Степурко Т., Шваб М., (2022). Роль і обов'язки медсестри на ПМД в Україні. Результати дослідження. Україно-швейцарський проєкт "Розвиток медичної освіти". с. 116
3. "Велике будівництво": До кінця року запрацюють 600 амбулаторій первинної медичної допомоги | Медичний часопис. (2021, 29 липня). Український Медичний Часопис. <https://www.umj.com.ua/article/211797/velike-budivnitstvo-do-kintsya-roku-zapratsyuyut-600-ambulatorij-pervinnoyi-medichnoyi-dopomogi>
4. Всесвітня організація охорони здоров'я. Європейське регіональне бюро. (2023). Первинна медична допомога в Україні: досягнутий прогрес і наступні кроки: аналіз даних за 2020 -2021 р.: серія аналітичних записок. Всесвітня організація охорони здоров'я. Європейське регіональне бюро. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/367317>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
5. Державна служба статистики в Україні. (2022). Цілі сталого розвитку. Україна - 2021 (Моніторинговий звіт). Представництво ООН в Україні та Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні.
6. Деякі питання електронної системи охорони здоров'я, Постанова Кабінету Міністрів України № 411 (2023) (Україна). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-п#Text>

7. Деякі питання надання первинної медичної допомоги в умовах воєнного стану, Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 496 (2022) (Україна).

8. Деякі питання надання субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на здійснення заходів, спрямованих на розвиток системи охорони здоров'я у сільській місцевості, Постанова Кабінету Міністрів України № 983 (2021) (Україна).  
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/983-2017-п#Text>

9. Деякі питання оплати праці медичних працівників закладів охорони здоров'я, Постанова Кабінету Міністрів України № 2 (2023) (Україна). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2-2022-п#Text>

10. Деякі питання реалізації права осіб на першочергове зарахування до закладів вищої (фахової передвищої) медичної, мистецької та педагогічної освіти за державним (регіональним) замовленням, Постанова Кабінету Міністрів України № 417 (2021) (Україна).  
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/417-2018-п#Text>

11. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2023 році, Постанова Кабінету Міністрів України № 1464 (2023) (Україна).  
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1464-2022-п#Text>

12. Захожа, В., Сахно, Ю., Степурко, Т., & Харченко, Н. (Уклад.). (2021). Індекс здоров'я Україна - 2020. (Результати загальнонаціонального дослідження).

13. Міністерство охорони здоров'я України. (2021). Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року.  
<https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%A1%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%B3%D1%96%D1%8F/UKR%20Health%20Strategy%20Feb%2024.2022.pdf>.

14. Мінрегіон розробив типові проекти будівництва сучасних медамбулаторій у сільській місцевості. (2018, 27 березня). Децентралізація в Україні. <https://decentralization.gov.ua/news/8570>
15. Національна служба здоров'я України. (2023). Е-дані. <https://edata.e-health.gov.ua/e-data>.
16. Основи законодавства України про охорону здоров'я, Закон України № 2801-ХІІ (2023) (Україна). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>
17. План відновлення системи охорони здоров'я України від наслідків війни на 2022 - 2032 роки, Проект Міністерства охорони здоров'я України (2022) (Україна). [https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/Новини/21-07-2022-Draft-Ukraine%20НС%20System%20Recovery%20Plan-2022-2032\\_UKR.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/Новини/21-07-2022-Draft-Ukraine%20НС%20System%20Recovery%20Plan-2022-2032_UKR.pdf)
18. Про вищу освіту, Закон України № 1556-VII (2023) (Україна). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1556-18#Text>
19. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я, Закон України № 2002-VIII (2017) (Україна). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2002-19#Text>
20. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення, Закон України № 2168-VIII (2023) (Україна). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>
21. Проект Плану відновлення України. Матеріали робочої групи "Охорона здоров'я", Проект (2022) (Україна). <https://www.kmu.gov.ua/storage/app/sites/1/recoveryrada/ua/health-care.pdf>
22. Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, Наказ Міністерства охорони здоров'я

України № 503 (2023) (Україна). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0347-18#Text>

23. Про затвердження Порядку надання одноразової адресної грошової допомоги випускникам вищих навчальних закладів, які здобули освіту за напрямками і спеціальностями медичного та фармацевтичного профілів, Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 390 (2018) (Україна). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0942-12#Text>

24. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги, Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 504 (2022) (Україна). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#Text>

25. Про затвердження Порядку працевлаштування випускників державних вищих медичних (фармацевтичних) закладів освіти, підготовка яких здійснювалась за державним замовленням, Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 367 (2022) (Україна). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0246-98#Text>

26. Про затвердження Порядку формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги, Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 178/24 (2018) (Україна). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0215-18#Text>

27. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості, Закон України № 2206-VIII (2017) (Україна). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19#Text>

28. Про Цілі сталого розвитку України на період до 2030 року, Указ Президента України № 722/2019 (2019) (Україна). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/722/2019#Text>

29. Степурко, Т., Короленко, О., Ігнащук, О., Барська, Ю., Дунаєвська, Ю., & Рааб, М. (Уклад.). (2019). Сприйняття сімейної медицини студентами і викладачами закладів вищої медичної освіти України (Звіт). Україно-швейцарський проєкт "Розвиток медичної освіти".

30. Український центр охорони здоров'я, Харківська експертна група підтримки медичної реформи & Міжнародний фонд "Відродження". (2022a). Висновки та рекомендації за проєктом “Первинна та амбулаторна медична допомога громадянам України внаслідок військового конфлікту”.

31. Український центр охорони здоров'я, Харківська експертна група підтримки медичної реформи & Міжнародний фонд "Відродження". (2022b). Структурний аналіз системи охорони здоров'я України під час воєнного стану. (Звіт за проєктом “Первинна та амбулаторна медична допомога громадянам України внаслідок військового конфлікту”).

32. Універсальне охоплення послугами охорони здоров'я (Аналітична довідка ООН). (2020). United Nations.

33. Харківська експертна група підтримки медичної реформи, Український центр охорони здоров'я & Міжнародний фонд "Відродження". (2022). Звіт з досліджень в рамках проєкту "Первинна та амбулаторна медична допомога громадянам України внаслідок військового конфлікту".

34. Черенько, Л., Саріогло, В., & Сітнікова, Н. (2023, квітень). Дитяча бідність: прогностні оцінки впливу війни на стан домогосподарств з дітьми. ЮНІСЕФ в Україні.  
<https://idss.org.ua/arhiv/Ukraine%20Child%20Poverty%20Brief%202023%20ukr.pdf>

35. Araujo, Edson & Maeda, Akiko. (2013). How to Recruit and Retain Health Workers in Rural and Remote Areas in Developing Countries : A Guidance Note. 10.13140/RG.2.2.34680.55041.

36. Bentzen, B., Bridges-Webb, C., Carmichael, L., Ceitlin, J., Feinbloom, R., Metcalf, D., McWhinney, I., & Rajakumar, M. (1991). The Role of the General Practitioner/Family Physician in Health Care Systems: A Statement from WONCA.

37. Conceptual framework for human resources for health. (2017). World Health Organization - Regional Office for the Eastern Mediterranean. <https://www.emro.who.int/human-resources-observatory/hrh-infocus/in-focus.html>
38. Coverage of essential health services (SDG 3.8.1). (2023). World Health Organization (WHO). <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/service-coverage>
39. Doctors (by age, sex and category). Health at a Glance 2021: OECD Indicators. (2021). OECD iLibrary. [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2021\\_aa9168f1-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2021_aa9168f1-en)
40. Geographic distribution of doctors. Health at a Glance 2019 : OECD Indicators. (2019). OECD iLibrary. <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/5f710d24-en/index.html?itemId=/content/component/5f710d24-en>
41. Gulliford M. C. (2002). Availability of primary care doctors and population health in England: is there an association?. *Journal of public health medicine*, 24(4), 252 -254. <https://doi.org/10.1093/pubmed/24.4.252>
42. Gunta, S. P., Ul-Ejaz, A., Murphy, A. M., Gunn, K. M., Bhatnagar, A., Angraal, V., Lopez-Candales, A., & Angraal, S. (2022). Association of number of primary care physicians with preventable hospitalizations and premature deaths. *Postgraduate medicine*, 134(2), 205 -209.
43. Herzberg, F. (2003, лютый). One More Time: How Do You Motivate Employees? *Harvard Business Review*. <https://hbr.org/2003/01/one-more-time-how-do-you-motivate-employees>
44. Lemire, F. (2017). First contact: What does it mean for family practice in 2017? *PubMed Central (PMC)*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5349732/>
45. Ono, T., M. Schoenstein and J. Buchan. (2014), “Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses”, *OECD Health Working*

Papers, No. 69, OECD Publishing, Paris,  
<http://dx.doi.org/10.1787/5jz5sq5ls1wl-en>.

46. Primary health care. (2021). World Health Organization (WHO).  
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>

47. SDG 3.8.2 Catastrophic health spending (and related indicators). (2023). World Health Organization (WHO).  
<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/financial-protection>

48. Sripa, P., Hayhoe, B., Garg, P., Majeed, A., & Greenfield, G. (2019). Impact of GP gatekeeping on quality of care, and health outcomes, use, and expenditure: A systematic review. *The British Journal of General Practice*, 69(682), e294. <https://doi.org/10.3399/bjgp19X702209>

49. Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly*, 83(3), 457-502. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>

50. Ukraine Poverty Rate 1992-2023. (2023). Macrotrends | The Long Term Perspective on Markets.  
<https://www.macrotrends.net/countries/UKR/ukraine/poverty-rate>

51. Universal health coverage. (6. д.). UICC.  
<https://www.uicc.org/what-we-do/areas-focus/universal-health-coverage-uhc>

52. Universal health coverage (UHC). (2022, 12 грудня). World Health Organization (WHO). [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))

53. WHO guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote areas. (2021). World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240024229>

54. World Bank Group. (2016, 19 грудня). How to Recruit and Retain Health Workers in Rural and Remote Areas in Developing Countries? World Bank. <https://www.worldbank.org/en/topic/health/publication/how-to-recruit-retain-health-workers-in-rural-remote-areas-in-developing-countries>



55. The World Bank in Ukraine: Overview. (2023). World Bank. <https://www.worldbank.org/en/country/ukraine/overview#3>
56. World Bank says Ukraine has tenfold increase in poverty due to war. (2022, 15 жовтня). Reuters. <https://www.reuters.com/world/europe/world-bank-says-ukraine-has-tenfold-increase-poverty-due-war-2022-10-15/>
57. World Health Organization. (1976). Constitution of the World Health Organization. WHO.
58. World Health Organization. (2010). Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44369>
59. World Health Organization. (2018). Building the primary health care workforce of the 21st century. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328072>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
60. World Health Organization. (2019). Declaration of Astana: Global Conference on Primary Health Care: Astana, Kazakhstan, 25 and 26 October 2018. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328123>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
61. World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF). (2020). Operational framework for primary health care: transforming vision into action. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/337641>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

ДОДАТКИ  
ДОДАТОК А

*Таблиця А.1*

**Розподіл респондентів щодо прийняттого розміру щомісячного доходу  
в залежності від типу власності та типу населеного пункту**

Який розмір щомісячного доходу для вас є прийнятним?						
Тип власності	Всього (n)	до 20 тис.грн	20-30 тис.грн	30-40 тис.грн.	40-50 тис.грн	> 50 тис.грн.
Комунальні, всього	109	0	26,6%	43,1%	20,2%	10,1%
- Місто	57	0	22,8%	40,4%	24,6%	12,3%
- Село	52	0	30,8%	46,2%	15,4%	7,7%
Приватні, всього	26	3,8%	15,4%	26,9%	23,1%	30,8%
- Місто	20	5,0%	15,0%	35,0%	15,0%	30,0%
- Село	6	0	16,7%	0	50,0%	33,3%
КНП+приватні, всього	2	0	50,0%	0	50,0%	0
- Місто	1	0	0,0%	0	100,0%	0
- Село	1	0	100,0%	0	0	0

Таблиця А.2

**Розподіл респондентів щодо погляду на переваги проживання в місті в залежності від соціально-демографічних показників**

Які, на ваш погляд, переваги проживання в місті?							
Тип власності	Більше можливостей для професійного та особистого розвитку	Багато можливостей для розваг та дозвілля	Розвинута інфраструктура	Кращий доступ до медичних закладів	Широкий вибір освітніх закладів для дітей	Зручний доступ до культурної спадщини	Більша кількість можливостей для соціальних зв'язків та особистих контактів
ВСЬОГО	67,2%	37,2%	79,6%	45,3%	53,3%	14,6%	42,3%
ТИП МІСЦЕВОСТІ							
міська	66,7%	36,8%	81,6%	47,1%	54,0%	12,6%	40,2%
сільська	68,0%	38,0%	76,0%	42,0%	52,0%	18,0%	46,0%
СТАТЬ							
чоловіки	45,5%	36,4%	90,9%	45,5%	45,5%	27,3%	54,5%
жінки	69,0%	37,3%	78,6%	45,2%	54,0%	13,5%	41,3%
ВІКОВА ГРУПА							
21 - 29 років	69,2%	53,8%	84,6%	57,7%	46,2%	26,9%	57,7%
30 - 49 років	66,7%	33,3%	78,4%	42,3%	55,0%	11,7%	38,7%
СІМЕЙНИЙ СТАН							
родини з дітьми	66,0%	30,9%	74,5%	42,6%	58,5%	13,8%	37,2%
сімейні пари/партнерські стосунки	75,0%	50,0%	85,7%	42,9%	46,4%	17,9%	57,1%
одинокі	60,0%	53,3%	100,0%	66,7%	33,3%	13,3%	46,7%

Таблиця А.3

**Розподіл респондентів щодо погляду на переваги проживання в селі в залежності від соціально-демографічних показників**

Які, на ваш погляд, переваги проживання в селі?								
Тип власності	Більша безпека та спокійне середовище, в порівнянні з містом	Близькість до природи (більше зеленої простору/лісів/річок)	Краща екологія (чисте повітря, краща якість води тощо)	Можливість займатися сільським господарством	Більша свобода руху для дітей (активності на природі)	Менші витрати на життя	Здорове харчування	Сільські традиції та спільнота (участь у житті громади)
ВСЬОГО	47,4%	65,0%	50,4%	30,7%	30,7%	40,9%	21,9%	8,0%
ТИП МІСЦЕВОСТІ								
міська	41,4%	75,9%	59,8%	31,0%	28,7%	40,2%	19,5%	10,3%
сільська	58,0%	46,0%	34,0%	30,0%	34,0%	42,0%	26,0%	4,0%
СТАТЬ								
чоловіки	63,6%	54,5%	54,5%	18,2%	27,3%	72,7%	9,1%	63,6%
жінки	46,0%	65,9%	50,0%	31,7%	31,0%	38,1%	23,0%	7,1%
ВІКОВА ГРУПА								
21 - 29 років	53,8%	69,2%	53,8%	34,6%	26,9%	38,5%	23,1%	3,8%
30 - 49 років	45,9%	64,0%	49,5%	29,7%	31,5%	41,4%	21,6%	9,0%
СІМЕЙНИЙ СТАН								
родини з дітьми	48,9%	60,6%	46,8%	30,9%	33,0%	40,4%	18,1%	7,4%
сімейні пари/партнерські стосунки	46,4%	71,4%	53,6%	32,1%	28,6%	50,0%	28,6%	10,7%
одинокі	40,0%	80,0%	66,7%	26,7%	20,0%	26,7%	33,3%	6,7%