

Міністерство освіти і науки України
Український католицький університет
Факультет суспільних наук

Кафедра соціології

Дипломна робота на тему:

**Система охорони здоров'я в Україні: фактори, які покращують або
ускладнюють лікарську діяльність**

Виконала:

студентка 4 курсу
бакалаврату за спеціальністю
«Соціологія», групи – ССО-19Б
Токарчук Тетяна Миколаївна

Науковий керівник:

доцентка кафедри соціології УКУ,
кандидатка соціологічних наук
Козлова Інга Володимирівна



Львів 2023

Зміст

| | |
|--|----|
| Вступ | 3 |
| Розділ 1. Теоретичні засади дослідження ключових аспектів системи охорони здоров'я в Україні | 9 |
| 1.1 Теоретична інтерпретація понять «система охорони здоров'я», «лікарська діяльність» | 9 |
| 1.2 Теоретичні підходи до вивчення системи охорони здоров'я | 12 |
| 1.3 Регуляція системи охорони здоров'я в Україні | 16 |
| 1.4 Проблеми сфери охорони здоров'я України | 19 |
| 1.5 Планування та реалізація медичної реформи 2016 року | 23 |
| Висновки до Розділу 1 | 28 |
| Розділ 2. Методологічний розділ..... | 30 |
| Розділ 3. Лікарська діяльність в системі охорони здоров'я України | 36 |
| 3.1 Галузь охорони здоров'я України під час повномасштабної війни: погляд лікаря та медичного експерта | 36 |
| 3.2 Рання формація лікаря | 47 |
| 3.3 Лікар як суб'єкт галузі охорони здоров'я України | 51 |
| 3.4 Міжособистісні взаємодії лікаря та мотивація його діяльності..... | 55 |
| Висновки до Розділу 3 | 62 |
| Висновки | 64 |
| Список джерел і наукової літератури | |
| Додатки | |

Вступ

Актуальність. Україна є державою, що розвивається. На противагу більшості країн Європи, система охорони здоров'я нашої держави ще не є сформованою - лише сім років тому почалася медична реформа, спрямована на зміну застарілих її аспектів. Лікарі є одними з основних суб'єктів цієї галузі. Від їх діяльності залежить задоволеність пацієнтів та рівень розвитку надання якісної медичної допомоги. Тому є потреба в розумінні, як контекст, в якому вони навчаються та працюють, формує їх. Одні чинники здатні пригнічувати розвиток потрібних навичок лікаря чи перешкоджати можливостям його самовдосконалення в медичній сфері. Інші навпаки – сприяють тому, щоб лікар вважався фахівцем у своїй галузі. Необхідно розділити ці фактори, щоб побачити, яких конкретно змін потребує середовище, в якому знаходиться лікар, та щоб надалі зміни в системі охорони здоров'я торкалися лікарів у позитивний для них і держави спосіб.

Лікар як суб'єкт медицини насамперед здобуває освіту – тож на його формування впливають якість освіти та ефективність проходження медичної практики. Лікар належить до медичного закладу, тож важливою є його комунікація з іншим медичним персоналом. Лікар в основному взаємодіє з пацієнтом, тому у фокусі уваги стає контекст вибудовування їхніх стосунків. Лікар залежить від прийняття рішень на рівні держави, зокрема щодо фінансової політики, і від загального законодавчого регулювання сфери охорони здоров'я. Для того, щоб вивести медичну галузь України на вищий рівень, відбувається її реформування, зокрема відбулося створення окремої структури НСЗУ (Національна служба здоров'я України), розвивається сімейна медицина. Окрім цього, на систему охорони здоров'я України, а отже, і на її суб'єктів, вплинуло повномасштабне російське вторгнення, що також потребує дослідницької уваги для розуміння актуального стану української медицини загалом.

Серед українських наукових напрацювань щодо зазначеної проблематики поширеними є матеріали, що стосуються поглядів пацієнтів на галузь охорони здоров'я, деяких проблемних аспектів медицини, розвитку стосунків лікар-пацієнт. Зокрема цими темами цікавилася дослідниця медичної сфери Т. Степурко. Інша українська соціологиня - І. Мажак - вивчала нерівності у сфері охорони здоров'я та державну політику щодо боротьби з окремими захворюваннями. Про розуміння суспільством цінності здоров'я, впливу пандемії COVID-19 на стан медицини в державі і його зв'язок з іншими суспільними сферами життя писала Г. Чепурко. До ціннісного виміру охорони здоров'я звертався соціолог В. Е. Пилипенко, який розглянув медицину з точки зору різних соціологічних підходів та описав проблеми української медицини у порівнянні з системами інших країн.

Що стосується іноземних напрацювань по темі охорони здоров'я, то вони в загальному описують вплив зовнішніх факторів на здоров'я індивідів, роль медицини, її розвиток в історичному, соціальному, економічному, контексті тощо. На цьому наголошував британський соціолог Г. Скамблер. Він пояснював важливість вивчення передумов і обставин виникнення певних закономірностей в медичній сфері, писав про сучасні стосунки лікаря і пацієнта. Американський соціолог В. Кокерхам досліджував здоровий спосіб життя, соціальні чинники впливу на стан здоров'я людини. Окремі аспекти соціології медицини розглядали американські соціологи Т. Парсонс, Дж. Рітцер, Дж. Мід і Г. Блумер, австрійсько-американський соціолог П. Бергер і німецький соціолог Т. Лукман.

Як бачимо у ході опрацювання літератури, окремі дослідники здебільшого зосереджувалися на розвитку медичної культури в суспільстві (зокрема ведення здорового способу життя), проблемних аспектах медицини, які залежать від зовнішніх чинників (соціальних, економічних), впливу пандемії COVID-19 на медичну сферу. Проте слід зауважити, що дослідження зазначених питань базувалися на відгуках з боку пацієнтів, звичайних громадян, однак немає

погляду на ці питання від лікарів. Дослідження у змінах стосунків лікаря і пацієнта зазвичай акцентують увагу на різниці в ролі лікаря у ХІХ ст. і зараз, коли відбувся перехід від більш владного становища лікаря до рівних стосунків лікаря і пацієнта; однак недостатньо вивченим є розвиток сучасної комунікації між ними. Окрім цього, фокус уваги досліджень зосереджений на галузі медицини загалом, тож є потреба у більш детальному, комплексному вивченні чинників усієї системи охорони здоров'я, які впливають насамперед на формування лікаря як фахівця своєї справи.

Мета дослідження. На основі вивчення аспектів функціонування української системи охорони здоров'я, дослідити фактори, які мають визначальну роль для позитивного чи негативного впливу на лікарську діяльність.

Завдання дослідження.

Завдання 1. Описати існуючі теоретичні підходи щодо вивчення сфери охорони здоров'я.

Завдання 2. Визначити, якою нормативно-правовою базою регулюються відносини суб'єктів сфери охорони здоров'я в Україні.

Завдання 3. Визначити проблемні аспекти медичної галузі, які можуть мати негативний вплив на формування лікаря і його діяльність.

Завдання 4. З'ясувати основні аспекти медичної реформи 2016 року, її вплив на контекст діяльності лікаря.

Завдання 5. Дослідити, як повномасштабне російське вторгнення вплинуло на медичну сферу України та лікарів зокрема.

Завдання 6. З'ясувати, які аспекти сфери охорони здоров'я задовольняють лікарів, а які вони вважають за необхідне змінити, і як саме.

Завдання 7. Визначити, яким врахованим факторам впливу на діяльність лікарі надають найбільше значення.

Об'єкт дослідження.

За критерієм носія проблеми: лікарі сімейної практики.

За критерієм загальної проблеми: лікарська діяльність у системі охорони здоров'я України.

Предмет дослідження. Фактори функціонування системи охорони здоров'я України, які мають визначальну роль для позитивного чи негативного впливу на лікарську діяльність.

Гіпотези дослідження.

Гіпотеза 1. Припускаємо, що законодавство України регулює систему охорони здоров'я на державному та обласному рівнях, однак на рівні конкретного медичного закладу не вистачає контролю за виконанням нормативної бази.

Гіпотеза 2. Припускаємо, що лікарі не задоволені медичною реформою 2016 року і не підтверджують покращення фінансового стану закладів охорони здоров'я та працівників цієї сфери чи створення більш тісних зв'язків між лікарем та пацієнтом.

Гіпотеза 3. Припускаємо, що повномасштабне російське вторгнення зумовило виникнення проблем, що стосуються руйнування медичної інфраструктури та відведення уваги від деяких важливих хворіб через фокус на наданні допомоги пораненим внаслідок бойових дій.

Гіпотеза 4. Припускаємо, що за час повномасштабної війни поглибилася співпраця українських і закордонних медичних установ.

Гіпотеза 5. Припускаємо, що лікарі задоволені покращенням ставлення до них з боку людей, можливостями професійного розвитку, підвищенням якості умов надання допомоги.

Гіпотеза 6. Припускаємо, що лікарі вбачають потребу у виправленні недоліків в медичній освіті та удосконаленні контролю за фінансовим забезпеченням.

Гіпотеза 7. Припускаємо, що найбільш важливими для лікарів питаннями є фінансове забезпечення суб'єктів медичної сфери, комунікація з пацієнтами, та власна діяльність під час викликів повномасштабної війни.

Гіпотеза 8. Припускаємо, що лікарі надають меншого значення питанням формату проходження медичної практики в Україні, законодавчого регулювання сфери охорони здоров'я, можливостей професійного розвитку.

Щодо дослідницької оптики: існування системи охорони здоров'я можна розглянути крізь призму кількох соціологічних підходів. По-перше, теорія функціоналізму, представниками якої є соціологи Е. Дюркгайм та Т. Парсонс, говорить, що медицина є соціальним інститутом, який має свою роль у підтримці загального функціонування суспільства. Індивіди можуть бути здоровими повноцінними членами соціуму, або ж у ролі хворого перешкоджати нормальному його розвитку. У такому разі функція медичної системи полягає у наданні кваліфікованої допомоги хворим з метою відновити встановлений порядок.

По-друге, теорія символічного інтеракціонізму Дж. Міда та Г. Блумера пояснює, що діяльність індивідів базується на значеннях, які вони надають об'єктам. У взаємодії лікаря та пацієнта різні медичні приписи, предмети сприймаються неоднаково обома учасниками. На основі цього інтеракції в межах медичної системи можуть відбуватися за різними схемами. Коли норма взаємодії обрана неправильно, існує ризик виникнення проблем у медичній сфері.

По-третє, у рамках теорії конфлікту Г. Зіммеля можна зрозуміти, що в медичній сфері конфлікти спричинені порушенням нормальної взаємодії між медичними працівниками та пацієнтами через непоінформованість останніх,

неетичні дії персоналу чи погану якість надання медичної допомоги, некваліфікованість лікаря, порушення норм всередині медичної системи. Цей підхід говорить, що конфлікти ведуть до соціальних змін.

По-четверте, соціальний конструктивізм П. Бергера і Т. Лукмана полягає в тому, що існують сталі закони взаємодії, які сприяють виникненню соціальних інститутів - як-от медицини. Відносини тут регулюються готовими схемами, які, проте, здатні змінюватися з часом під впливом трансформації відносин у суспільстві: наприклад, зменшується владна роль лікаря над пацієнтом.

Теоретичний підхід, в межах якого відбуватиметься дослідження функціонування системи охорони здоров'я і її факторів впливу на лікарську діяльність, - теорія структурації Е. Гідденса. Закони макрорівня формують усю медичну систему, зміни в її структурі також залежать від рішень, які приймаються на рівні держави. Водночас структура медичної сфери видозмінюється завдяки діяльності індивідів на індивідуальному чи колективному мікрорівнях. Дії і взаємодії суб'єктів медицини не є фіксовані, вони здатні варіюватися в залежності від різних зовнішніх чи внутрішніх факторів. Це впливає на зміни в усій системі охорони здоров'я.

Структура роботи. Дипломна робота складається зі вступної частини, трьох розділів: теоретичного (який містить 5 підрозділів), методологічного та емпіричного (який містить 4 підрозділи), - висновків, списку джерел і наукової літератури, який налічує 75 позицій, та 1 додатку. Кількість сторінок основного тексту: 64.

Розділ 1. Теоретичні засади дослідження ключових аспектів системи охорони здоров'я в Україні

1.1 Теоретична інтерпретація понять «система охорони здоров'я», «лікарська діяльність»

Згідно з українським законодавством, охорона здоров'я - це *«система заходів, спрямованих на збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини»* [33]. Система охорони здоров'я складається з суб'єктів, функції яких спрямовані на задоволення вищесказаних потреб. Зокрема, держава сприяє регулюванню медичної сфери; представники медичних структур (як Український центр охорони здоров'я) займаються просвітницькою діяльністю щодо підвищення здорової свідомості в суспільстві; лікарі як найнижча і водночас найважливіша ланка в системі охорони здоров'я надають допомогу пацієнтам, займаються моніторингом їх фізичного чи психологічного стану.

Лікарська діяльність в основному власне визначається як надання якісного медичного обслуговування пацієнтам, зокрема консультації, діагностика та призначення необхідної допомоги з метою покращення здоров'я людей. У цій роботі поняття лікарської діяльності містить також рівень професійності, розвиток своєї кваліфікації, гнучкість лікаря під тиском зовнішніх обставин, зокрема нормативно-правового регулювання та повномасштабної війни.

Системою охорони здоров'я та діяльністю лікарів цікавилися дослідники як з України, так і з-за кордону. Українськими соціологами, які зверталися до тематики медицини, є Г. Чепурко, Т. Степурко, І. Мажак. Г. Чепурко розглядала ціннісний контекст сфери охорони здоров'я у випуску «Українське суспільство. Моніторинг соціальних змін». На її погляд, система має бути прозорою, щоб науково-медичні знання лікарів могли бути вдало застосовані для покращення якості допомоги населенню, забезпечення рівного доступу до неї різних груп, та

формування необхідної медичної культури й поведінки у людей. Також Г. Чепурко написала ряд статей, які стосуються пандемії COVID-19, зокрема «Вплив пандемії на систему охорони здоров'я та якість медичного обслуговування в оцінках українців». Вона визначає роль пандемії у політичному та економічному контекстах: проблеми, викликані захворюваністю всього населення, створюють загрози для нормального функціонування всієї держави.

І. Мажак вивчала нерівності, які існують в медичній сфері (серед її наукових робіт є «Соціальні нерівності у здоров'ї: головні підходи до вивчення»). Визначено, що державного втручання потребує соціально сконструйована диференціація між різними групами людей. Наприклад, відчуження людини від суспільства через свій психологічний стан. У науковому доробку І. Мажак є також статті на тему сімейної медицини. Серед них: «Інститут сімейної медицини в Україні: емпіричне дослідження структурних чинників дієвості», «Інституціоналізація сімейної медицини в Україні». Дослідниця говорить про «організаційне поле», в яке входять ресурси (як матеріально-технічна база), медичний персонал, методики лікування пацієнтів, потрібні для інституціоналізації сімейної медицини. Акцентувалась увага на обов'язках сімейних лікарів, їх професійності, нормативному регулюванню первинної ланки, відносинах лікар-пацієнт.

Т. Степурко проводить щорічні дослідження «Індекс здоров'я. Україна», де збирає дані про отримання медичної допомоги пацієнтами, їх оцінкою ставлення і роботи медичних працівників, доступності медицини, задоволеність реформою, бачення основних проблем в охороні здоров'я. Окрім цього, дослідниця цікавиться чинниками, які негативно впливають на здоров'я населення (як-от куріння, вживання алкоголю), піклування людьми про своє здоров'я. Зокрема було виявлено покращення ставлення індивідів до вакцинації та загальної позитивної оцінки власного здоров'я («Дослідження соціальних феноменів. Поведінкові детермінанти здоров'я»). Т. Степурко також вивчала фінансовий

аспект стосунків лікаря і пацієнта («Подарунок лікарю: корупція чи подяка? У кожному разі – потрібні зміни у стосунках “пацієнт-лікар”»). Вона зазначила, що попри зміну державою деяких медичних норм та затвердження доступу до безоплатної допомоги, плата з кишені пацієнтів зберігається.

Слід також сказати про сучасних закордонних дослідників, які цікавилися темою медицини: це британський соціолог Г. Скамблер та американський соціолог В. Кокерхам. Книжка Г. Скамблера «Застосування соціології у здоров'ї та медицині» розповідає про розвиток ролі медицини в суспільстві та зміни, які відбувалися з нею в ході історії, чинники впливу на здоров'я (пов'язані також з вдосконаленням систем лікування), різницю в поведінці здорової та хворої людини, відносини лікар-пацієнт, зміни в очікуваному рівні життя, тощо. Він наголошує на важливості вивчення медичної галузі в контексті інших соціальних сфер, оскільки медичні закономірності є пов'язаними з зовнішніми чинниками (вплив безробіття на рівень здоров'я). В. Кокерхаму належать праці «Соціальні детермінанти хронічних захворювань», «Теорія здорового способу життя та конвергенція управління та структури». Він досліджує контексти повсякденного життя людини і робить висновок про домінуючу роль способу життя, середовища, стресових обставин, вживання алкоголю, куріння, а також соціальної, економічної, політичної ситуації у впливі на стан здоров'я конкретного індивіда, на його інфекційні та хронічні захворювання. В. Кокерхам каже, що люди узгоджують свої наміри щодо здорової поведінки з моделями, запропонованими їм соціальними групами, до яких вони належать (класові обставини, етнічна приналежність, колективи, звички і середовище минулого).

Отож, наукові зацікавлення дослідників в основному пов'язані з різними аспектами системи охорони здоров'я. Лікарська діяльність потребує детальнішого вивчення.

1.2 Теоретичні підходи до вивчення системи охорони здоров'я

В соціології можна виокремити п'ять основних теоретичних підходів до вивчення сфери медицини: функціоналізм, символічний інтеракціонізм, теорія конфлікту, соціальний конструктивізм, теорія структурації. Слід зазначити, що серед українських науковців немає достатньо праць, які стосуються теоретичних рамок соціології медицини. Тому основним узагальнюючим теоретичним джерелом про дослідників, які зверталися до цієї теми, є праця українського соціолога В. Е. Пилипенка «Цінності в контексті соціології медицини».

Почнемо аналіз соціології медицини з розгляду теорії функціоналізму, основоположником якої є французький соціолог Е. Дюркгайм. Головна суть цього підходу полягає у причинно-наслідковому зв'язку між існуванням різноманітних соціальних інститутів та їх функціями в суспільстві. Соціальна система складається із статусів та ролей кожного індивіда. Усі члени суспільства виконують свою роль, таким чином підтримуючи загальну структуру системи. У своїй праці «Соціологія: її предмет, метод і призначення» Е. Дюркгайм згадує, що вивчення якогось явища починається з визначення його нормального стану і вивчення протилежного. Відповідно, здоров'я суспільства (чи у сфері медицини - здоров'я людини) є нормальним станом, і роль відповідальної особи - це роль лікаря, який повинен попереджати виникнення хворіб і лікувати їх, якщо вони проявляються [66, ст. 46-47]. Одним із представників теорії функціоналізму є також американський соціолог Т. Парсонс. У книжці «Соціальна система» він розглядає поняття «ролі хворого». Ця концепція вказує на певну девіантність: у порівнянні із здоровою, хвора людина не здатна повноцінно бути включеною в життя суспільства. Тому її функція – *«шукати технічно компетентну допомогу... і співпрацювати з лікарем в процесі одужання... [оскільки вона сама] не знає, що з [нею] відбувається чи що з цим робити, і під [її] контролем немає необхідних засобів»* [63, ст. 437, 439]. А функція лікаря - використовуючи свої

професійні знання, навички й досвід, і маючи відповідний соціальний статус - надати пацієнту кваліфіковану допомогу. Можна сказати, що Т. Парсонс розглядав медицину як засіб для здійснення соціального контролю. Оскільки для нормальної участі в житті суспільства індивіду необхідно бути здоровим, а саме лікарі визначають рівень здоров'я і здатні його регулювати, то хворі знаходяться під контролем у того, хто може зняти цей статус з людини чи підтвердити його.

Наступний підхід – теорія символічного інтеракціонізму. Її представники - Дж. Мід і Г. Блумер - розглядають соціальну реальність як таку, що будується на рівні свідомості індивідів, які взаємодіють між собою. Люди надають подіям та об'єктам навколо символічних значень, і діють в залежності від їх інтерпретації. Ці значення визначаються і змінюються в процесі соціальних інтеракцій. У контексті галузі медицини, інтеракція відбувається між лікарем та пацієнтом. Як відзначено в монографії В. Е. Пилипенка, існує чотири моделі взаємодії лікаря і пацієнта: інформаційна, інтерпретаційна, консультативна та патерналістська. Інтерпретаційний тип, коли лікар переконує пацієнта у правильності його підходу, і патерналістський, який стає актуальним в критичних ситуаціях, у яких лікарю самому доводиться приймати рішення для збереження життя людини, є прикладами більш владних відносин лікаря над пацієнтом. Інформаційна модель описує повністю незалежних один від одного суб'єктів взаємодії. Однак найбільш поширеною моделлю в сучасному світі є консультаційний тип. В його основі лежить довіра пацієнта до лікаря, що виступає насамперед консультантом. Він обговорює всі питання, дотичні до стану пацієнта [72, ст. 78-79]. Згідно з В. Е. Пилипенком, *«...пацієнт повинен мати більше можливостей для вираження власної думки при прийнятті рішень про методи лікування»* [72, ст. 51]. Саме це дозволяє консультаційний тип інтеракції: лікар не приховує від пацієнта свої висновки, дає йому право вибору щодо методу лікування. За таких умов зростає й рівень довіри пацієнта до лікаря.

Теорія конфлікту, одним із представників якої є німецький соціолог Г. Зіммель, розглядає зіткнення інтересів груп як підґрунтя для соціальних змін. В медичній сфері конфліктні ситуації виникають, коли: пацієнти недостатньо поінформовані щодо стану свого здоров'я та не ознайомлені зі схемою лікування; порушуються етичні правила взаємодії лікаря чи інших працівників медичної сфери з пацієнтом – особливо це стосується вимагання хабаря; через недостатню компетентність лікаря або нехтування ним своїх обов'язків життя пацієнта опиняється під загрозою [72, ст. 81-83]. Перелічені причини пов'язані із взаємодією медиків із пацієнтами. Але конфлікти можуть виникати і через *«нечіткий розподіл функціональних обов'язків і погану командну взаємодію персоналу; незручний режим праці і відсутність умов для надання якісних послуг; стиль керівництва адміністрації закладу; низький професійний рівень і висока конфліктність окремих співробітників; відсутність чи «несправедливий» розподіл преміального фонду; необхідність у додатковому навчанні чи перекваліфікації»* [72, ст. 83]. Тут основою конфліктів служать зв'язки всередині системи. Внаслідок усіх суперечностей виокремлюються чіткі проблеми, які потребують вирішення. На державному рівні приймаються необхідні закони, встановлюються актуальні медичні стандарти; таким чином, відбуваються зміни в охороні здоров'я.

Теорія соціального конструктивізму австрійсько-американського соціолога П. Бергера і німецького соціолога Т. Лукмана полягає в тому, що індивіди, творячи суспільство, успадковують певні рамки взаємодії, знаки, мову, коди, загальні схеми індивідуальних чи колективних практик, в межах яких можливе створення соціальних інститутів. Суспільство виступає сталою структурою, яка працює за універсальними законами внаслідок певної інтерпретації згаданих кодів, схем діяльності. Водночас воно здатне змінюватися. Як зазначено в праці П. Бергера і Т. Лукмана «Соціальне конструювання реальності», соціальні структури дозволяють людині пізнати суспільство, у якому вона живе, «звикнути

до своєї діяльності відповідно до біографічного досвіду світу соціальних інститутів» [62, ст. 54]. Лікар вивчає інститут медицини, і намагається діяти відповідно до існуючих вимог. Таким чином, суспільство має контроль над індивідом, визначаючи й програмуючи, як йому взаємодіяти з іншими. Як стверджував В. Е. Пилипенко, *«прикладом можуть служити медичні заклади, в яких вироблені правила для робітників і пацієнтів. Ці правила регулюють поведінку людей і формують їх ставлення до своєї діяльності. Деякі з цих правил конкретні (наприклад, носіння форми), інші є неофіційними і «прихованими» (наприклад, традиційне шанобливе ставлення медсестер до лікарів)»* [72, ст. 50]. Суб'єкти медичної галузі діють в уже сформованому контексті. Але з часом правила здатні мінятися.

Теорія структурації є наступним соціологічним підходом до вивчення медичної сфери. Відповідно до англійського соціолога Е. Гідденса, існування макросередовища можливе завдяки постійним взаємодіям на мікрорівні: дії індивідів відтворюють дійсну структуру; водночас, вони здатні її видозмінювати. Тобто на поведінку людини впливають правила соціальних інститутів, які, у свою чергу, постають в ході міжособистісних взаємодій. Важливе поняття структури в теорії Е. Гідденса складається з правил і ресурсів. Вони, з одного боку, є засобами творення соціального життя, з іншого - продуктами діяльності індивідів [65, ст. 61-62]. Інститут охорони здоров'я є соціальною структурою. Його основні суб'єкти (лікарі, посадові особи, пацієнти) керуються нормативними правилами, медичними законами, протоколами, які виступають рамками їх діяльності та взаємодії, умовами, в які вони потрапляють, вступаючи в цю сферу. В залежності від наявних ресурсів (як-от необхідні фінансове, технічне, кадрове забезпечення) чи їхньої нестачі особи можуть дотримуватися існуючих правил чи порушувати їх, прагнути до вдосконалення системи та змінювати її. Це і є процес структурації. Як зауважено в праці Е. Гідденса *«Конституювання суспільства: нарис теорії структурації»*, *«...актори не тільки безперервно відстежують власну діяльність*

і очікують аналогічної поведінки від інших; вони також регулярно контролюють соціальні і фізичні фактори свого оточення» [65, ст. 44]. Тут йдеться про рефлексивність діяльності індивіда. Наприклад, лікар первинної ланки, виписуючи пацієнту направлення, очікує допомоги в лікуванні від лікаря вторинної ланки, як має відбуватися згідно з законодавством; якщо лікар вторинної ланки відмовляє у допомозі через існуючі зовнішні фактори (як-от різниця в заробітній платі), це порушує існуючі норми і створює підґрунтя для проблем, які необхідно вирішити на рівні всієї медичної системи. Таким чином відбувається подвійна структурація: спочатку індивіди приходять в існуючу структуру, а потім їх дії змінюють її в часі і просторі завдяки регулярним соціальним практикам.

Усі описані теоретичні підходи можуть слугувати рамкою для подальшого дослідження. Функціоналізм подає медичну систему як об'єктивну, і будь-які відхилення вважаються девіацією. Символічний інтеракціонізм зосереджується на схемах, за якими відбувається взаємодія лікаря і пацієнта. Теорія конфлікту вивчає проблеми в медицині і розглядає пошук шляхів їх вирішення як підґрунтя для змін в системі. Соціальний конструктивізм досліджує діяльність медичних працівників у середовищі з визначеними правилами. Для подальшого дослідження української сфери охорони здоров'я основною соціологічною рамкою слугуватиме теорія структурації Е. Гідденса. Вона дозволяє вивчити систему і визначені в ній норми як вже сформовані, водночас не ставлячи обмежень для можливості індивідів змінювати її внаслідок своєї діяльності.

1.3 Регуляція системи охорони здоров'я в Україні

Документами, які регулюють систему охорони здоров'я в Україні, є Конституція, медичні стандарти щодо порядку та критеріїв надання допомоги, клінічні протоколи, методичні рекомендації. Вони є нормативно-правовою базою, яка спрямована на розподіл необхідних ресурсів (правові, кадрові,

фінансові, матеріально-технічні, технологічні) для функціонування медичної системи та періодичного моніторингу задоволення вищезазначених потреб.

Основи законодавства України про охорону здоров'я визначають ключові принципи та гарантії права на отримання медичної допомоги, серед яких є рівноправність та *«загальнодоступність медичної і реабілітаційної допомоги»*, комплексний підхід до регуляції сфери охорони здоров'я відповідно до сучасних викликів, децентралізація, тобто *«розвиток самоврядування закладів та самостійності працівників охорони здоров'я на правовій і договірній основі»* [33]. Медична галузь нашої держави відходить від радянських норм строго централізованого управління, що призводило до знецінення ролі лікаря як суб'єкта медицини, який повністю залежав від системи; впливало на обмеження доступу до отримання кваліфікованої допомоги людей, які не мали достатньо коштів чи не знали, до кого звернутися, або ж не могли отримати необхідну підтримку в найближчому лікувальному закладі через нестачу ресурсів.

Згідно з Законом «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», держава повинна забезпечити людям безперешкодний фінансовий доступ до медичного обслуговування, зокрема щодо базових медичних послуг та лікарських засобів [34]. До прикладу, під час пандемії COVID-19, громадяни України були забезпечені різними видами вакцини і могли отримати її у будь-якому медичному закладі. При фізичних травмах особи можуть звернутися до травматичних пунктів та пройти відповідне обстеження. Вагітним жінкам та тим, що народжують, повинна бути надана уся необхідна допомога. Також держава має забезпечити піклування про паліативних хворих. Для виконання цього закону існує окрема програма медичних гарантій, згідно з якою населення може отримати повну чи часткову оплату за конкретні медичні послуги.

Окрім законів, система охорони здоров'я регулюється на локальному рівні медичними стандартами та клінічними протоколами. Медичні стандарти

стосуються надання екстреної, первинної, вторинної спеціалізованої, третинної високоспеціалізованої допомоги. У них визначені умови та підстави надання відповідної послуги пацієнтам, вимоги до спеціалізації працівників, які залучені у відповідному лікуванні, необхідне обладнання та ведення документації. Такий тип медичного стандарту служить своєрідним гайдом для лікувального закладу щодо фіксування випадків проблем зі здоров'ям та можливості надання допомоги окремим лікарем й іншими медичними працівниками [15, 32, 48]. Існують також тимчасові стандарти, зокрема «Забезпечення кадрами та систематична підготовка персоналу на засадах "дружнього підходу"», «Дотримання конфіденційності та анонімності», «Здійснення профілактичної роботи», «Забезпечення комплексності послуг», у яких окреслено потребу в належних умовах, спеціалістах, алгоритмі роботи, бажаних наслідках (як-от конкретний відсоток задоволених послугами пацієнтів). Такі стандарти можуть стосуватися окремих лікарських закладів, бути спрямованими на конкретного спеціаліста, або ж визначати загальні правила для медичної системи.

Клінічні протоколи зазвичай розробляються для окремих спеціальностей лікаря: «Кардіологія», «Неврологія», «Алергологія», «Ревматологія», тощо. Їхня функція - надати медику чіткі інструкції щодо лікування визначених форм хворіб, зокрема проведення необхідної діагностики за критеріями оцінки стану людини та призначення лікувальних заходів пацієнтам. Клінічні протоколи створюються відповідно до Наказу МОЗ України «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги» та дотримуються з урахуванням необхідних заходів моніторингу стану пацієнта [50]. Застосування протоколів особливо потрібні лікарю, який лише починає медичну практику, для можливості орієнтації при обстеженні та наданні правильної допомоги людині, яка до нього звернулася.

Методичні рекомендації створюються Міністерством охорони здоров'я з метою визначення взаємозв'язків різних медичних працівників між собою, їх обов'язків, встановлення критеріїв якісної роботи [40]. Правила контролю за

діяльністю, звітність щодо наданої допомоги чи іншої виконаної роботи, моніторинг якості медичної допомоги цілого закладу або окремого його відділення повинно спонукати лікарських працівників до покращення своєї кваліфікації та збільшення рівня допомоги пацієнтам для загального покращення медичної системи [39]. Управління особистою інформацією пацієнтів, налагоджена взаємодія медичних працівників має збільшити рівень довіри населення до системи охорони здоров'я на рівні кожного лікарського закладу [41].

Отже, система охорони здоров'я існує як окремий соціальний інститут, що створює шляхи для реалізації своїх функцій у суспільстві. Регулювання системи рухається від більш широкого рівня (загальні закони щодо медицини) до вузького (створення інструкцій для лікарів та визначення обов'язків медичних працівників). Документи, що регулюють сферу охорони здоров'я, визначають умови, за яких ця галузь повинна розвиватися та вдосконалюватися. Тим не менш, реальність функціонування української медичної системи у багатьох випадках не відповідає прописаним нормам.

1.4 Проблеми сфери охорони здоров'я України

Згідно з даними Державної служби статистики України, природній приріст населення України станом на січень 2022 року становив -36904 особи. Тобто відбувається скорочення населення. Серед усіх зареєстрованих випадків смертності найчастішими причинами були визначені хвороби системи кровообігу (64%), новоутворення (10%), вірусу COVID-19 (7,7%). Зовнішні причини смерті (такі як транспортні нещасні випадки, утоплення, отруєння димом, алкоголем, самогубства), для порівняння, становлять лише 4,3% [30]. Тож високий рівень смертності в Україні у численних випадках зумовлений проблемами зі здоров'ям, що, у свою чергу, вказує на пробіли у медичній сфері.

Початковий етап входження у галузь медицини, де можуть виникати перші проблемні моменти - це підготовка молодих фахівців у вищих навчальних закладах. Відповідно до звіту 2019 року на тему «Корупційні ризики у системі медичної освіти України», студенти медичних ВНЗ та коледжів під час інтерв'ю вказували на таку проблему в системі освіти, як фокус на здачі іспитів чи тестів замість реального контролю за здобуттям потрібних знань і навичок. Протягом навчання майбутні фахівці опрацьовували багато теоретичного матеріалу, який не має практичного застосування у їхній діяльності. Також було визначено, що обсяг самостійної роботи значно перевищує кількість годин необхідного пояснення матеріалу та власне практики. Таким чином система медичної освіти спрямована насамперед на успішну здачу екзаменів, що змушує студентів зосереджувати свої сили на вивчення часто вже не актуального матеріалу. До того ж, нова система оцінювання, яка передбачає тестування з варіантами відповідей, може мати негативний вплив на розвиток системності і глибини знань у майбутніх медичних фахівців, даючи їм можливість відгадувати відповідь, а не доходити до неї самостійно внаслідок критичного аналізу [38].

Інша проблема медичної освіти - проходження практики, під час якої майбутні фахівці не мають змоги достатньо взаємодіяти з пацієнтом. Проте для якісного навчання майбутніх лікарів необхідним є здобуття практичних навичок. У розвинених країнах (як-от Німеччина, США, Нідерланди) поширеною є практика функціонування університетських клінік. У них проводиться підготовка лікарів та проведення наукових досліджень відповідно до сучасних європейських стандартів медицини. Доктори медичних наук В. М. Лісовий, В. А. Капустник та інші стверджували, що наявність університетської клініки зумовлює інтеграцію *«освітньої, лікувальної та наукової роботи»* [75, ст. 57]. Тобто майбутні медичні фахівці мають змогу набути та вдосконалити свої навички, професори займатися науковою діяльністю, а пацієнти - отримати допомогу. В Україні існують чотири університетські клініки (у Києві, Харкові, Львові та Одесі) при медичних

факультетах університетів. Проте згідно з матеріалами української дослідниці А. В. Оганезової, по-перше, така кількість клінік є недостатньою для виховання майбутніх лікарів. Усі медичні ВНЗ країни повинні мати власні клініки та якісно забезпечувати навчальний і лікувальний процеси. По-друге, *«існуючі університетські клініки є малоефективними, монопрофільними, малопотужними (мають усього близько 200 ліжок [станом на 2017 рік]) і не вирішують проблеми галузі...»* [71, ст. 149]. Очевидно ще зберігається стара система функціонування клінік, при якій зв'язки з різними багатопрофільними лікарями не налагоджені; існує нестача фінансів для забезпечення закладів необхідним обладнанням та матеріалами. Тож практика університетських клінік в охороні здоров'я України потребує більшої уваги.

Наступний проблемний аспект галузі української медицини - продовження корупційних практик у стосунках лікаря та пацієнта. Попри те, що на офіційному рівні отримання медичних послуг повинно оплачуватися державою, на рівні неформального зберігається принцип давати хабаря взамін на якісні послуги. Корені проблеми корупції тягнуться ще з радянського минулого, коли хабар був єдиним надійним способом ефективної взаємодії з медичними працівниками. Зараз це питання залишається невирішеним через складні ринкові реалії. Підтвердження цьому знаходимо й у статті Т. В. Семигіної, І. М. Григи та Т. Г. Степурко «Подарунок лікарю: корупція чи подяка?» Однією з перешкод до викорінення корупції є недостатнє матеріальне забезпечення лікарів. Таким чином грошові «подяки» пацієнтів служать ніби *«додатковим джерелом фінансування медичної галузі»* [73, ст. 4]. Проте сприйняття хабара як висловлення вдячності, яку медичні працівники недоотримують від держави, перешкоджає змінам у стосунках пацієнтів і лікарів та підважує норми законодавства. Для того, щоб лікар мав достатні підстави для відмови від грошової подяки, держава має подбати про рівень його доходів, забезпечення ресурсами для професійного вдосконалення та якісних умов роботи.

Проблеми з фінансуванням галузі охорони здоров'я є джерелом корупційних практик і загалом повільного розвитку української медицини. Неefективна податкова політика держави, нестача коштів у державному бюджеті не дозволяють підняти забезпечення медичної сфери на високий рівень. Згідно з даними Світового Банку, станом на 2019 рік, витрати на охорону здоров'я склали 7,1% від ВВП. Це невеликий показник у порівнянні з розвинутими державами, як США (16,77% від ВВП), Німеччина (від 11,7% від ВВП), Норвегія (10,52% від ВВП) Великобританія (10,15% від ВВП), тощо [2]. Ця проблема пов'язана з залишками централізованої системи розподілу коштів, яка була в СРСР. Єдиним джерелом фінансування тоді виступав державний бюджет, і витрати на охорону здоров'я не були в пріоритетності, а йшли після витрат на промисловість чи воєнні потреби. Подібний принцип зберігся в українській системі, коли переважають витрати на промисловість, торгівлю, сільське господарство [31]. Таким чином коштів для повноцінного забезпечення медичної сфери залишається недостатньо.

Дослідниця економічної теорії Е. О. Гапонова у своїй статті про ринок медичних послуг в Україні виділила ще один проблемний фінансовий аспект охорони здоров'я України - не окреслена чітко межа *«безоплатної допомоги та платних послуг»* [64, ст. 26]. Хоч, відповідно до законодавства, медицина повинна бути безоплатною, проте існує фінансова межа, коли пацієнти повинні доплатити за допомогу. Крім цього, якщо існує необхідність закупівлі медичних препаратів, створення покращених умов утримання у лікарні або надання окремих лабораторних чи діагностичних послуг, то пацієнти повинні оплатити їх самостійно. Оскільки часто люди не знають, скільки коштів їм потрібно на конкретні послуги, чи слід їм висловлювати *«грошову подяку»* лікарям, яку допомогу вони можуть отримати одразу і безкоштовно, потрібно налагодити комунікацію між надавачами медичної допомоги і пацієнтами, та між самими медичними закладами і працівниками.

Ефективна комунікація для пацієнтів означатиме розуміння, в яких закладах який вид допомоги вони можуть отримати, платно чи безкоштовно, якісно чи посередньо. Комунікація між закладами охорони здоров'я - це про обмін інформацією, досвідом, можливості кооперації між лікарями. Необхідним є процес комунікації між інституціями, які надають фінансування: державний бюджет, кошти благодійних фондів, гуманітарна допомога, спеціальні медичні інституції - для ефективного розподілу цих коштів між різними закладами охорони здоров'я. Важливим пунктом залишається взаємодія між медичними працівниками в межах одного закладу охорони здоров'я: лікарями, медсестрами, керівництвом. Обов'язки повинні бути чітко розподіленими. Відповідно до результатів кейс-дослідження «Лідерство та командоутворення у клінічній практиці», проведеного серед 25 працівників одного із медичних закладів Києва, увагою керівництва мають бути фінансування і стратегування, а власне допомога та медичні послуги – це сфера виключно лікарів та їх помічників [70]. Проте якщо брати до уваги ієрархічну структуру, то в Україні існує проблема покладання як адміністративних, так і медичних функцій на головного лікаря. Згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України про розділення функцій керівника медзакладу, такий масив роботи перешкоджає одній особі якісно виконувати усю роботу, вимагаючи зосередження на одному напрямі. Тож існує ризик випущення з уваги важливих деталей або щодо станів пацієнтів, або важливих питань про фінанси та стратегію закладу [43]. Тому в законодавстві України 2019 р. були внесені зміни, які розділяють ці обов'язки між генеральним та медичним директорами. Проте втілення цього рішення потребує часу.

1.5 Планування та реалізація медичної реформи 2016 року

У липні 2016 року на посаду Міністра охорони здоров'я було призначено лікарку та громадську діячку Уляну Супрун, яка розпочала процес реформування української медицини. Реформа була спрямована на зміни у механізмі

фінансування медичних закладів, розвитку надання первинної допомоги за принципом розвинених країн Європи, фінансової доступності лікарських засобів для пацієнтів, створення кластерної системи лікарень у кожній області України, їх типізація відповідно до можливостей надання конкретного виду допомоги.

До реформи, фінансування було спрямоване на окремі медичні заклади на основі розрахунку по кількості ліжко-місць. Проблема такого підходу полягала в тому, що в лікарнях невеликих міст і сіл зазвичай ці місця не були заповнені й до половини, проте кошти однаково виділялися для кожного закладу. Це, по-перше, зменшувало обсяг фінансів, які можна було виділити, щоб не обійти жодної лікарні; по-друге, це сприяло нераціональному використанню коштів, оскільки вони спрямовувались не на лікування пацієнта, а на загальні потреби лікарні (як оплата комунальних послуг, закупівля ліків, технічне обслуговування, виплати заробітних плат). Натомість в обласних лікарнях навпаки могла існувати проблема перезаповнення місць, оскільки до неї зверталися пацієнти з цілого регіону, а не лише жителі обласного центру. У такому разі коштів для лікування пацієнтів і утримання лікарні не вистачало, що й зумовлювало корупційні практики. Міжнародна консультативна компанія Orange Health Consultants на основі інтерв'ю із представниками МОЗ, Державного агентства з питань електронного здоров'я, Українського парламенту та інших зацікавлених сторін підготувала звіт щодо функціонування сфери охорони здоров'я України. Відповідно до звіту, медична реформа 2016 року змінювала схему фінансування - тепер бюджетні кошти повинні виділятися не на окремий медичний заклад, а на оплату медичної послуги кожному пацієнту окремо. Простими словами ця схема має назву «гроші йдуть за пацієнтом» [1]. Така система вирішує проблему нераціонального спрямування коштів чи їх нестачу і може гарантувати пацієнтам безкоштовне надання медичної допомоги.

Наприкінці 2017 року був створений центральний орган виконавчої влади для реалізації політики фінансових медичних гарантій - Національна служба

здоров'я України. Раніше основним гарантом забезпечення якісними і безкоштовними медичними послугами виступало МОЗ - воно затверджувало медичні протоколи, тоді, одночасно виступаючи власником медичних закладів, замовляло саме у себе як міністерства фінанси на надання допомоги у цих лікарнях, і надавало кошти через міські ради, в районі яких знаходились ці медичні заклади. Тобто схема була ускладнена структурами, які приймали рішення про розподіл коштів; водночас не було незалежної структури, яка б відповідала виключно за надання коштів, а не володіння ними. Внаслідок реформи, такою неупередженою структурою стала НСЗУ. Вона знаходиться на рівні МОЗ - обидві інституції підзвітні не одна одній, а прямо Кабінету Міністрів України. НСЗУ укладає договори з лікарнями і прямо надає їм кошти. Натомість медичні заклади зобов'язані подавати чіткі звіти про пацієнтів і оплачені їм послуги та лікарські засоби - таким чином має відбуватися контроль за втіленням медичних гарантій [67]. Тепер більше коштів будуть отримувати не заклади з великою кількістю ліжко-місць, а ті, що здатні надати більше якісної допомоги. Ще однією перевагою існування НСЗУ стала можливість підписувати з нею договори окремим лікарям - надавачам первинної, вторинної чи третинної допомоги. Таким чином можливості лікаря розпочати власну практику й отримувати заслужену заробітну плату розширились.

Іншим напрямом реформування була типізація лікарень. До 2016 року, фінанси на лікарні виділялися не для покращення їх потужності відповідно до потреб, а однаково для всіх закладів на основі кількості ліжко-місць у них. Як наслідок, не було чіткого розмежування закладів, в яких можна отримати первинну, вторинну та третинну допомогу. Натомість ідеєю реформи, як пояснюють українські дослідники Г. О. Слабкий, В. М. Лехан, М. В. Шевченко, було поділити кожен регіон України на менші райони - кластери/госпітальні округи, в кожному з яких повинні бути:

- визначена відповідно до чисельності населення кількість лікарень, в яких пацієнти можуть отримати екстрену та первинну допомогу;
- кілька закладів вищого рівня, які матимуть змогу надати вторинну допомогу, планові консультації чи госпіталізацію;
- медичні заклади для лікування важких захворювань;
- багатопрофільний заклад із загальною хірургією, для надання інтенсивної допомоги пацієнтам з особливо гострими захворюваннями [74].

Усі лікарні, які існують в Україні, повинні бути розділені на подані типи. Залежно від їх теперішнього стану, одні будуть перепрофільовані, інші - підсилені. Таким чином більше коштів буде спрямовуватися на заклади, які надають спеціалізовану та високоспеціалізовану допомогу. Потужною має бути багатопрофільна лікарня - її необхідно забезпечити спеціалізованим обладнанням та інтенсивними технологіями. Станом на 2018 рік, згідно з результатами звіту Orange Health Consultants, первинну допомогу в основному надавали лікарні в малих містах і селах, вторинну - центральні районні лікарні чи окремі відділення міських, третинну - центральні спеціалізовані, обласні лікарні [1, ст. 13]. Тож процес створення госпітальних округів запущений. Тим не менш, потреба у якісному забезпеченні закладів охорони здоров'я залишається.

Головною ланкою в системі охорони здоров'я вважається первинна допомога, оскільки вона пов'язана з лікуванням та профілактикою найбільш поширених хворіб (застуда, грип, запалення, отруєння, окремі травми, також фізіологічні стани - як вагітність). У західноєвропейських країнах з 80-х років минулого століття розвивається сімейна медицина, де пацієнти прив'язані до лікарів загальної практики, і при захворюванні звертаються одразу до них, а тоді вже, при потребі, за направленням отримують допомогу в окремих спеціалістів. В Україні подібна схема офіційно запровадилася лише після медичної реформи - відповідно до звіту Orange Health Consultants, під кінець 2018 року до 20 млн українців підписало угоду з сімейним лікарем [1, ст. 14], тобто близько половини

населення на той час. Наказом МОЗ України про «Порядок надання первинної медичної допомоги» 2018 року визначено, що до одного лікаря загальної практики може бути записано 1800 осіб, до лікаря-терапевта - 2000 осіб, до лікаря-педіатра - 900 осіб [42]. У розвинених країнах Європи та Америки існують чіткі обмеження щодо мінімальної та максимальної кількості пацієнтів для сімейних лікарів, оскільки тоді зберігатиметься баланс між можливістю набуття практичного досвіду практиком та уникнення погіршення якості наданої ним допомоги, якщо не вистачає часу чи ресурсів на велику кількість пацієнтів.

Згідно з професором Харківської медичної академії О. М. Коржем, *«сімейному лікарю необхідно володіти навичками і знаннями як в області внутрішніх хвороб, так і в численних суміжних областях, серед яких неврологія, офтальмологія, дерматологія, оториноларингологія, кардіологія та інші»* [68, ст. 54]. Для цього необхідна відповідна освіта, коли майбутні лікарі вивчатимуть різні методики надання допомоги, часто із досить вузьких медичних областей. Це дозволить їм правильно оцінювати стан пацієнта і направляти його до вузького спеціаліста лише за гострої потреби. Сімейні лікарі можуть вести приватну практику й бути прив'язаним до певного регіону; вони можуть кооперуватися з іншими сімейними лікарями, які є більш обізнаними в окремих медичних питаннях, або ж один із них є лікарем загальної практики, а інший - педіатром; а також вони можуть працювати в поліклініках, щоденно проводячи обхід пацієнтів та реагуючи на їх виклики.

Ще одним пунктом медичної реформи 2016 року є створення програми «Доступні ліки». Як зазначено на сайті НСЗУ, проект був націлений на вирішення проблеми з обмеженим доступом до ліків: не всі групи населення (зокрема старші люди) мають достатньо коштів, щоб могли забезпечити себе необхідними препаратами на постійній основі, особливо якщо вони мають хронічні захворювання. Лікарські засоби, які входять до програми реімбурсації, тобто повного або часткового повернення коштів за ліки, розширюються з кожним

роком [49]. Хоча, як зазначають доктори наук з державного управління Н. М. Левченко й Д. О. Плеханов, *«програмою передбачається компенсувати лише вартість найдешевших лікарських засобів»*, або ж має відбуватися неповна компенсація коштів з частковою доплатою самим пацієнтом [69, ст. 72]. Такий крок реформи є позитивним для розвитку медичної сфери, оскільки він орієнтований на медицину європейського зразка, де така практика існує вже довгий час. Фактично програма «Доступних ліків» є частиною реформування первинної ланки медицини, адже щоб пацієнти могли взяти в ній участь, вони повинні підписати декларацію із сімейним лікарем та отримати паперовий чи електронний рецепт на необхідні препарати.

Висновки до Розділу 1

Система охорони здоров'я України розвивається відповідно до визначеної нормативно-правової бази, яка формує модель та встановлює базові правила доступності медицини, регулює фінансування медичних інституцій та їх працівників. Локальні стандарти та протоколи служать лікарям основними вказівками при роботі в межах лікарського закладу чи самостійно для правильного надання допомоги пацієнтам у разі різноманітних захворювань. Порушення засад нормативної бази може призводити до виникнення проблем у медичній сфері. В Україні насамперед існує проблема з фінансуванням: загальні витрати бюджету на охорону здоров'я є нижчими, ніж у розвинених країнах Європи, продовжуються корупційні практики, безкоштовні послуги пацієнти продовжують оплачувати з власної кишені. Окрім цього, актуальним залишається питання формування лікаря як молодого фахівця - цей процес розпочинається зі здобуття ним освіти та перших спроб взаємодії з пацієнтами. Медична освіта в українських ВНЗ досі залишається переповнена зайвим теоретичним матеріалом, а практика характеризується більше спостереженням за діями лікарів, ніж власним обстеженням людей. Тим не менш, з 2016 року

розпочалися перші зміни в галузі охорони здоров'я України: система фінансування медичних закладів стала більш контрольованою за рахунок виділення коштів на кожну окрему медичну послугу та створення окремої структури НСЗУ; лікарі первинної ланки відділились та отримали змогу вести власну практику; ліки стали більш доступними до населення; удосконалюються лікарні. Зацікавленість в розвитку медичної сфери зростає. Постає питання дієвості запланованих пунктів реформи й подальших змін у медицині з орієнтацією на професійний розвиток лікаря, та з урахуванням впливу повномасштабного російського вторгнення на цю галузь.

Розділ 2. Методологічний розділ

Методи збору інформації. Для написання емпіричного розділу цієї роботи використовувалися два різні методи збору та обробки інформації. Підрозділ «Галузь охорони здоров'я України під час повномасштабної війни: погляд лікаря та медичного експерта» був написаний на основі дискурс-аналізу вмісту блогів представників галузі охорони здоров'я України: ютуб-каналу лікарки Катерини Булавінової, Facebook-сторінки співзасновника Українського центру охорони здоров'я Павла Ковтонюка і його подкасту «Здоровий інтерес» разом із Діаною Руснак (аналітикинею Українського центру охорони здоров'я), Facebook-сторінки Міністра охорони здоров'я з 2021 року Віктора Ляшка. До уваги було взято 12 ютуб-інтерв'ю, 3 аудіо-подкасти та 18 Facebook-постів, створені під час повномасштабної війни Росії проти України. Ось їх перелік:

Блог Катерини Булавінової на Ютуб-каналі

- Інтерв'ю з Олегом Петренком (незалежний директор зі стратегічного розвитку медичної мережі добробут)
- Інтерв'ю з Оленою Єфіменко (директор департаменту охорони здоров'я Київської обласної державної адміністрації)
- Інтерв'ю з Наталією Лелюх (лікар акушер-гінеколог, завідувачка жіночої консультації Медичного центру Святої Параскеви, медичний блогер)
- Інтерв'ю з Марією Карчевич (заступник Міністра охорони здоров'я з питань цифрового розвитку, цифрових трансформацій і цифровізації - 2022 р.)
- Інтерв'ю з Іриною Микичак (заступниця Міністра охорони здоров'я України - 2022 р.)
- Інтерв'ю з Олександром Данилюком (керівник експертної групи з питань надання екстреної медичної допомоги Директорату медичних послуг МОЗ України)

- 3 інтерв'ю з Наталією Гусак (Голова НСЗУ - 2022 р.)
- Інтерв'ю з Аллою Пугач (головний лікар медичного центру «ДОБРОДІЙ», сімейний лікар, дитячий імунолог)
- Інтерв'ю з Дмитром Чернишем (директор Департаменту розвитку електронної системи охорони здоров'я НСЗУ - 2022)
- Інтерв'ю з Олексієм Яременком (заступник Міністра охорони здоров'я з питань європейської інтеграції)

Фейсбук-сторінка Павла Ковтонюка (Співзасновник Українського центру охорони здоров'я (УНС))

- Пост - березень 2022
- Пост - квітень 2022
- Пост - травень 2022
- Пост - червень 2022

Павло Ковтонюк і Діана Руснак: подкаст «Здоровий інтерес» від Українського центру охорони здоров'я

- Відновлення охорони здоров'я
- Здоров'я українців та демографія після війни
- Атаки на медичні заклади та відновлення системи

Фейсбук-сторінка Віктора Ляшка (Міністр охорони здоров'я України, український лікар)

- 1 пост за березень 2022
- 1 пост за квітень 2022
- 1 пост за липень 2022
- 3 пости за серпень 2022
- 2 пости за вересень 2022

- 1 пост за грудень 2022
- 1 пост за січень 2023
- 3 пости за березень 2023
- 1 пост за квітень 2023

В процесі аналізу блогів насамперед було визначено мету їх ведення, політичний та соціальний контексти їх існування. Враховано, в яких обставинах вони були створені та активізовані; прописано, в чому виражається вплив цих блогів на суспільство. Також було зазначено основну інформацію про авторів, та яких тем вони здебільшого торкаються. Аналіз блогів розкриває завдання 5 щодо впливу повномасштабного російського вторгнення на медичну сферу України. Зв'язок цього підрозділу з предметом дослідження в основному полягає у визначенні контексту, в якому розвивається медицина та проводиться лікарська діяльність.

Для решти підрозділів емпіричної частини роботи основою стало авторське дослідження.

Методи збору інформації. Інформація для якісного дослідження цієї дипломної роботи була зібрана за допомогою методу проведення напівструктурованих глибинних інтерв'ю в онлайн-форматі (Zoom-зустріч) або за допомогою телефонного дзвінка. Більша частина емпіричного розділу (зокрема половина другого та весь третій підрозділи) написана на основі аналізу первинних даних, якими ці інтерв'ю виступали.

Опис процедури проведення опитування. Розмова з респондентами розвивалась навколо п'яти основних тематичних блоків:

- Медична освіта. Респондентам потрібно було розповісти, що вони взяли з навчального процесу для своєї роботи, що виявилось зайвим, а що вони б зараз обов'язково включили в програму; також питання стосувалися потреб

при проходженні медичної практики в Україні, зокрема в університетських клініках.

- Законодавство України в медичній сфері. Респонденти мали відповісти на запитання щодо проблем із нормативним регулюванням охорони здоров'я в Україні та фінансового забезпечення цієї галузі.
- Лікар як суб'єкт медичної галузі. Питання стосувалися забезпечення лікаря, його стосунків з пацієнтами, комунікації з іншими лікарями/медичними працівниками, сприйняття лікаря людьми, тобто контексту діяльності лікаря, у цьому дослідженні - сімейного.
- Медична реформа 2016 року. Респонденти повинні були поділитися враженнями від реформи, дати їй свою оцінку, розповісти про розвиток сімейної медицини в Україні, базуючись на власному досвіді.
- Вплив повномасштабної війни 2022 на медичну галузь. У цьому блоці питання були зосереджені на тому, як повномасштабна війна вплинула на процеси реформування в Україні, як лікарі справляються з викликами, які нові можливості чи перешкоди для їх розвитку з'явилися.

Дані блоки запитань слугували розкриттю в основному шостого та сьомого завдань, що стосуються аналізу думок лікарів щодо різних аспектів системи охорони здоров'я, які формують їх як фахівців цієї галузі, та визначенню саме тих факторів позитивного чи негативного впливу, яким лікарі надають найбільшого значення.

Загальна кількість питань з усіх блоків разом – 55. Проведення інтерв'ю здебільшого тривало годину, деяких – годину і 15 хв, інших – до 45 хв. Тривалість інтерв'ю залежала від розгорнутості відповідей респондентів, манери їх розмови (зокрема, чи давали вони відповідь виключно на запитання, чи виходили за його рамки), кількості пропущених запитань, на які сімейні лікарі не мали відповіді. Запитання в напівструктурованому інтерв'ю коригувалися у випадку, якщо

респондент вже згадував потрібну інформацію, відповідаючи на попередні питання.

Час проведення польового етапу роботи. Рекрутинг та інтерв'ювання респондентів проводилися протягом березня-квітня 2023 року.

Труднощі при проведенні польового етапу дослідження. По-перше, головною проблемою цього етапу був пошук респондентів. Сімейні лікарі як у робочий, так і позаробочий час зосереджені на взаємодії з пацієнтами, тож вони є важкодоступними. По-друге, частина лікарів відмовлялися від інтерв'ю з різних причин, серед яких і небажання брати участь в будь-яких опитуваннях. По-третє, деякі сімейні лікарі, що погодилися на інтерв'ю та узгодили час зустрічі, просто не прийшли на неї і з ними неможливо було зв'язатися. По-четверте, окремі лікарі постійно переносили час зустрічі, оскільки у них виникали інші плани, через що створювалися незручності, під які треба було адаптуватися. По-п'яте, ймовірно, сімейних лікарів жіночої статі в Україні є більше, ніж чоловічої, оскільки знайти саме чоловіків-лікарів було значно важче.

Вибірка. Вибірка типових представників. Одиницею відбору є лікар сімейної практики, який станом на весну 2023 року знаходився в Україні. Дана робота містить опрацювання одинадцяти інтерв'ю з сімейними лікарями різних областей України: по одному з Івано-Франківської, Закарпатської, Одеської, Херсонської, Дніпропетровської, Запорізької, Київської областей та чотири – з Львівської області. Розподіл за статтю є таким: 6 респонденток-жінок, і 5 респондентів-чоловіків.

Пошук респондентів відбувався двома шляхами: через знайомих і через соціальні мережі. У першому випадку за допомогою знайомих, які не пов'язані з медичною сферою, було знайдено трьох респондентів, які є лікарями сімейної практики та погодилися на інтерв'ю. В другому випадку відбувався пошук сторінок сімейних лікарів у Facebook та Instagram; тоді кожному знайденому

потенційному респондентові був розісланий текст із поясненнями, хто їх турбує, з якою метою, і дано короткий опис завдань дослідження; з тими, хто відгукувався, було домовлено про час та зручний спосіб зустрічі (Zoom-зустріч або телефонна розмова).

Також слід зазначити, чому вибірку склали саме сімейні лікарі. У темі дипломної роботи не конкретизовано спеціалізацію лікаря; у теоретичній частині розкриваються деякі фактори впливу на лікарську діяльність загалом. Проте текст і тематика роботи поступово звужувалися, і було помічено особливий вплив медичної реформи на українську медицину, яка насамперед зачепила первинну ланку охорони здоров'я. Оскільки дослідження для цієї роботи є невеликим і включає опитування лише невеликої кількості респондентів, результати інтерв'ювання лікарів різної спеціалізації, ймовірно, були б зовсім не репрезентативними. Тому фокус уваги цієї роботи змістився насамперед на представників однієї спеціалізації, яка найбільше відображає останні зміни в медичній галузі.

Розділ 3. Лікарська діяльність в системі охорони здоров'я України

3.1 Галузь охорони здоров'я України під час повномасштабної війни:

погляд лікаря та медичного експерта

Глобальні події стимулюють до більш активного моніторингу стану окремих сфер діяльності, щоб визначати сильні і слабкі ланки систем, які піддаються впливу соціальних змін. Найбільш доступним способом донесення будь-якої інформації зараз є соціальні мережі. Оскільки система охорони здоров'я безпосередньо зазнала впливу повномасштабного російського вторгнення, українські лікарі та інші суб'єкти цієї галузі активно комунікували з суспільством про актуальний стан медицини в Україні через інтернет-мережі.

Лікарка-інфекціоністка Катерина Булавінова, співзасновник Українського центру охорони здоров'я Павло Ковтонюк, Міністр охорони здоров'я з травня 2021 року Віктор Ляшко у свій спосіб ведуть блоги, загальною метою яких є просвітницька діяльність, висвітлення думок авторитетів, комунікація з суспільством. Медична сфера України перебуває у стадії розвитку, втілення змін реформи, тож існує необхідність відслідковувати і обговорювати основні та другорядні події, що відбуваються в межах галузі (зокрема, які ділянки медицини найбільше постраждали під час війни 2022 року, які сильні сторони українська медицина показує, які проблеми потребують вирішення, на яких засадах має будуватися охорона здоров'я, як відбувається налагодження співпраці з іноземними партнерами). Самі блогери також можуть бути зацікавлені в просуванні своєї позиції, приверненні позитивної уваги людей до них, особливо якщо вони обіймають важливі посади і очолюють впливові інституції. Також можна говорити про суспільний вплив, який мають ці блоги на людей, зокрема якщо звернутися до кількості підписників: блог Катерини Булавінової у свій час зацікавив понад 39 тис. осіб, Віктора Ляшка - понад 40 тис., Павла Ковтонюка - близько 20 тис. осіб.

Для початку слід звернути увагу на обставини, в яких набирали актуальності блоги зазначених осіб. Катерина Булавінова створила свій ютуб-канал, де зустрічається з представниками окремих напрямків медичної галузі, наприкінці березня 2020 року - тобто в час початку поширення пандемії COVID-19. Спочатку вона обговорювала з лікарями досвіди ведення хворих на ковід, ризику захворювання, пізніше - вакцинацію. Коли канал почав викликати все більший інтерес, фокус комунікації змістився на втілення пунктів медичної реформи, а після російського вторгнення - на стійкість під час війни (людей і окремих структур), психологічні проблеми, тощо. Віктор Ляшко, як і Катерина Булавінова, почав активно вести свій блог у Facebook з 2020 року, знову-таки з часів пандемії. Тобто саме глобальна подія зумовила активізацію ведення соціальних мереж щодо питань охорони здоров'я. Ще частішими його пости стали у 2021 році, коли він став Міністром охорони здоров'я України - відповідно, частиною його відповідальності як політика і лікаря була комунікація з суспільством. Павло Ковтонюк активізувався з 2021 року, вже після того, як він залишив посаду Заступника міністра охорони здоров'я, однак саме тоді, коли був створений (зокрема ним) Український центр охорони здоров'я. Під час пандемії, а згодом і війни популярним став його подкаст «Здоровий інтерес», який він вів разом і аналітикинею Діаною Руснак. В останніх епізодах вони розглядали питання російських атак на українські лікарні, роль міжнародних організацій, наслідки подій війни.

Фактично контекстом відібраних ютуб-відео, подкасту та фейсбук-постів є повномасштабна війна 2022 року. Тож наповнення блогів певною мірою стосується того, як система функціонує під час кризових ситуацій, як справляються лікарі, які потреби охорони здоров'я існують. Цікаво також простежити на прикладі блогу Катерини Булавінової, як змінювалася тематика відео від перших двох місяців російського вторгнення до майже року війни: спершу йшлося про руйнування, як розвивається тактична медицина, які є

питання щодо забезпечення ліками, тоді з'явилися обговорення про реабілітацію, документальні спрощення під час війни, що змінилося в наданні екстреної допомоги, як працює НСЗУ, як розвиваються електронні системи, які є плани на майбутнє щодо української медицини - тобто фокус уваги змістився з того, що медична сфера мусила просто вистояти, до продовження її попереднього розвитку в нових умовах. Так відбувалося і на суспільному рівні - з часом спадало напруження в суспільстві і люди поверталися до звичного способу життя, однак під впливом нових обставин.

Перш ніж переходити до аналізу основних думок блогерів, слід зауважити, що ютуб-інтерв'ю та подкасти давали змогу учасникам вільно висловлюватися, не думаючи про час чи обсяг інформації, тому думка представлялася широко. Натомість фейсбук-пости висвітлювали найбільш основне, і зазвичай тезово. Тож інформація подана у скороченому вигляді, через що може здаватися, що даних звідти досить мало. Однак якщо звертати увагу на тематику постів, вона є досить широкою і не дуже поступається ютуб-обговоренням та подкастам.

Ще один момент, який треба зазначити - це зв'язок аналізу блогерів із предметом дослідження. По-перше, відібрані блоги відображають актуальне, що відбувається у сфері охорони здоров'я України; варто розуміти, який образ вони створюють про медичну сферу, про лікаря, про пацієнта, тощо. По-друге, до уваги беруться питання, які створюють контекст навчання і роботи лікаря, тобто блоги містять фактори впливу на лікарську діяльність під час війни.

Аналізуючи зміст інтерв'ю Катерини Булавінової, подкасту Павла Ковтонюка та Діани Руснак, і фейсбук-пости Павла Ковтонюка й Віктора Ляшка, станом на травень 2023 року, можна виділити такі теми, на які звернена увага:

- діяльність НСЗУ (Національної служби здоров'я України) під час повномасштабної війни 2022 року;
- реалізація пункту медичної реформи про кластеризацію лікарських закладів, розподіл їх функцій;

- розвиток електронних систем в охороні здоров'я України;
- ситуація з медичними кадрами;
- допомога від іноземних партнерів, налагодження співпраці з ними під час повномасштабної війни 2022 року.

Діяльність НСЗУ. Реформування систем охорони здоров'я європейських країн почалося після Другої світової війни. Однак СРСР в цій сфері діяла за старими стандартами. Коли у 1991 році Україна здобула незалежність, її медицина ще не була готовою до самостійного розвитку. Тож лише у 2016 році розпочалось планування реформи, щоб наблизити українську систему охорони здоров'я до європейської. Національна служба здоров'я України як окрема фінансова структура медичної галузі була створена за зразком Британської національної служби здоров'я. Вона є досить новою структурою: якщо британська служба здоров'я мала можливість розвиватися понад 50 років, українська проіснувала лише кілька років до повномасштабного російського вторгнення. Можна стверджувати, що зараз НСЗУ вже проходить таку собі перевірку на ефективність - наскільки вона є стійкою.

Основною метою НСЗУ було забезпечення медичних закладів чи окремих лікарів коштами. Як згадує голова НСЗУ у розмові з Катериною Булавіною, за час повномасштабної війни не відбулося жодного скорочення фінансування, навіть попри те, що кількість угод з НСЗУ збільшилась. Причому не лише заклади первинної медичної допомоги уклали таку угоду, а й ті, що надають спеціалізовану допомогу. Це свідчить про зростання рівня довіри до цієї структури, тому можна стверджувати, що НСЗУ справляється зі своїми обов'язками. Також лікарням, які були змушені змінити формат роботи через воєнні дії (особливо якщо йдеться про знищення медичного закладу), продовжували надходити виплати. Окрім державних грошей, НСЗУ шукала додаткові шляхи забезпечення: залучення коштів від міжнародних партнерів (як-от USAID). Позитивним у діяльності НСЗУ є й поступове розширення програми

«Доступні ліки», зокрема для хвороби Паркінсона, хронічних обструктивних захворювань легень. Як пише Віктор Ляшко, «у 2019 році держава відшкодовувала кошти за 258 препаратів..., у 2023 році - вже за 435» [27]. Однак існував нюанс з наявністю медикаментів на початку російського вторгнення: ліків, для яких не потрібно було рецепту (як-от парацетамол чи ібупрофен), було досить багато; натомість обмеженим був доступ саме до рецептурних безкоштовних препаратів - їх не вистачало. Тобто препарати сильнішої дії, або ж дорожчі ліки все одно залишалися важкодоступними. Якщо говорити про рецептурну форму, то з переведенням загальної медичної звітності в електронний формат, рецепти на ліки теж перейшли в електронний варіант; хоча на час воєнного стану, за поясненнями Віктора Ляшка, пацієнт самостійно може обирати зручніший йому варіант - паперовий чи електронний рецепт - для отримання «Доступних ліків».

Протягом інтерв'ю Катерини Булавінової з головою НСЗУ також було згадано, що внаслідок повномасштабного російського вторгнення зросло навантаження на екстрену, паліативну та психологічну допомогу, що насправді є досить очікуваною тенденцією для суспільства, яке перебуває у воєнному стані. Особливо частіші екстрені виклики стосуються прифронтових областей, які знаходяться під постійними російськими атаками; до того ж, вони є найближчими пунктами прийому поранених пацієнтів з ліній фронту. Психологічна допомога навпаки, більше буває потрібна особам віддалених від передових ліній фронту регіонів. Це можна пояснити, якщо провести паралель із провиною вцілілих: її протягом перших місяців повномасштабної війни здебільшого відчували люди, що прямо не постраждали від російської агресії.

Останнє, що згадують про НСЗУ - потреба у створенні відділу, що працюватиме зі скаргами пацієнтів: це слугуватиме базою моніторингу проблем у їх взаємодії з лікарем. Однак варто розуміти, що скарг лише одного із суб'єктів двосторонніх відносин може бути недостатньо - тоді втрачається об'єктивність.

Кластеризація медичних закладів. Перш за все слід сказати, що гості Катерини Булавінової відзначають цей пункт реформи як такий, що перебуває в процесі втілення, і до якого зроблена довгочасова підготовка. Фактично кластер - це територіально визначений район області, в межах якого є надпотужна лікарня, лікарні середньої складності пацієнтів, лікарні для тих, хто потребує госпіталізації, хоч їх стан є задовільним. В останніх медичних закладах може не вистачати спеціалістів чи обладнання для допомоги пацієнтам з важкими захворюваннями, проведення хірургічних операцій, лікування інсульту. Тож подібний поділ сприяє скороченню мережі лікарень. З одного боку, це добре, оскільки кошти не йтимуть на лікарню, яка має, до прикладу, багато ліжок-місць, проте мало пацієнтів. У такому разі ліжковий фонд будуть реструктуризувати, або ж просто медичний заклад закриють. Водночас для самих лікарів кластеризація може означати звільнення, зміну місця роботи, що може бути неприємним процесом. До того ж, поділ лікарень на кластери вимагатиме налагодження системи транспортування пацієнтів: маршрути для екстреної допомоги мають бути чітко визначені, щоб лікарі екстреної служби одразу розуміли, куди вони повинні везти пацієнта.

Основними критеріями, на основі яких мають вирішувати, які лікарні стануть більш потужними і надаватимуть високоспеціалізовану допомогу, а які залишаться для можливості надання базової допомоги, є якісь надання медичних послуг (для первинної ланки це, зокрема, середня кількість декларацій на одного лікаря; загалом це рівень смертності від деяких хворіб, станів - наприклад, смертність від інсульту на перший день перебування у лікарні є низьким показником якості надання допомоги), мала кількість запитів від пацієнтів, невелика кількість зафіксованих наданих медичних послуг (адже тоді виникає питання, в чому причина такої ситуації - можливо, пацієнти їй не довіряють), кількість висококваліфікованих лікарів, наявність спеціального обладнання.

У подкасті «Здоровий інтерес» також йдеться про відокремлення військових та цивільних медичних закладів. Новою реальністю української медицини є, за словами Віктора Ляшка, бойові, спинно- та черепномозкові травми, вогнепальні, уламкові поранення, ампутації кінцівок. Повномасштабна війна триває, тому навантаження на лікарні з фронтовими пораненнями не припинятимуться. Проте потреби цивільних осіб у лікуванні теж залишаються. Тому для більш ефективної допомоги краще розділяти медичні заклади: це дозволить лікарям зосереджуватися на типових для пацієнтів лікуваннях (адже вони в основному різняться у цивільних і військових осіб). Іншим пунктом планування, як згадується у блогах, є запити на створення центрів психологічної і фізичної реабілітації. Вони теж стосуватимуться насамперед осіб, які постраждали від російської воєнної агресії. Ці центри, згідно з Павлом Ковтонюком та Діаною Руснак, можуть створюватися за підтримки міжнародних донорів для надання конкретних послуг. Прикладом слугує згадана Віктором Ляшком новостворена клініка Superhumans Center на Львівщині, яка почала працювати цієї весни. Її метою є реабілітаційна та психологічна допомога для людей, які втратили кінцівки і потребують протезування. Зараз українці мають можливість відновлюватися в американських чи західноєвропейських закладах, проте ціллю подібних центрів є створення можливості безкоштовної хірургії з поверненням осіб до нормального фізичного стану саме в Україні¹.

Розвиток електронних систем в охороні здоров'я. Разом з медичною реформою, у системі охорони здоров'я України почався процес діджиталізації. Були створені медичні інформаційні системи (МІСи), метою яких є автоматизація роботи лікарень, поліклінік для збереження і передачі медичної інформації про стан пацієнтів, результати лабораторних досліджень, електронні рецепти. МІСи

¹ Як зазначено на сайті Superhumans Center, це «всеукраїнський сучасний центр з протезування, реконструктивної хірургії, реабілітації та психологічної підтримки постраждалих від війни дорослих і дітей. Усі... послуги – безкоштовні» (<https://superhumans.com/>).

дозволяють зберігати історію хворіб пацієнта та допомагають лікарям орієнтуватися при призначенні правильних подальших процедур. Як згадують учасники інтерв'ю з Катериною Булавіною, проблема медичних інформаційних систем в тому, що вони створюються окремо для кожного закладу і часто є несумісними з електронною системою іншого. Тобто якщо пацієнт проходив лікування в лікарні, то в його електронному кабінеті фіксуються всі дані, однак лише в межах цього закладу. Проте коли він йде на лікування в інше місце, то стикається з тим, що його електронний кабінет не підтримується системою цієї лікарні. Тому медичні заклади зараз переходять з одних МІСів та інші, а деякі МІСи просто відключають. Ціллю є створення централізованої системи, яка зможе працювати в усіх лікарнях, фіксувати і підтягувати будь-які дані про пацієнта. Викликом для медичних інформаційних систем також стали дестабілізаційні технічні процеси під час повномасштабної війни. Зокрема не працювали електронні рецепти пацієнтів, були загальні перебої в системі, через що неможливо було внести нові дані чи відкрити старі. Згодом дані МІСів закрили в цілях безпеки, щоб захистити їх від можливих російських атак на системи. Тим не менш, перевагою діджиталізації загалом є можливість використовувати електронні системи для вдосконалення сфери медицини. Для багатьох пацієнтів мати електронний кабінет - це зручно; лікарю ж зібрані в один формат дані економить час.

Ситуація з медичними кадрами. В усіх блогах простежується увага до підготовки медичних кадрів та їх праці в Україні. Перш за все питання стосується освіти. Павло Ковтонюк зневажив зниження прохідного балу на медицину і порівняв таке ставлення до однієї з найважливіших сфер життя суспільства зі ставленням до озброєння: *«Коли це стосується війська, ми хочемо найкращого... Нікому не прийшло в голову перейти на луки і стріли, виправдовуючи це труднощами війни... Рак не буде питати лікаря, у якому році він вступав до університету. Медична наука не буде відкочуватися назад заради нас»* [47].

Тобто якщо існує проблема із залученням медичних студентів, проблему слід вирішувати не легкістю вступу у цю галузь, адже тоді на неї йтимуть невмотивовані майбутні фахівці. Так само, як важко дістати найкращу зброю, проте саме вона є ефективною, так має відбуватися відбір потенційних медичних кадрів. Повномасштабна війна вказала і на деякі потреби медичної освіти: молодим медикам слід відточувати навички тактичної медицини² і практикуватися у медичному сортуванні³. Зараз це необхідно, оскільки триває війна. Однак такі навички потрібні й у мирний час - вони розвивають критичне мислення лікаря, вчать його приймати швидкі рішення. Повномасштабне російське вторгнення також сприяло появі серед медичних працівників парамедиків, які надають допомогу на догоспітальному етапі до прибуття лікаря. Багато парамедиків в Україні діють у фронтових зонах. Через психологічні травми, які виникають у великої частини українського суспільства через війну, загостриться потреба і в психологах. Як згадано в одному з інтерв'ю Катерини Булавінової, потрібно ставити за мету мати принаймні одного психолога на медичний заклад. Причому це мають бути висококваліфіковані особи, здатні допомагати людям із ПТСР. У суспільстві варто пропагувати ідею того, що психолог є так само необхідним, як і будь-який інший лікар.

Внаслідок повномасштабного російського вторгнення частина лікарів і середнього медичного персоналу виїхали за кордон. У блогах просувається думка, що повернення лікарів до України високоймовірне. Однак чим далі триває війна, тим менша ймовірність, що інші медичні працівники (насамперед жінки з дітьми) повернуться. Одним із шляхів збереження кадрового потенціалу є увага до молодих фахівців - інтернів: їм слід дозволяти частіше працювати в медичних

² Тактична медицина – це надання медичної допомоги під час військових дій.

³ Виконувати медичне сортування означає приймати рішення, хто із кількох хворих зараз більше потребує лікарської допомоги: кому надати пріоритетність, а кого залишити. Такі навички потрібні в зоні бойових дій, коли одночасно неможливо надати допомогу всім, і залишається холоднокровний вибір між кількома пораненими.

зкладах, довіряти їм пацієнтів, мотивувати розвиватися у галузі охорони здоров'я. Іншим шляхом є вдосконалення знань і навичок тих, хто залишився. Наприклад, Український центр охорони здоров'я періодично робить безкоштовний доступ до курсів медицини (серед усіх тем є й про фінансування медичної сфери, надання якісної допомоги, тощо). Перевагою для української медицини може бути повернення медиків, які, перебуваючи за кордоном, перейняли досвід розвинених країн, і зможуть передати свої знання для вдосконалення системи охорони здоров'я України.

Співпраця з іноземними партнерами у галузі охорони здоров'я. За час повномасштабної війни медична галузь України отримала значний обсяг допомоги з-за кордону, і не лише гуманітарної. Міні-звіти щодо цього постійно у своєму блозі робить Віктор Ляшко. Можна виділити грошову підтримку від Світового Банку для закупівлі приладів з реанімації, вакуумних систем для лікування ран, портативних рентгенів, аспіраторів, УЗД-апаратів та інших для 630 медичних закладів; до того ж, зазначене обладнання є актуальним для надання допомоги ближче до зони бойових дій. Велику підтримку отримали від Heart to Heart International та HOPE worldwide, особливо для можливості надання допомоги у фронтових зонах (бронежилети для працівників екстреної допомоги, броньовані автомобілі швидкої допомоги, мобільні медичні відділення). Окрім грошової допомоги, проводяться тренінги для українських медиків, надаються безкоштовні доступи до лікарських джерел чи курсів (до прикладу, як відзначив Павло Ковтонюк, від британських колег є доступ до British Medical Journal⁴). Співрозмовники Катерини Булавінової розповідають про допомогу з евакуацією та лікуванням українських пацієнтів за кордоном. Основні маршрути і транспортування налагоджені (до уваги можна взяти літак, облаштований для

⁴British Medical Journal є одним з найстаріших журналів світу, у якому публікуються наукові дослідження, аналізи щодо лікування різних хворіб, огляди з питань діяльності охорони здоров'я, тощо (<https://www.bmj.com/company/the-story-of-bmj-2/>).

важких пацієнтів, який летить у польське місто Жешув за фінансової підтримки європейських країн, або реанімаційні автобуси), тож пацієнти, які потребують цього, отримують медичну допомогу від іноземних лікарів, як-от протезування чи проведення окремих операцій для стабілізації рухомості кінцівок чи інших частин тіла.

Однак у подкасті «Здоровий інтерес» зауважено, що галузь української медицини не може триматися лише на допомозі від іноземних партнерів; вона повинна розвивати власний потенціал. Передовсім це стосується виготовлення ліків, оскільки фармацевтична індустрія України почала більш стрімко розвиватися за останні роки, і зараз не можна допускати її погіршення. Багато аптек позакривалося, коли почалося російське вторгнення, тому має бути налагоджена система контролю, щоб населення не залишалося без медикаментів, які є в наявності. Щоб не бути залежними від гуманітарної допомоги, слід налагоджувати власне виробництво необхідних речей. Проте на час воєнного стану українська медицина все ще потребуватиме іноземної допомоги, оскільки коштів на власну діяльність може не вистачати. Тим не менш, важливо розробляти плани розвитку на майбутнє з покроковими рішеннями, щоб після завершення війни система охорони здоров'я України була самостійною галуззю. Та перш ніж налагоджувати власне виробництво необхідних для медицини речей, варто пам'ятати, що в пріоритеті залишається відновлення медичної інфраструктури: повернення вікон, стелі, електрики, модернізація бомбосховищ - того, що найбільше постраждало у технічному плані від воєнних дій росіян.

Загалом можна стверджувати, що українська медицина витримує удари війни і продовжує вдосконалюватися як система, замінюючи старі підходи на нові, шукаючи шляхів власного забезпечення та адаптуючись до нових потреб. Українські лікарі доводять свою спроможність працювати у складних умовах, а нові фахівці мають змогу починати працювати в медичній сфері, яка оновлюється, і самим брати участь у змінах, які можуть піти на користь галузі

охорони здоров'я в цілому. Водночас повномасштабне війна негативно вплинула на ситуацію з медичними кадрами, а кластеризація як один із пунктів реформи може викликати незадоволення в частини лікарів.

3.2 Рання формація лікаря

Наступні підрозділи присвячені аналізу одинадцяти глибинних інтерв'ю із сімейними лікарями восьми областей України. Вони розкривають шосте і сьоме завдання цієї дипломної роботи, які стосуються найбільш важливих позитивних чи негативних факторів впливу на діяльність лікаря насамперед на основі його власної оцінки.

Лікарі сімейної практики повинні базово спеціалізуватися у різних напрямках медицини. Тож в основному предмети, які вони вивчають в університеті, мають слугувати основою їх знань на початку своєї діяльності. У теоретичному розділі вже було згадано про деякі проблеми медичної освіти в Україні. У результаті проведення глибинних інтерв'ю можна виділити ще кілька питань, які турбують сімейних лікарів: відсутність основи для набуття навичок аналітичного мислення, застаріла програма та потреба в додатковій самоосвіті. Водночас вони задоволені викладачами, які заохочують студентів до взаємодії з пацієнтами під час практики та є гнучкими до нових методів викладання.

Процес лікування пацієнта завжди починається із діагностування хвороби. Бувають випадки, коли не одразу зрозуміло, що відбувається з організмом людини. У такому разі лікар не може покладатися лише на медичні протоколи, тому повинен брати до уваги усі можливі варіанти, виключаючи найменш вірогідні, та швидко приймаючи рішення. Корисним є вміння працювати в команді та консультиватися щодо сумнівних випадків. Навички аналітичного мислення можна розвивати, як мінімум змінивши підхід до перевірки знань студентів: *«[Я] зменшив би кількість тестів... а натомість давав би їм якісь задачі на прийняття клінічних рішень самостійно без можливості обрати*

готовий варіант» (чол., Івано-Франківська обл.). Натомість поки що студентів-медиків змушують напам'ять вивчати алгоритми надання допомоги при конкретній (уже відомій) хворобі, не даючи можливості розглядати обставини, коли потрібно застосувати одночасно кілька підходів. Логічне мислення допомагає лікарю не лише при діагностиці, а й у самому процесі лікування: *«Так, я прийшла...лікувати COVID, але люди страждали і від цукру, і від тиску... хочеш, щоб твій пацієнт вижив - треба було дуже швидко на місці буквально вчитися, як коригувати все інше, окрім дихальної недостатності»* (жін., Одеська обл.). Тобто медичні стандарти і клінічні протоколи потрібні, але саме вміння аналізувати дозволяє використовувати мультидисциплінарний підхід до лікування хворих і рятувати життя.

Освітня програма, яка не оновлюється - інший аспект, який обурює лікарів. Чи не усі респонденти згадують про радянські підручники, неактуальні схеми обстеження чи терапії в той час, коли медицина стрімко розвивається, і впроваджуються нові методи лікування. Відповідно, навчальні теми та джерела потребують постійного оновлення. Лікарі хотіли б бачити введення міжнародних протоколів, рекомендацій, програм, гайдлайнів у програму, щоб студенти орієнтувалися на можливості сучасної медицини, могли порівнювати стан української і закордонної систем охорони здоров'я. Дехто в інтерв'ю згадував про потребу у впорядкуванні черговості вивчення дисциплін: *«...на останній курс [виносити] питання медичної етики, права, статистики та фармації»* (чол., Запорізька обл.). Тобто спершу вивчати прояви хворіб і методи лікування, а тоді регулювання сфери охорони здоров'я, ведення звітності, актуальні лікарські засоби. Важливим аспектом є недосконалість самої освітньої програми: наприклад, тривалість вивчення вузьких спеціальностей є малою - лише декілька тижнів. Через це викладачі не розуміють, як правильно розподілити час і на чому зосередитись, тому просто уникають окремих тем, перекладаючи відповідальність на майбутніх фахівців: *«Нам сказали... "якщо вам потрібно*

щось з неврології, краще відправляйте до невролога... Це все дуже важко, щоб вам пояснити за два тижні”... , але взагалі як можна на курс неврології залишити два тижні? Як можна не навчити нас читати КТ, МРТ, що є зараз базою для діагностики захворювань центральної нервової системи?» (жін., Одеська обл.)

Тож крім незадоволених викладачів є розуміння самих студентів, що важливі теми неефективно включені в програму навчання. Як наслідок, перед молодими фахівцями постає вибір: якщо у них є бажання бути кваліфікованими лікарями, потрібно займатися самоосвітою.

Власне, більша частина сімейних лікарів наголошують на тому, що з початком роботи або ще під час здобуття освіти вони окремо вивчали потрібні їм матеріали: *«я зараз... лікую токсоплазмоз центральної нервової системи, бо я пройшла курси. Там пройшла курси, тут пройшла»* (жін., Одеська обл.); *«Я використовую знання, які я здобув сам. Типу, які я вивчив з книжок, з різних ресурсів... як UpToDate, чи РМЖ, чи будь-які інші ресурси доказові, де можна... вивчати якісну медичну інформацію»* (чол., Львівська обл.). Тут варто зауважити, що згадані програми та журнали можуть використовувати як студенти, так і лікарі будь-якої спеціальності. Зокрема на ресурсі UpToDate викладаються найновіші розробки медицини, думки інших фахівців щодо різних випадків захворювань, клінічні дослідження. Працівники медичних закладів можуть використовувати подібні платформи (Medvoice, Progress Platform) для підвищення власної кваліфікації. Однак обізнаність із такими можливостями залежить від середовища лікаря та його власної мотивації; не вистачає знайомства з корисними ресурсами саме у процесі навчання в університеті.

Важливо також звернути увагу на медичну практику: лікарі відзначають два основні недоліки. По-перше, недостатнє фінансування клінічних баз. Воно є основною перешкодою як для розвитку самого закладу, так і для доступу пацієнтів до них: *«Лікарня має мати непогане фінансування за роботу з практикантами»* (чол., Івано-Франківська обл.). Проблема з фінансуванням є

базовою, і в основному пов'язана з поганим контролем за розподілом виділених коштів. По-друге, дуже часто виділений на практику час не використовується ефективно для студентів: *«...є практика, але вона буквально була кілька днів, і чесно кажучи, ми сиділи просто в підвалах, читали методички»* (жін., Київська обл.); *«Ми б мали йти працювати з пацієнтами, але насправді ми цей час нічого не робимо... Нас ніхто не бажає навчити цьому, як правильно працювати з пацієнтом. Ми самі не знаємо, як правильно це робити»* (чол., Львівська обл.)

Таким чином втрачається можливість набути базову навичку медика: лікар, який лише починає свою діяльність, принаймні не мав би боятися людини, яка приходить по допомогу. Натомість чи не всі респонденти скаржаться, що на початку не знали, як підійти до пацієнта. Як наслідок, студенти не вчаться діагностувати хвороби, радитися щодо лікування, і практика зараховується просто «для галочки». Хоча великою мірою ситуація залежить від викладачів і від кожної кафедри окремо: *«Від деяких лікарів-викладачів ти не міг добитися, щоб сходити, наприклад, з ними на чергування. Тобто це завжди треба було... випрошувати»* (жін., Київська обл.). Водночас інші, навпаки, запрошували їздити з ними на виклики, демонстрували, як виглядає та чи інша хвороба; викладачі були зацікавлені в освіті студентів: *«Ми з палат не виходили, ми під кураторством наших преподавателів ходили, вели палати, вели пацієнтів, дежурили. Ми були активними з пацієнтами»* (чол., Закарпатська обл.). Один із сімейних лікарів, який сам є викладачем в університеті, зауважив, як можна було б покращити практику, щоб юні фахівці взяли з неї якнайбільше: *«Найкращим було б впровадження в практику проведення медичних раундів. Це опитування студентів під час огляду пацієнтів. Це дозволяє і оцінити практичні навички, а також сприяє поглибленню студентів у лікувальну роботу»* (чол., Запорізька обл.). Таким чином практика може сприйматися більш серйозно самими студентами, і слугувати міцною основою для початку лікарської діяльності.

Можна стверджувати, що здобуття медичної освіти майбутнім лікарем як фактор його діяльності має як негативний, так і позитивний вплив. Недоліки насамперед стосуються макрорівня - організації навчального процесу, вибору матеріалів для опрацювання студентами, а переваги пов'язані з мікрорівнем - активністю і зацікавленістю викладачів.

3.3 Лікар як суб'єкт галузі охорони здоров'я України

Лікар, зокрема сімейний, залежить від норм, прийнятих на законодавчому рівні. Джерелом його прав, змін у фінансуванні та умовах праці відповідно до медичної реформи та бюрократичних вимог виступає держава.

Питанням, яке хвилює сімейних лікарів, є їх юридична незахищеність. Респонденти стурбовані, що законодавство керується принципом, коли правим завжди буде пацієнт. Найчастіше конфлікти стосуються випадків, коли лікар відмовляє людині в направленнях чи виписках ліків, якщо бачить, що їй вони не потрібні, або якщо він може справитися із лікуванням сам. Пацієнтам це не подобається, і вони пишуть скарги або розривають декларації. Іншим прикладом є безвідповідальність пацієнта, коли він не слідує приписам лікаря і порушує його настанови; однак якщо хвороба не минає - звинувачує медиків. Як наслідок, сімейні лікарі можуть втратити частину прибутку або отримати обмеження від керівництва медичного закладу. В певній мірі лікарі бачать суперечливість у самих законодавчих постановках щодо регулювання зазначених конфліктів: *«І хоча одна сторона закону каже, що пацієнт сам відповідає за своє здоров'я, друга сторона закону каже, що я зобов'язаний надати інформацію, доступну пацієнту так, щоб переконати його, щоб він лікувався»* (чол., Закарпатська обл.). Фактично на лікаря перекладається вся відповідальність за здоров'я пацієнта, з яким у нього підписана декларація, навіть попри те, що він не може повністю контролювати весь процес лікування. Ще одна проблема, яку згадують респонденти, є відсутність лікарського посвідчення. На відміну від інших

офіційних структур (як поліція чи пожежники), лікар не має документу, який би підтверджував його діяльність. Тому виникають незручні ситуації, коли медики приїжджають на виклик, а пацієнти з недовірою впускають їх у свій дім, перепитуючи, чи точно вони є особами, що надають допомогу.

Фінансування медичного закладу і самого лікаря є одним із найважливіших факторів, який визначає можливості його діяльності. Частина респондентів стверджують, що з виникненням НСЗУ коштів на медичні заклади виділяється достатньо. Проблеми виникають через те, що відсутній додатковий контроль за їхнім розподілом в межах окремої лікарні. По-перше, генеральні директори самі приймають рішення, на що їх виділити (поряд з обов'язковим забезпеченням медичного персоналу та оплатою комунальних послуг лікарні). Тому окремі плани (як-от ремонт транспорту чи частини закладу) можуть стати приводом для корупції, коли керівники завищують потрібну суму на ремонт і решту залишають собі. Іншим негативним наслідком діяльності керівництва лікарні є утримання коштів замість здійснення необхідних витрат: *«Зараз є модною тенденція... кошти від НСЗУ тримати на депозиті, і не витратити їх на поточні витрати, як результат – на рахунках лікарні мільйони, а лаборанти клячуть гроші на спирт і вату в пацієнтів, бо керівництво їх цими розхідниками не забезпечує»* (чол., Івано-Франківська обл.). Тож перешкодою до безкоштовного отримання послуг пацієнтами можуть бути не вимоги лікаря, до якого вони звертаються, а зосередження фінансів у руках вищих по ієрархії осіб лікарні, які неефективно ними розпоряджаються. По-друге, лікарі не задоволені тим, що вони фактично є останньою ланкою в черзі виплат, попри те, що саме їхня діяльність є джерелом коштів для всієї лікарні. Тут слід зазначити, що сума грошей, яка виплачується за укладені декларації, не йде прямо лікарю, а спрямовується на медичний заклад. Сімейний лікар отримує лише певний відсоток із загальної суми: *«Тобто, з нього ще заклад знімає податки, з того всього оплачуються там всі ці комунальні послуги, і всякі там докуповується реактиви, з того йде зарплата всьому*

медичному персоналу, включаючи санітарок, охоронців, будівлі, всього-всього» (жін., Львівська обл.). Зазвичай про відсоток заробітної плати домовляються при укладенні колективного договору, хоча вирішальне слово буде за керівництвом, а не лікарями; до того ж, *«це відсоток не такий, як всі думають, що там половина чи 25%, він нижчий»* (чол., Херсонська обл.). Зокрема, лікарі згадували 17%. Однак щодо колективного договору теж виникають нюанси, пов'язані зі спробою керівництва обійти законодавство: *«Багато керівників блокує прийняття колективного договору, бо він зв'язує їм руки, чи приховує його від працівників, і зарплата деколи нараховується невідомо за яким принципом. Якщо колективного договору нема, керівнику достатньо заплатити мінімалку»* (чол., Івано-Франківська обл.). Тобто пробіли в державному регулюванні системи охорони здоров'я зумовлені безвідповідальністю окремих посадових осіб та нестачею контролю за їх діями й розпорядженнями.

Одним із головних досягнень реформи став розвиток сімейної медицини. В обов'язки лікаря загальної практики є ведення звітності і виписка необхідних направлень чи довідок пацієнтам. Раніше документація велася в паперовому форматі, однак завдяки розвитку електронних систем в охороні здоров'я бюрократичні процеси стали спрощені. Респонденти схильні порівнювати бюрократію в Україні і за кордоном: вони задоволені можливістю уникати довгої паперової роботи, натомість використовуючи електронний вид звітності - це швидше, і дозволяє легше орієнтуватися в документах; у той же час за кордоном медичні електронні системи не є поширеними. Однак вимоги до роботи сімейного лікаря, які стосуються виписок направлень чи видачі довідок пацієнтам, не зменшились. Це поєднується з проблемою навантаженості документальних запитів від людей. Респонденти розповідають, що пацієнтам часто важливе не так обстеження та лікування у сімейного лікаря, як виписка направлень до вузького спеціаліста: *«Найчастіше пацієнти звертаються для отримання направлень, рецептів, або адміністративні питання отримання*

довідок, формулярів та інше» (чол. Запорізька обл.). Окрім того, пацієнти схильні не консультиватися з медиком, а прямо казати, що їм потрібно (які ліки, наприклад) і вимагати цього. Сімейним лікарям це не подобається, оскільки тоді вони займаються не лікуванням, а постійним заповненням довідок: *«Вони [пацієнти] вимагають багато. Деколи так буває, що до кінця прийому ти просто плаваєш в тих паперах, всяких довідках, видрукованих направленнях, аналізах і так далі»* (чол., Львівська обл.). Респонденти відзначають, що пацієнтам слід навчитися більше довіряти сімейному лікарю і прислухатися до його порад; вони є вмотивовані саме до лікування, а не адміністративної роботи.

Позитивним чинником для лікаря є можливість розвиватися саме в плані вдосконалення своїх практичних навичок і знань. З початком повномасштабного російського вторгнення медична сфера України отримала чимало допомоги з-за кордону, і лікарів вона не обійшла стороною. Респонденти стверджують, що закордонна підтримка зараз більше стосується лікарів вторинної допомоги: *«Нам, я знаю, пропонували ізраїльські лікарі допомогу в хірургічному плані... Вони проводили якісь мастер-класи по лікуванню різних ран»* (жін., Дніпропетровська обл.). Однак для первинної ланки теж проводяться тренінги (зокрема щодо ведення пацієнтів із деякими хронічними захворюваннями, комунікації із жертвами сексуального насильства), стажування за кордоном, онлайн-навчання, конференції, на які приїжджають представники медичної галузі іноземних держав. Лікарі задоволені покращенням допомоги українській медицині; вони розповідають, що за кордоном українських медиків дуже шанують, їх часто запрошують на кілька днів чи тижнів для здобуття додаткового лікарського досвіду.

Отож діяльність лікаря визначається рішеннями, прийнятими в системі охорони здоров'я на макрорівні щодо відповідальності медиків перед законом, проходження коштів «зверху донизу», де лікар може стикатися з проблемами отримання заробітної плати, накладення на сімейного лікаря надмірної

адміністративної роботи чи навпаки - її полегшення, та створення можливостей розвитку практичних навичок. Здебільшого від прийнятих норм в системі охорони здоров'я йде негативний вплив, що ускладнює лікарську діяльність, хоча є й позитивні моменти.

3.4 Міжособистісні взаємодії лікаря та мотивація його діяльності

Основна діяльність сімейного лікаря проходить в межах медичного закладу. Він лікує пацієнтів, виконує поставлені на нього обов'язки як на лікаря первинної ланки, взаємодіє з іншими медичними працівниками, отримує винагороду за свою працю, навчається, підлаштовує свою діяльність відповідно до зовнішніх обставин (як-от повномасштабне російське вторгнення).

Чи не найважливішим аспектом діяльності лікаря є його взаємодія з пацієнтом. Вона має як негативні, так і позитивні сторони. Спершу слід сказати про суперечливість, яка не подобається респондентам: на початку медичної реформи відбувалася піар-кампанія сімейної медицини, у якій говорилося, що лікар буде доступним для звернень з будь-яких питань 24 години на добу. Але респонденти стверджують, що, відповідно до нормативної бази, вони не зобов'язані надавати консультації в позаробочий час. Оскільки люди звикли сприймати лікаря як особу, яка цілком присвячує себе пацієнтам («...знаєте таку фразу про лікарів, що світить іншим - згорає сам» (жін., Львівська обл.)), то зазвичай не усвідомлюють того, що «*медики - це не тільки медики, це ще й люди, які мають сім'ї*» (чол., Херсонська обл.). За винятком екстрених випадків, лікарі не відповідають на запити своїх пацієнтів після робочого дня. Більша частина респондентів почали ставити межі у своєму графіку після того, як пацієнти після 12 години ночі зверталися з проханням в цей же час прокоментувати результати їхніх аналізів, або перепитати, чи можна вживати певний препарат при температурі 37 градусів - тобто турбували через дрібні питання. Часто пацієнти розривають декларації, якщо лікар не підняв від них слухавку в позаробочі

години. Сімейним лікарям це не подобається не лише через втрату прибутку, а й через перешкоду до створення конкурентного ринку праці: респонденти згадують, що медична реформа була покликана створити таку конкуренцію між лікарями, щоб малокваліфіковані фахівці залишилися позаду. Однак цього не сталося: пацієнти неухважно обирають собі лікаря, він їм потрібен радше для довідок і направлень, тож як наслідок, ніхто не відсіюється; кваліфіковані лікарі і погано підготовлені працюють на одному рівні. Відповідно, лікар, який хоче бути конкурентоспроможним, змушений виходити за рамки своїх офіційних обов'язків.

У той же час чи не всі лікарі скаржаться і на неповагу від пацієнтів: *«У нас ставлення до лікарів, як до прислуги»* (чол., Запорізька обл.). Найчастішим аргументом людей є те, що лікар, з яким вони підписали декларацію, отримує за них кошти, тож вони можуть вимагати, що самі вважають за потрібне, у будь-який час. Це обурює лікаря і демотивує його в подальшому нормально взаємодіяти з такими пацієнтами: *«Але з такими, скажімо так, пацієнтами нашими, ми стараємось якомога більше дистанцію тримати... Як каже моя медсестра: “Ми заносимо вас в чорний список...” Тому ніяких дзвінків, ніяких поблажок вам не буде без запису... Все через реєстратуру, йдіть і чекайте місяць на прийом, і так далі»* (чол., Херсонська обл.). Попри те, що лікар стає менш доступним, він все ж залишається лояльним до пацієнтів. Сімейні лікарі розповідають, що зазвичай вони відкриті до запитів 2-3 години після завершення їх робочого дня. І тут респонденти схильні порівнювати ситуацію в Україні із закордонною: вони стверджують, що в нас пацієнт може отримати допомогу протягом кількох днів і справді зв'язатися з лікарем не лише по запису, але й онлайн чи по телефону. Це розуміють насамперед ті люди, які виїхали за кордон і там стикнулися з обмеженістю медицини: *«І от якраз ті люди, які повернулися, лікар в нас в Україні в їхніх очах виріс у 150 разів»* (чол., Закарпатська обл.). Перевагою української медицини виявилася доступність, і причин обурюватися

через невелику затримку з отриманням допомоги пацієнту немає. Частина сімейних лікарів наголошують, що потрібні зміни у свідомості людей, щоб в українському суспільстві було більше розуміння до лікаря.

У свою чергу, розуміння лікарем пацієнтів розвивається в процесі його діяльності: *«Комуś ти можеш сказати, що вам треба худнути, прямим текстом і він це сприйме нормально, а комуś треба сказати [по-іншому]... лікар вчиться відчувати пацієнта в процесі практики своєї»* (чол., Херсонська обл.). З одними пацієнтами лікар може бути більш відкритим, ніж з іншими, проте важливо, щоб були забезпечені комфортні умови комунікації. Взаємоповага у спілкуванні пацієнта і лікаря є важливим позитивним моментом. Здебільшого респонденти розповідають, що з часом ті люди, яким не підійшов сімейний лікар, відсіюються і шукають іншого. З тих, що залишаються, на регулярній основі по допомогу звертаються майже половина пацієнтів, які уклали декларації. І саме з ними сімейні лікарі віднаходять контакт і підтримують зв'язок. Відповідно, чим довшою є діяльність сімейного практика, тим більш сформованою є його база пацієнтів, і тим менше негативного впливу (психологічного чи матеріального) він отримує, відмежувавши себе від співпраці з незадоволеними, на його думку, людьми.

Чим більше пацієнтів підписують декларації, тим вищий відсоток заробітної плати отримує сімейний лікар. Внаслідок реформи, лікарі первинної ланки повинні отримувати до 20000 грн. на місяць. Але як вже було згадано, чистий дохід є меншим через податки, а загальна сума заробітної плати залежить від кожного окремого медичного закладу. Тим не менш, на загал респонденти задоволені підвищенням суми для оплати їх праці. Відповідно, корупційні практики в медичній галузі мали б зменшитись. Однак частка пацієнтів вважає за потрібне віддячити медику за надану допомогу. Думки сімейних лікарів з цього приводу розділились. З одного боку, частина респондентів не бачить в них ніякого негативного контексту і прирівнює грошові подяки до чайових: *«Щодо*

подяки – це добровільна справа, і обсяг допомоги не залежить від неї. Як чайові – все по бажанню» (чол., Запорізька обл.); «Чому ми можемо залишати чайові офіціантам, а лікарю якимось не можемо?» (жін., Одеська обл.) При цьому відсутність грошової подяки, на їх думку, не повинна впливати на процес лікування і ставлення до пацієнта. До того ж, окремим лікарям важливо, щоб це справді була подяка, а не хабар наперед: «Да, це приємно. Завжди приємно... але тут треба дивитися... коли це йде. Тому що є категорія пацієнтів, які привикли з старої гвардії, що треба піти заплатити, і потім тільки врешті буде нормально лічить. От таких я розвертаю або говорю, якщо хочете благодарить, то благодарить будете потом» (чол., Закарпатська обл.). Деякі лікарі бажали б мати додаткову винагороду за надання послуг в позаробочий час: «...дуже давні пацієнти, в них є моя карта приватівська: вони розуміють, що якщо вони в неділю мені пишуть по якійсь фігні, але яка їх цікавить, і я їм відповідаю, то вони переводять мені гроші на картку. І я вважаю, що це прийнятно» (жін., Одеська обл.); «Ну я вважаю, що відіграють роль... Є просто речі... виклик на дім, наприклад. Так, все-таки лікар витратив свій час: знайти той будинок, знайти ту квартиру, прийти до когось до хати» (жін., Львівська обл.). Тобто якщо лікар працює за межами свого кабінету в позаробочі години, він розглядає це як можливість винагороди за додаткову діяльність. З іншого боку, частина респондентів стверджує, що їм неприємно отримувати подяку за свою роботу не на офіційному рівні: «Ви б хотіли, щоб вам як за вашу роботу, хтось підсовував в кишеньку і ви озиралися в віконечко, чи ніхто не заїде, чи ви б хотіли, щоб вам офіційно нарахували нормальну зарплату, на яку ви можете прожити...» (жін., Львівська обл.) При достатньому матеріальному забезпеченні лікарів таких питань не мало б виникати.

Поряд з питанням про оплату праці також актуальним є поступове збільшення обов'язків сімейного лікаря. Йдеться зокрема про «ведення психічних розладів, туберкульозу, паліативну медичну допомогу» (чол., Івано-Франківська

обл.). Фактично первинна ланка і полягає в наданні різного виду допомоги, однак у випадку розвитку української сімейної медицини, зростання навантаженості на лікаря не супроводжується необхідною підготовкою. Наприклад, респонденти не зовсім розуміють, як вони повинні надавати професійну психологічну підтримку. Частиною їх діяльності як лікарів й так є постійна базова психологічна консультація і спілкування з пацієнтами. Проте вони не вважають, що короткі навчальні курси зможуть дати їм необхідну основу для ведення психічних розладів, до прикладу. Окрім цього, зазвичай до сімейного лікаря за день може приходити до сорока людей, і на кожного виділений час 15-30 хв. Проте цього проміжку й так буває замало; респондентів турбує, що при додаткових обов'язках їм справді доведеться працювати 24 години на добу. До того ж сімейні лікарі збільшення навантаження сприймають як перекладання відповідальності інших фахівців на них: *«...лікар загальної практики - це все-таки повинна бути якась обмежена територія... Є ще соціальні працівники, є соціальні служби, є різні психологи»* (жін., Дніпропетровська обл.). Лікарі первинної ланки не готові заглиблюватися у сфери, якими можуть займатися інші спеціалісти; як мінімум вони потребують кращої організації від держави - якщо навантаження на них зростає, то мають бути створені відповідні час і умови для надання допомоги.

Окрім взаємодії з пацієнтами, лікар постійно співпрацює з іншими медиками. Якщо говорити про комунікацію сімейних лікарів між собою, то позитивним аспектом для них є можливість спілкування в соціальних мережах (зокрема згадували групу «Записничок сімейного лікаря», «СвійДок»), участь у конференціях, які організовують медичні чи фармацевтичні заклади (*«У нашій лікарні проводяться різні конференції... десь так раз в місяць... До нас приїжджають навіть за кордону»*) (жін., Київська обл.). Лікарі з різних регіонів мають можливість ділитися досвідом, цікавими випадками станів пацієнтів, методів лікування, а також навчатися, обговорювати актуальні теми. Відбувається кооперація медичних закладів України між собою: *«Якщо мені*

потрібна консультація ревматолога або кардіолога, я знаю, що є в іншому медичному центрі, приватному... то я можу спокійно направити туди або в державну [клініку]» (чол., Закарпатська обл.). Лікарі різних напрямів співпрацюють, таким чином також популяризуючи одні одних. Натомість негативним аспектом часто є взаємодія лікарів первинної і вторинної ланок. Медична реформа була спрямована насамперед на виокремлення сімейної медицини, і, як наслідок, підняття заробітних плат лікарям саме первинної ланки. Це не подобається медикам вторинної ланки, і вони це виражають, не приймаючи пацієнтів від сімейних лікарів чи відмовляючи їм у відкритті лікарняного чи видачі направлень, що власне входить у їхні обов'язки: «Пішов якраз конфлікт з вузькими спеціалістами, тому що... "У вас і так є зарплата, то ви її отримуєте, а ми ще ні, то давайте робіть собі самі, що хочете"» (жін., Львівська обл.); «... "Чого ви до мене посласте, якщо ви більше отримуєте? От ви самі й лікуйте" - мені здається, не тільки в нашій лікарні це було... це по всій Україні така ситуація» (жін., Дніпропетровська обл.). На думку сімейних лікарів, такі конфлікти - це абсурд, і дії медиків спеціалізованої допомоги є необґрунтованими, до того ж, порушують нормативну базу. Також одна з респонденток зауважує неприємне ставлення до сімейних лікарів з моральної сторони: «...все одно вони якимось, ну, принижительно, скажімо, відносяться до пірвічки. Типо, чим ви там займаєтесь, ви там просто каву п'єте і все, а от ми, от ми лікуємо, а ви так собі» (жін., Дніпропетровська обл.). Це пов'язано з тим, що пацієнти переважно звертаються до сімейного лікаря через сезонні захворювання, високий тиск, болі в серці, попереку - тобто досить звичні проблеми зі здоров'ям. Однак це не вичерпний перелік звернень людей, і він не повинен применшувати роль первинної ланки медицини, яка є базою лікування.

Варто також звернути увагу на два позитивні моменти, які стосуються діяльності лікаря: стійкість медиків під час повномасштабного російського вторгнення і їх мотивація продовжувати працювати за покликанням лікаря. Чи не

всі респонденти наголошують на тому, що однією з сильних сторін української медицини є саме людський ресурс - лікарі: *«Це, звичайно, що медики, які на Сході, вони там титанічно працюють, тому що надають в таких умовах допомогу»* (жін., Львівська обл.); *«...скільки є фотографій, де там в операційних прильоти, або там розламані вікна, а роди, пологи... приймалися в підвалах»* (жін., Одеська обл.). Це приклади фізичної стійкості. Медики також були морально об'єднані, вони між собою кооперувалися, намагалися бути гнучкими до ситуацій, що склалися: *«Це робота всіх на благо всіх. Консультації на прийомах, поза прийомами, волонтерство. Я і більшість моїх колег консультували наших співвітчизників онлайн і безкоштовно протягом перших б місяців війни»* (чол., Запорізька обл.). Питання надання допомоги виключно в межах робочого часу стало другорядним, лікарі були готові виходити за рамки своїх обов'язків. Кризова ситуація повномасштабної війни також розвинула навички онлайн-діагностики: *«[лікарі] пристосувалися надавати послуги онлайн... дуже багато випадків, навіть клінічних діагнозів, вони виставляються просто по зборі анамнезу, і просто бачучи... шкіру, бачучи якісь симптоми по фотографіям»* (жін., Київська обл.). Це зокрема стало актуальним, оскільки відбулися міграції людей, і пацієнти опинилися в різних містах зі своїми лікарями. Тому лікар зі Львова міг надати онлайн-консультацію пацієнту з Харкова, і жодних скарг в процесі респонденти не згадують.

Попри велику кількість негативних факторів, лікарі все ж продовжують працювати, причому більша частина з них справді радіє зі своєї роботи. Тут велику роль відіграє психологічний чинник - любов до своєї професії: *«Ну, давайте скажемо чесно, це реально гарна добра справа. Ти справді покращуєш життя людей. Так, не всіх, не всі тебе сприймають, але... це просто не твої люди... ті, які справді тебе потребують - тебе знайдуть»* (жін., Одеська обл.); *«Мені подобається, коли ти призначаєш препарат... лікування, процедури. І після цього є позитивна динаміка, зміни»* (чол., Херсонська обл.). Насамперед

лікарям важливо бути корисними суспільству. Відчуття потрібності мотивує їх працювати. Інший аспект психологічного чинника - обов'язки, які викликають зацікавленість: *«...подобається також сам діагностичний процес, який мені трохи нагадує розплутування якогось ребусу чи розкриття злочину»* (чол., Івано-Франківська обл.); *«Мені просто подобалася медицина як наука. Вона мені досі подобається»* (чол., Львівська обл.). Тож лікарі захоплені самим процесом лікування, відокремленого від зовнішніх факторів. Тоді вони просто виконують головну роль лікаря.

На мікрорівні медичної галузі відбувається взаємодія лікаря з пацієнтом та іншими працівниками охорони здоров'я, яка може містити як негативні, так і позитивні компоненти. Під їх впливом лікар здатен підлаштовувати свою діяльність, щоб негативного впливу було якомога менше. Внаслідок зовнішнього тиску (як повномасштабна війна чи рішення інститутів охорони здоров'я, які ускладнюють діяльність медика), лікар вчиться бути більш гнучким і поратися з викликами, таким чином підтримуючи стійкість системи.

Висновки з Розділу 3

Найбільш актуальним фактором впливу на систему охорони здоров'я загалом є повномасштабна війна. Медична галузь, яка лише почала розвиватися, одразу почала проходити перевірку на стійкість. Новостворені елементи структури (НСЗУ, МІСи - медичні інформаційні системи) показали свої сильні і слабкі сторони, але не припинили працювати. У той же час проблемою стало зменшення медичних кадрів у зв'язку з їх виїздом за кордон. Також активізувалася допомога українській медицині від іноземних партнерів. У цій системі відбувається формування і розвиток лікаря.

Формальні елементи медичної освіти, як-от навчальна програма та організація практики, здебільшого перешкоджають ефективному засвоєнню необхідного для медика матеріалу та вироблення в нього аналітичних навичок.

Тому важливою стає самоосвіта та роль викладача. Фінансування, правова відповідальність лікаря та адміністративна частина його роботи здатні демотивувати його розвиватись далі. Але окремі пункти реформи (зокрема створення електронних систем та підвищення заробітної плати сімейним лікарям) полегшують його офіційні обов'язки, а нові можливості від іноземних партнерів сприяють набуттю додаткового лікарського досвіду.

Основні моделі взаємодії в охороні здоров'я: лікар-пацієнт та лікар-лікар. Залежно від обставин, ці відносини можуть розвиватися як в негативному (конфлікти, невирішені питання із грошовими винагородами), так і позитивному (налагоджена комунікація і взаєморозуміння) контекстах. Важливим для діяльності лікаря залишається особистий фактор - цінності обраної професії.

Висновки

Для написання цієї роботи були використані праці соціологів-теоретиків, зокрема Е. Гідденса, на основі якого була сформована теоретична рамка дослідження. У першому (теоретичному) розділі було розглянуто загальні питання регулювання сфери охорони здоров'я, основних проблем та започаткованих змін у галузі. Блоги українських лікарів та експертів, а також проведення інтерв'ю із сімейними лікарями восьми областей України, стали підґрунтям для написання емпіричного розділу роботи.

На основі опрацювання теоретичних робіт та емпіричних джерел із обраної проблематики, можна простежити, як відбувається взаємовплив макро- і мікросередовища: системи охорони здоров'я та лікарської діяльності. На макрорівні приймаються рішення щодо реформування медичної галузі, формування освітньої програми підготовки лікарів, реагування на зовнішні виклики; розглядаються юридичні питання щодо регулювання діяльності суб'єктів охорони здоров'я та визначення їх обов'язків. На мікрорівні відбуваються такі процеси, як надання медичної допомоги, використання наявних можливостей навчання чи роботи, комунікація суб'єктів галузі між собою. Простежуються конфліктні ситуації між лікарями первинної і вторинної допомоги, керівництвом медичного закладу й іншим медичним персоналом.

Згідно з результатами авторського дослідження, можна зробити такі висновки: по-перше, лікарі скаржаться на недотримання нормативно-правової бази керівними особами закладів охорони здоров'я та медиками вторинної допомоги. Це вказує на підтвердження гіпотези 1. Окрім цього, лікарі вважають несправедливим те, що у разі виникнення конфліктів між ними і пацієнтами, законодавство України здебільшого спрямоване на захист останніх.

По-друге, більша частина лікарів визнала задоволеність медичною реформою, підкреслюючи необхідність змін в українській охороні здоров'я.

Перевагою став розвиток електронних систем, що полегшило бюрократичні процеси в медицині. Фінансове забезпечення лікарень та медиків первинної ланки покращилося завдяки створенню Національної служби здоров'я України. Проте все ще існують недоліки щодо розподілу коштів в межах окремого закладу. Тим не менш, можна стверджувати, що гіпотеза 2 не підтвердилась.

По-третє, ефективність системи охорони здоров'я України зазнала викликів через повномасштабне російське вторгнення. Як окремі структури (НСЗУ, медичні заклади різних регіонів), так і самі лікарі проявили стійкість та продовжували працювати в складних умовах. Процеси реформування не були зупинені, а пацієнти продовжували отримувати будь-яку медичну допомогу. Однак медична інфраструктура зазнала руйнувань внаслідок обстрілів. Тож гіпотеза 3 підтверджується лише частково. Позитивним аспектом стало поглиблення відносин українських та закордонних медичних фахівців, відкриття безкоштовного доступу українським медикам до іноземних лікарських джерел, що говорить про підтвердження гіпотези 4.

По-четверте, частина лікарів вказують, що люди, які регулярно звертаються по допомогу, проявляють до них все більше розуміння. Водночас респонденти незадоволені неправдивим поширенням інформації про постійну доступність сімейного лікаря, через що зростає їх завантаженість. Медики також скаржаться на те, що їхня заробітна плата часто залежить від домовленої частки у колективному договорі, яка не завжди є вигідною для них. Щодо освіти, то лікарі зважають на відсутність мотивації викладачів до навчання та розвитку аналітичного мислення в студентів. Тож загалом можна говорити про підтвердження гіпотез 5 та 6.

Серед питань, яким респонденти надають найбільше значення, можна виділити недоліки та переваги їхньої взаємодії з пацієнтами: лікарям важливо, щоб їх час та особистий простір цінували. Актуальною проблемою залишається зневажливе ставлення медиків вторинної ланки до медиків первинної через

медичну реформу. Важливими також є створення надійних підстав для юридичного захисту лікарів та увага до специфіки освітньої програми. Водночас меншої ваги респонденти надають зростанню можливостей підвищення власної кваліфікації чи реформуванню медичної галузі. Відповідно, гіпотези 7 та 8 підтверджуються лише частково.

На кінець слід сказати, що ця робота може слугувати підґрунтям для подальших досліджень системи охорони здоров'я України та діяльності лікарів як її суб'єктів. Зокрема вивчення зазначених питань можна розвинути, провівши опитування не лише сімейних лікарів, а фахівців спеціалізованої допомоги. Це дозволить порівняти позитивні та негативні фактори впливу на діяльність лікаря на рівні вторинної та третинної ланок медичної допомоги та отримати більш комплексні результати.

Використані джерела

1. Health Care in Ukraine [Електронний ресурс] // Orange Health Consultants. – 2018. – Режим доступу до ресурсу: <https://cutt.ly/BHjH8LR>.
2. The World Bank. Health spending as percent of GDP. - 2019 - Country rankings. – Режим доступу до ресурсу: <http://surl.li/hmjeo>.
3. Doctor Vulavina. Електронні інструменти в охороні здоров'я під час війни [Відео] // YouTube. - 14 липня, 2022. - Режим доступу до ресурсу: <https://www.youtube.com/watch?v=1-bylx3tRJs>.
4. Doctor Vulavina. Департамент охорони здоров'я Київської обласної державної адміністрації під час війни [Відео] // YouTube. - 21 квітня, 2022. - Режим доступу до ресурсу: <https://www.youtube.com/watch?v=hgqTxABln1w>.
5. Doctor Vulavina. Життя лікарки Наталі під час війни [Відео] // YouTube. - 19 квітня, 2022. - Режим доступу до ресурсу: https://www.youtube.com/watch?v=VAo_EqvhpVM.
6. Doctor Vulavina. Лідерство і трансформація системи охорони здоров'я під час війни [Відео] // YouTube. - 19 квітня, 2022. - Режим доступу до ресурсу: <https://www.youtube.com/watch?v=xIIGSQnChvU>.
7. Doctor Vulavina. МОЗ в ефірі: електронна системи охорони здоров'я та гуманітарна допомога під час війни [Відео] // YouTube. - 12 травня, 2022. - Режим доступу до ресурсу: <https://www.youtube.com/watch?v=LRw76YyjJE4>.
8. Doctor Vulavina. МОЗ в ефірі: часи війни [Відео] // YouTube. - 18 травня, 2022. - Режим доступу до ресурсу: <https://www.youtube.com/watch?v=e3zfiTbfl0k>.
9. Doctor Vulavina. МОЗ в ефірі: як працює екстрена медична допомога під час війни [Відео] // YouTube. - 2 червня, 2022. - Режим доступу до ресурсу: <https://www.youtube.com/watch?v=ulEKnQv5iRc>.

10. Doctor Vulavina. Реформа охорони здоров'я: госпітальні округи, кластеризація лікарень [Відео] // YouTube. - 13 вересня, 2022. - Режим доступу до ресурсу: <https://www.youtube.com/watch?v=Mr0lGBzLHQU>.
11. Doctor Vulavina. Як працює НСЗУ під час війни [Відео] // YouTube. - 7 липня, 2022. - Режим доступу до ресурсу: <https://www.youtube.com/watch?v=wGbd06NK5fM>.
12. Doctor Vulavina. Як працює НСЗУ під час війни. Частина 2 [Відео] // YouTube. - 26 липня, 2022. - Режим доступу до ресурсу: <https://www.youtube.com/watch?v=YieXIa4NnNU>.
13. Doctor Vulavina. Як працює НСЗУ під час війни. Частина 3 [Відео] // YouTube. - 25 серпня, 2022. - Режим доступу до ресурсу: <https://www.youtube.com/watch?v=nPxJ7nN9sTw>.
14. Doctor Vulavina. Як працює сімейна медицина під час війни [Відео] // YouTube. - 7 липня, 2022. - Режим доступу до ресурсу: https://www.youtube.com/watch?v=i6t0ITN1_hA.
15. Амбулаторна медична допомога [Електронний ресурс] // Український медичний часопис. – 2022. – Режим доступу до ресурсу: <http://surl.li/hmisu>.
16. Віктор Ляшко. Допис у соціальній мережі [Електронний ресурс] // Facebook. - 29 березня, 2022. - Режим доступу до ресурсу: <http://surl.li/hmiaa>.
17. Віктор Ляшко. Допис у соціальній мережі [Електронний ресурс] // Facebook. - 28 квітня, 2022. - Режим доступу до ресурсу: <http://surl.li/hmhzn>.
18. Віктор Ляшко. Допис у соціальній мережі [Електронний ресурс] // Facebook. - 6 липня, 2022. - Режим доступу до ресурсу: <http://surl.li/hmhyu>.
19. Віктор Ляшко. Допис у соціальній мережі [Електронний ресурс] // Facebook. - 7 серпня, 2022. - Режим доступу до ресурсу: <http://surl.li/hmhyg>.
20. Віктор Ляшко. Допис у соціальній мережі [Електронний ресурс] // Facebook. - 17 серпня, 2022. - Режим доступу до ресурсу: <http://surl.li/hmhxr>.

21. Віктор Ляшко. Допис у соціальній мережі [Електронний ресурс] // Facebook. - 24 серпня, 2022. - Режим доступу до ресурсу: <http://surl.li/hmhxj>.
22. Віктор Ляшко. Допис у соціальній мережі [Електронний ресурс] // Facebook. - 1 вересня, 2022. - Режим доступу до ресурсу: <http://surl.li/hmhwa>.
23. Віктор Ляшко. Допис у соціальній мережі [Електронний ресурс] // Facebook. - 21 вересня, 2022. - Режим доступу до ресурсу: <http://surl.li/hmhvq>.
24. Віктор Ляшко. Допис у соціальній мережі [Електронний ресурс] // Facebook. - 23 грудня, 2022. - Режим доступу до ресурсу: <http://surl.li/hmiak>.
25. Віктор Ляшко. Допис у соціальній мережі [Електронний ресурс] // Facebook. - 4 січня, 2023. - Режим доступу до ресурсу: <http://surl.li/hmibb>.
26. Віктор Ляшко. Допис у соціальній мережі [Електронний ресурс] // Facebook. - 14 березня, 2023. - Режим доступу до ресурсу: <http://surl.li/hmicn>.
27. Віктор Ляшко. Допис у соціальній мережі [Електронний ресурс] // Facebook. - 30 березня, 2023. - Режим доступу до ресурсу: <http://surl.li/hmici>.
28. Віктор Ляшко. Допис у соціальній мережі [Електронний ресурс] // Facebook. - 31 березня, 2023. - Режим доступу до ресурсу: <http://surl.li/hmica>.
29. Віктор Ляшко. Допис у соціальній мережі [Електронний ресурс] // Facebook. - 8 квітня, 2023. - Режим доступу до ресурсу: <http://surl.li/hmibn>.
30. Державна служба статистики України. Кількість померлих за причинами смерті у січні 2022 року [Електронний ресурс] / Державна служба статистики України. – 2022. – Режим доступу до ресурсу: <http://surl.li/hmizv>.
31. Державна служба статистики України. Україна в цифрах [Електронний ресурс] / Державна служба статистики України. – 2020. – Ст. 39. - Режим доступу до ресурсу: <http://surl.li/hmjff>.
32. Екстрена медична допомога [Електронний ресурс] // Український медичний часопис. – 2022. – Режим доступу до ресурсу: <http://surl.li/hmism>.

33. Закон України «Основи законодавства про охорону здоров'я» [Електронний ресурс] // Відомості Верховної Ради (ВВР). – 1993. – № 4. – ст.19. – Режим доступу до ресурсу: <https://cutt.ly/qHzpwLM>.

34. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [Електронний ресурс] // Відомості Верховної Ради (ВВР). – 2018. – № 5. – ст.31. – Режим доступу до ресурсу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>.

35. Здоровий інтерес. Відповідаємо на питання: про атаки на медичні заклади та відновлення системи [Аудіо] // Google Podcasts. - 25 серпня, 2022. - Режим доступу до ресурсу: <http://surl.li/hmhdy>.

36. Здоровий інтерес. Не лише стіни важливі: як відновлювати охорону здоров'я? [Аудіо] // Google Podcasts. - 11 серпня, 2022. - Режим доступу до ресурсу: <http://surl.li/hmhgx>.

37. Здоровий інтерес. Що буде зі здоров'ям українців та демографією після війни? [Аудіо] // Google Podcasts. - 25 серпня, 2022. - Режим доступу до ресурсу: <http://surl.li/hmheo>.

38. Корупційні ризики у системі медичної освіти України [Електронний ресурс] / [І. Когут, В. Бізяєв, Т. Брік та ін.] // Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». – 2019. – Режим доступу до ресурсу: <http://surl.li/hmjao>.

39. Методичні рекомендації з організації клінічного управління ризиками та безпеки медичної допомоги в закладах охорони здоров'я [Електронний ресурс] // Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи. – 2012. – Режим доступу до ресурсу: <http://surl.li/hmixf>.

40. Методичні рекомендації з організації контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я [Електронний ресурс] // Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи. – 2014. – Режим доступу до ресурсу: <http://surl.li/hmixt>.

41. Методичні рекомендації з розробки на засадах доказової медицини, впровадження та моніторингу застосування протоколів провізора (фармацевта) [Електронний ресурс] // Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи. – 2015. – Режим доступу до ресурсу: <http://surl.li/hmiwt>.

42. Наказ «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» [Електронний ресурс] // Міністерство охорони здоров'я України. – 2018. – № 504. – Режим доступу до ресурсу: <http://surl.li/hmjjo>.

43. Наказ МОЗ: «Функції керівника медзакладу розділили на управлінські і медичні» [Електронний ресурс] // Кабінет Міністрів України. – 2018. – № 1977. – Режим доступу до ресурсу: <http://surl.li/hmjht>.

44. Павло Ковтонюк. Допис у соціальній мережі [Електронний ресурс] // Facebook. - 3 березня, 2022. - Режим доступу до ресурсу: <http://surl.li/hmhuj>.

45. Павло Ковтонюк. Допис у соціальній мережі [Електронний ресурс] // Facebook. - 13 квітня, 2022. - Режим доступу до ресурсу: <http://surl.li/hmhuh>.

46. Павло Ковтонюк. Допис у соціальній мережі [Електронний ресурс] // Facebook. - 7 травня, 2022. - Режим доступу до ресурсу: <http://surl.li/hmhut>.

47. Павло Ковтонюк. Допис у соціальній мережі [Електронний ресурс] // Facebook. - 15 червня, 2022. - Режим доступу до ресурсу: <http://surl.li/hmhno>.

48. Первинна медична допомога [Електронний ресурс] // Український медичний часопис. – 2022. – Режим доступу до ресурсу: <http://surl.li/hmise>.

49. Програма реімбурсації лікарських засобів [Електронний ресурс] // Національна служба здоров'я України. – 2023. – Режим доступу до ресурсу: <http://surl.li/ehadj>.

50. Регіональні клінічні протоколи надання медичної допомоги терапевтичного профілю [Електронний ресурс] // Департамент охорони здоров'я Житомирської обласної державної адміністрації. – Режим доступу до ресурсу: <http://surl.li/hmivd>.

51. Транскрипт інтерв'ю, проведеного з сімейним лікарем Закарпатської області.
52. Транскрипт інтерв'ю, проведеного з сімейним лікарем Запорізької області.
53. Транскрипт інтерв'ю, проведеного з сімейним лікарем Івано-Франківської області.
54. Транскрипт інтерв'ю, проведеного з сімейним лікарем Львівської області.
55. Транскрипт інтерв'ю, проведеного з сімейним лікарем Херсонської області.
56. Транскрипт інтерв'ю, проведеного з сімейною лікаркою 1 Львівської області.
57. Транскрипт інтерв'ю, проведеного з сімейною лікаркою 2 Львівської області.
58. Транскрипт інтерв'ю, проведеного з сімейною лікаркою 3 Львівської області.
59. Транскрипт інтерв'ю, проведеного з сімейною лікаркою Дніпропетровської області.
60. Транскрипт інтерв'ю, проведеного з сімейною лікаркою Київської області.
61. Транскрипт інтерв'ю, проведеного з сімейною лікаркою Одеської області.

Використана література

62. Berger P. The Social Construction of Reality: a treatise in the sociology of knowledge / P. Berger, T. Luckmann. – Garden City: N.Y. : Doubleday, 1966. – 203 с.
63. Parsons T. The Social System / Talcott Parsons., 1991. – 636 с. – (Taylor & Francis Group).

64. Гапонова Е. О. Ринок медичних послуг в Україні: проблеми та протиріччя / Е. О. Гапонова. // East European Scientific Journal. – 2016. – №6. – С. 24–26.
65. Гидденс Э. Устройство общества. Очерк теории структуризации / Энтони Гидденс. – Москва: Академический Проект, 2005. – 525 с. – (2). – Режим доступу до ресурсу: <http://library.khpg.org/files/docs/1422289219.pdf>.
66. Дюркгейм Э. Социология. Ее предмет, метод и назначение / Эмиль Дюркгейм., 1995. – 352 с. – (История социологии в памятниках). – Режим доступу до ресурсу: <https://library.khpg.org/files/docs/1372596651.pdf>.
67. Західна О. Р. Медична реформа в умовах децентралізації влади в Україні / О. Р. Західна, Ю. І. Мидлик. // «Молодий вчений». – 2017. – №11. – С. 1155–1158. – Режим доступу до ресурсу: <http://surl.li/hmjiv>.
68. Корж О. М. Сімейна медицина в Україні і за кордоном: відмінності і подібності / О. М. Корж. // Східноєвропейський журнал внутрішньої та сімейної медицини. – 2018. – №2. – С. 54–58.
69. Левченко Н. М. Механізм відшкодування вартості лікарських засобів (реімбурсації) за урядовою програмою «Доступні ліки» / Н. М. Левченко, Д. О. Плеханов. // Публічне управління та митне адміністрування. – 2017. – №2. – С. 70–79.
70. Лідерство та командоутворення в клінічній практиці (за результатами кейс-дослідження) / А. О.Белебеєва, М. В. Шевченко, Ю. Г. Вернигор, Л. М. Семенюк. // Оригінальні дослідження. – 2021. – №1. – С. 52–60.
71. Оганезова А. В. Університетська клініка як інноваційна форма розвитку охорони здоров'я // Бізнес Інформ. – 2017. – №11. – С. 146–152.
72. Пилипенко В. Е. Ценности в контексте социологии медицины: монография / В. Е. Пилипенко, Н. Ю. Захарук, Н. Б. Сопнева. – Донецк: ООО «Юго-Восток, Лтд», 2009. – 128 с.

73. Семигіна Т. В. Подарунок лікарю – корупція чи подяка? / Т. В. Семигіна, І. М. Грига, Т. Г. Степурко. // Віче. – 2011. – №19. – Режим доступу до ресурсу: <http://surl.li/hmjdw>.

74. Слабкий Г. О. Стратегія розвитку охорони здоров'я: український вимір / Г. О. Слабкий, В. М. Лехан, М. В. Шевченко. // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – №1. – С. 5–23. – Режим доступу до ресурсу: <http://surl.li/hmjkk>.

75. Університетські клініки в розвитку вищої медичної освіти / В. М. Лісовий, В. А. Капустник, Ю. К. Резуненко, В. І. Коростій. // Медична освіта. – 2017. – №3. – С. 55–58.

Додатки

Додаток 1

Гайд до інтерв'ю

Доброго (дня)!

Я зараз навчаюся на 4 курсі соціології і проводжу дослідження для дипломної роботи на тему «Система охорони здоров'я в Україні: фактори, які покращують або ускладнюють лікарську діяльність». Інтерв'ювання сімейних лікарів є частиною дослідження. Його метою є визначити, які аспекти медичної сфери лікарі розглядають як сприятливі для свого розвитку (починаючи з освіти і йдучи до роботи в медичних закладах), а які вони б хотіли змінити. Окрім цього, цікавим є ставлення самих лікарів до медичної реформи і її втілення в Україні, та впливу повномасштабної війни на сферу охорони здоров'я. Я буду задавати Вам питання - однак тут немає правильних чи неправильних відповідей, мені лише цікаво дізнатися Вашу думку, Ваш досвід.

Також хочу повідомити, що наша з Вами розмова буде записуватися на диктофон. Але прошу Вас з цього приводу не хвилюватися, адже анонімність є частиною нашого дослідження. Я нікуди і нікому не передаватиму цей запис; пізніше він переводитиметься у текстовий формат і ваші відповіді будуть представлені в узагальненому вигляді. Вашого імені чи прізвища не буде згадано. Все, що ви говорите, є анонімним. Поки це все, що стосується загальної інформації. Можливо, на цьому етапі у Вас є до мене запитання?

Тепер давайте познайомимось.

- Можете сказати кілька слів про себе: скільки Вам років, де зараз проживаєте, як довго займаєтеся своєю справою.
- Чи маєте якісь додаткові зацікавлення поза роботою? Можете розповісти?

- Можете поділитися Вашою історією - чому вирішили стати лікарем?
- Що Вам подобається у Вашій професії? Що не подобається?
- Чи цікавитеся Ви усіма змінами, які відбуваються у сфері охорони здоров'я? Звідки берете інформацію?

Можливо є щось, що Ви б хотіли сказати перед тим, як ми перейдемо до наступних запитань?

Частина 1. Медична освіта

1. Пригадайте зараз своє навчання в університеті. Що конкретно з вивченого Вам стало в пригоді?
2. Що б з вивченого ви назвали зайвим?
3. Чи є щось, що б ви додали до програми навчання?
4. На вашу думку, які аспекти підготовки лікарів під час здобуття освіти варто було б змінити (можливо, організацію тем, процес навчання)?
5. На Вашу думку, фахівці, які викладають в медичних університетах, зацікавлені в самому процесі навчання студентів, чи здебільшого роблять це просто з обов'язку? (Відповідно, яка частина викладачів готова бути гнучкими та змінювати методи викладання?)

Медична практика

6. Скільки часу мала б займати медична практика в процесі навчання студентів? На Вашу думку, чи достатньо часу виділяється на проходження медичної практики в процесі навчання майбутніх лікарів в Україні?
7. На Ваш погляд, як мала б проходити медична практика студентів в Україні?
8. Як думаєте, чого зараз не вистачає при організації медичної практики?

Університетські клініки

9. Що Ви можете розповісти про університетські клініки в Україні?
10. На Ваш погляд, які є пробіли (якщо є) в розвитку університетських клінік в Україні у порівнянні з закордонними?
11. На Вашу думку, чи потрібно взагалі розвивати університетські клініки? В який спосіб?

Частина 2. Законодавство України в медичній сфері

12. Чи бачите Ви які-небудь пробіли в законодавстві про охорону здоров'я? Якщо так, то які саме? Розкажіть, будь ласка, про це детальніше.
13. На ваш погляд, чи відповідає реальність нормам законодавства? Якщо ні, то в чому Ви бачите розбіжність?

Фінансове забезпечення охорони здоров'я України

14. Що можете розказати про забезпечення медичних закладів державними коштами? Чи достатньо їх для покриття всіх витрат? Якщо ні, то на що саме цих коштів не вистачає?
15. Можете детальніше розповісти, як ці кошти перерозподіляються в самому медичному закладі?
16. Які додаткові шляхи забезпечення медичних закладів Ви бачите?
17. Чи є щось, що б Ви хотіли змінити в бюрократичних процесах медицини? Розкажіть, будь ласка, про це детальніше.

Частина 3. Лікар як суб'єкт медичної галузі

18. Що Ви можете сказати про заробітну плату лікарям?

19. У який спосіб, на Вашу думку, має відбуватися наповнення зарплатного фонду лікаря? Окрім державних виплат, як має відбуватися доплата за медичні послуги?
20. На ваш погляд, яку роль для лікаря відіграють грошові подяки від пацієнтів? Як Ви вважаєте, чи потрібна система офіційних подяк від пацієнтів?
21. Розкажіть, будь ласка, що потрібно лікарю, щоб розпочати власну практику? Що може перешкоджати цьому процесу в Україні?
22. Чи відчуваєте Ви зростання рівня поваги до лікаря як людини, яка надає допомогу? У чому це проявляється?
23. Якими, на Вашу думку, є ідеальні умови роботи для лікаря?
24. Наскільки середньостатистичний лікар є залежним від рішень вищих від нього осіб по ієрархії? У яких питаннях проявляється ця залежність?
25. На ваш погляд, наскільки потрібним є розподіл обов'язків генерального і медичного лікаря (на противагу тому, що до 2019 року ці обов'язки належали одному генеральному лікарю)? Як цей поділ впливає на прийняття рішень в межах медичного закладу?
26. Чи є щось, що Вам не подобається у взаємодії медичних працівників між собою в межах одного медичного закладу? Можете поділитися своїми враженнями?
27. Як часто відбувається комунікація між лікарями з різних медичних закладів і міст? Наскільки така комунікація є потрібною (що вона дає)?

Частина 4. Медична реформа 2016 року

28. Можете поділитися Вашим враженням від медичної реформи? Які Ви бачите в ній плюси? А мінуси?
29. На Ваш погляд, які зміни пішли на користь медичній системі, а які були зайвими?

30. Які пункти реформи вже вдалося цілком реалізувати, які перебувають в процесі реалізації, а які не були реалізовані?
31. Чи бачите Ви втілення змін щодо фінансування медичних закладів, коли кошти мають спрямовуватись на оплату медичних послуг кожному пацієнту окремо? Чи задоволені Ви такою системою?
32. Якою є Ваша думка про функціонування НСЗУ?
33. Якими є переваги існування цієї структури? А недоліки?
34. Що Ви можете розповісти про типізацію лікарень? Скільки часу потрібно, щоб реалізувати цей пункт медичної реформи в Україні?
35. На Ваш погляд, поділ лікарень на кластери покращить медичну галузь України, чи мало вплине на її стан?
36. Що, на Вашу думку, перешкоджає ефективному поділу лікарень на кластери в Україні?
37. Чи задоволені Ви розвитком сімейної медицини в Україні? Які зміни Вам подобаються, а які - не подобаються?
38. Які переваги Ви бачите в розвитку сімейної медицини в Україні? А недоліки?
39. У яких ділянках/царинах зараз повинен спеціалізуватися сімейний лікар в Україні?
40. Де в основному працюють сімейні лікарі в Україні?
41. З якими питаннями найчастіше звертаються пацієнти до сімейних лікарів?
42. Яким є ідеальний пацієнт, на Ваш погляд?
43. Яка середня кількість пацієнтів в одного сімейного лікаря?
44. З усіх пацієнтів, які підписали з Вами декларацію, приблизно яка частина звертається по допомогу (на регулярній основі)?
45. Як часто пацієнти просять направлення до вузького спеціаліста? До якого саме спеціаліста зазвичай просять направлення?

46. В Україні ліки зазвичай доступні без призначення. За Вашим спостереженням, як часто пацієнти схильні звертатися якраз по призначення?
47. Що саме, на Ваш погляд, покращилось після реформи?
48. Чи покращились, на Вашу думку, умови надання допомоги після медичної реформи? Як саме?
49. З якими скаргами з боку пацієнтів щодо медичної системи/медичної допомоги Ви стикалися? Наскільки Ви погоджуєтесь з ними?

Частина 5. Вплив повномасштабної війни 2022 на медичну галузь

50. Які процеси реформування були призупинені внаслідок повномасштабного російського вторгнення?
51. Які процеси реформування навпаки були пришвидшені внаслідок повномасштабного російського вторгнення?
52. Які сильні сторони показала українська медицина внаслідок російського вторгнення в Україну?
53. Чи є проблеми медичної сфери, які нагадали про себе внаслідок російського вторгнення в Україну? Розкажіть, будь ласка, детальніше.
54. Як змінилася комунікація українських лікарів із закордонними після російського вторгнення в Україну?
55. Наскільки розвинулася співпраця медичних закладів різних регіонів України після російського вторгнення?

Чи є щось, що стосується теми нашої розмови, про що Ви б хотіли розповісти, але я не запитала?