

## ВИСНОВКИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ

*за проєктом “Первинна та амбулаторна медична допомога громадянам України внаслідок військового конфлікту”*

*Проект реалізується за фінансової підтримки Міжнародного фонду “Відродження” та Європейського Союзу*

У період повоєнної відбудови і прифронтовим, і тиловим громадам доведеться вирішувати непросту проблему збереження належного рівня надання медичних послуг. Особливо гострою ситуація буде в частині утримання та залучення медичних фахівців у невеликі міські та сільські громади.

Щоб впоратися з цією задачею, необхідно уже сьогодні впроваджувати ряд політик на рівні громад та на рівні держави.

На рівні громад необхідно:

А) планувати перспективну організацію або реорганізацію надання медичних послуг згідно з новими потребами громад у період після війни;

Б) інвестувати у забезпечення гігієнічних факторів мотивації кадрів для утримання наявних медичних фахівців;

В) створювати у громадах нові професійні та кар’єрні можливості для залучення нових фахівців;

Г) раціонально використовувати кадрові ресурси (лікарів та медичних сестер).

Ці заходи, однак, матимуть обмежений ефект, якщо на рівні держави не усунути структурні перешкоди, які заважають кар’єрній мобільності та автономії медичних фахівців.

Слід відмовитися від ідеї врегулювати післявоєнний розподіл медичних кадрів та закладів централізовано і в ручному режимі. Натомість, необхідно створити умови для простого відкриття нових медичних практик або переформатування існуючих, а також сприяти підприємницькій ініціативі та залученню приватного сектору у вирішення проблем громад.

---

## Загальні тенденції повоєнного відновлення

Скорочення населення в Україні є тенденцією, яка не викликає сумнівів, хоча щодо термінів та обсягів оцінки різняться. Навіть не беручи до уваги широкомасштабної війни, яка розпочалася 2022 року, населення України скорочувалося швидкими темпами за рахунок від’ємного природного приросту та міграції. Всередині країни урбанізація продовжувала впливати на скорочення населення у селах та невеликих міських громадах.

Вторгнення РФ у 2022 році лише посилило наявні тенденції. Велика кількість українців вимушено мігрувала за кордон внаслідок бойових дій або примусової депортації до Росії. Хоча переважна більшість українців<sup>1</sup> планують повернення до України, навіть невелика частка тих, хто залишиться за кордоном становить значний відтік населення. У майбутньому не виключена ще одна хвиля міграції за кордон, пов’язана з економічними чинниками. Ці ж чинники будуть впливати на прискорення міграції економічно активного населення із сіл та невеликих містечок до великих міст.

Хоча спрогнозувати демографічну ситуацію після завершення війни складно, все ж можна передбачити, що населення України протягом наступних десяти років скоротиться щонайменше на 3-5 мільйонів, причому це станеться за рахунок економічно активного населення, а найбільшого міграційного відтоку зазнають невеликі міські та сільські громади.

Зростаюча диспропорція між економічно неактивним та економічно активним населенням призведе до тиску на бюджет в частині соціальних видатків та збільшення податкового навантаження на бізнес та українців працездатного віку.

З’являться нові потреби, які будуть вимагати додаткових соціальних видатків, зокрема:

- Збідніння населення і як наслідок - додаткові пільги, виплати та інші пов’язані видатки.
- Зростання видатків на соціальну політику щодо ветеранів.
- Нові потреби у медичних послугах: реабілітація, психічне здоров’я, відкладені захворювання та ін.

Не дивлячись на очікувану міжнародну допомогу (наприклад, “план Маршала”), вона не стане вирішальним фактором у відновленні і навряд чи зможе швидко і повністю зменшити тиск на бюджет країни.

---

<sup>1</sup> Дані соціологічної групи “Рейтинг”, жовтень 2022

([https://ratinggroup.ua/research/ukraine/vosemnadcatyy\\_obschenacionalnyy\\_opros\\_psihologicheskie\\_markery\\_voyny\\_8-9\\_oktyabrya\\_2022.html](https://ratinggroup.ua/research/ukraine/vosemnadcatyy_obschenacionalnyy_opros_psihologicheskie_markery_voyny_8-9_oktyabrya_2022.html))

Основною дилемою, яка буде стояти перед урядом буде: як задовольнити величезну потребу у соціальній підтримці, і при цьому запроваджувати політики, які поживлять економіку та підтримають економічно активну частину населення.

Міграція медичного персоналу буде повторювати загальні тенденції: вона буде відбуватися за напрямком з України за кордон та із села (невеликого містечка) до великого міста.

Щоб протидіяти цим загрозам, громадам уже тепер необхідно впроваджувати політики, спрямовані на:

- правильну організацію медичних послуг, яка б відповідала реальним потребам громади;
- забезпечення базових потреб медичних фахівців для їх утримання;
- створення цікавих професійних можливостей для залучення нових фахівців.

---

## Як правильно організувати медичні послуги у громадах у період повоєнного відновлення

Надання медичної допомоги у міських громадах буде розвиватися навколо опорних медичних закладів (кластерних та надкластерних лікарень). Ці заклади стануть точками розвитку для медичних послуг, основними центрами для інвестицій та розвитку існуючих та нових медичних послуг.

На міста очікує масштабний процес об'єднання та злиття медичних закладів. Кластерні та надкластерні лікарні поглинатимуть “здорові” підрозділи малопотужних закладів, а самі ці заклади будуть перетворюватися у медичні центри, які надають неінтенсивну допомогу для районів у містах.

Міські та обласні поліклініки також стануть частиною кластерних та надкластерних медичних закладів.

Районні лікарні на території великих міст будуть об'єднані з кластерними або надкластерними лікарнями. Відбудеться фізичне та юридичне злиття обласних закладів у медичні об'єднання.

Руйнування медичної інфраструктури у містах також впливає на цей процес. Релокація зруйнованих закладів до інших лікарень не мала суттєвого впливу на доступність послуг та, імовірно, буде незворотною.

Сільські громади зазнали менше руйнувань медичної інфраструктури, ніж міські, але вплив руйнувань у селах значно сильніший. Багато громад позбулися усієї доступної

медичної допомоги внаслідок знищення закладів первинної допомоги або відтоку лікарів та медсестер.

На період війни для сільських та невеликих міських громад найкращим рішенням для відновлення надання послуг є мобільні медичні заклади та пункти: відбудова старих закладів та спроби залучити нових фахівців на постійну роботу можуть не мати успіху та перспективи.

У повоєнний період швидкий розвиток міст та мережі закладів у них буде природно приваблювати медичний персонал. Невеликим міським та сільським громадам слід позбутися ілюзій та амбіцій щодо організації повноцінної інтенсивної лікарняної допомоги на своїй території. Це буде недоцільно і часто неможливо як з точки зору економіки, якості допомоги, можливості залучити необхідні кадри, так і з точки зору задоволення реальних потреб громади.

Невеликим міським та сільським громадам слід зробити ставку на два види медичних закладів: а) медичні центри у громаді та б) центри первинної допомоги та їх підрозділи (амбулаторії, мобільні пункти, медичні працівники у громадах).

Медичні центри у громаді поступово замінять колишні невеликі районні лікарні і будуть надавати широкий спектр послуг не пов'язаних з інтенсивним лікуванням: послуги з денного догляду, реабілітацію у громаді, паліативне лікування, амбулаторне лікування для хронічних хвороб, окремі види діагностики, окремі види амбулаторної хірургії та інші.

Такі центри будуть виконувати роль самостійних спеціалізованих закладів, а також розширювати можливості первинної допомоги. Вони можуть бути фізично поєднані з центрами первинної допомоги і надаватимуть послуги для громад середнього розміру з центром у невеликому місті (орієнтовно з населенням від 30 до 80 тисяч), а також для малих сільських громад, якщо вони знаходяться поруч.

Первинну допомогу у сільських громадах будуть надавати, як і зараз, у центрах первинної допомоги, розташованих у центрі громади, а також у розгалуженій мережі амбулаторій.

Доступ до медичної допомоги у невеликих сільських громадах та віддалених селах більших громад був проблемний навіть до широкомасштабного вторгнення. Ця проблема може поглибитися на деокупованих та тилових сільських територіях.

У окремих селах буде складно організувати повноцінну лікарську амбулаторію. Багато громад будуть вирішувати, що робити з ФАПами, які уже існують у них.

Замість окремих медичних закладів - ФАПів, рішенням для таких територій повинні стати мобільні пункти допомоги та медичні працівники у громадах (community health workers) - місцеві жителі без формальної медичної освіти, які пройдуть необхідну

підготовку. Їх функцією є перша медична допомога та організація надання базової медичної допомоги у віддалених селах у контакті з закладами первинної допомоги.

Разом із організацією надання базових послуг належної якості громадам слід планувати логістичні рішення для швидкого переміщення мешканців громади до тих медичних закладів, де якісна спеціалізована допомога може бути надана (медичні центри у громадах, кластерні лікарні).

Крім організації роботи мережі, велику увагу слід звернути і на ефективну роботу самих закладів. Ефективне управління записом пацієнтів, складом ліків та матеріалів, закупівлями, використання площ, енергоефективність дозволять заощаджувати значні кошти.

Особливим питанням є ефективність роботи персоналу. Для багатьох медичних закладів характерне нераціональне використання медсестринських та лікарських посад. Традиційно фаховий ресурс медичних сестер використовують недостатньо, у той же час роботу лікаря використовують надмірно. Це призводить до того, що в Україні у медичних закладах співвідношення лікарів до медсестер в середньому становить 1:1,7, тоді як у розвинених системах (наприклад, у Великій Британії) - 1:3. Водночас обидві професії виконують багато невласливих для себе функцій, наприклад медсестри виконують роль асистентів лікаря, адміністраторів, господарських працівників. Медичним закладам у громадах необхідно делегувати більше відповідальності медичним сестрам, раціонально використовувати дорогий час лікарів, а також залучати немедичних працівників для виконання роботи, не пов’язаної з клінічною активністю.

Щоб підтримати громади у цьому, уряду необхідно більш системно продовжувати свою політику щодо підвищення фахового рівня та відповідальності медичних сестер, створення окремого електронного кабінету у ЕКОЗ тощо.

---

## Політика на рівні громади: утримання та залучення фахівців

На мотивацію медичних фахівців впливають дві загальні групи факторів. Гігієнічні фактори (умови роботи, заробітна плата, безпека праці тощо) є важливими з точки зору стабільності, однак мають активізуючої дії. Вони не спонукають до змін, проте їх відсутність може призводити до росту незадоволення роботою. Мотивуючі фактори (успіх, нові можливості, визнання, цікаві професійні виклики) навпаки, створюють ефект задоволення від роботи, дають фахівцям додаткову мотивацію та стимулюють приймати кар’єрні рішення<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Herzberg F. One More Time: How Do you Motivate Employees? Harvard Business Review, January 2003 (<https://hbr.org/2003/01/one-more-time-how-do-you-motivate-employees>)

Результати проведеного соціологічного дослідження дозволяють припустити, що після повномасштабного вторгнення саме гігієнічні фактори були важливою причиною для рішення *залишатися на своєму робочому місці*, тоді як мотивуючі фактори впливали на рішення *знайти нове місце роботи*.

Наявність житла, зайнятості та пацієнтів звучали у інтерв'ю як причини, чому фахівці не залишали свої громади та заклади, або ж поверталися до них одразу, як дозволяла безпекова ситуація.

Схожим чином респонденти пояснювали небажання мігрувати за кордон: на це впливала наявність житла та роботи в Україні, страх нового та відсутність міграційного досвіду.

Отже, саме відчуття стабільності, яке створюють забезпечені гігієнічні фактори, можна вважати чинником, який утримує фахівців у закладі та громаді. З приходом широкомасштабної війни вимоги фахівців до цих факторів також знизилися: сам факт наявності житла, доходу, місця роботи, пацієнтів може бути вирішальним.

Це важливо враховувати для територій, які перебувають під окупацією з 2014 року. Імовірно, що велика кількість персоналу закладів охорони здоров'я на цих територіях, які залишилися на своєму місці праці, керувалися саме міркуваннями щодо гігієнічних факторів.

Водночас респонденти називали нові кар'єрні виклики, перспективу отримати новий досвід або більш відповідальну посаду як причини, чому вони приймали рішення змінити роботу і залишитися на новому місці після переїзду (в межах України або за кордоном).

Таким чином, у прифронтових громадах, де вже відбувся відтік медичних фахівців, створення додаткових гігієнічних факторів (підвищення зарплат, забезпечення житлом тощо) лише допоможе утримати уже наявний персонал і навряд чи призведе до залучення нових професіоналів або повернення тих, які уже обрали робочі місця у інших регіонах або за кордоном.

Тилові громади з великою кількістю ВПО також не зможуть вирішити кадрові виклики лише за рахунок інвестування у гігієнічні фактори.

Для цього громади та заклади повинні створювати умови та можливості для дії мотивуючих факторів. Для нових кадрів слід створювати цікаві нові вакансії, молодих фахівців - запрошувати на відповідальні посади тощо. Іншими словами, будь-які цікаві проекти розвитку медичних послуг у громадах будуть приваблювати новий персонал; збереження гігієнічних факторів або їх покращення буде утримувати існуючі кадри, навіть якщо вони тимчасово виїхали поза межі громад з міркувань безпеки під час бойових дій.

До створення мотивуючих факторів неможливо підходити формально і спланувати їх створення централізовано. Дослідження продемонструвало вирішальну роль лідерства у тому, як вирішувалися проблеми з медичним забезпеченням як у прифронтових, так і у тилкових громадах.

Мотиваційні чинники, які приваблюють нових фахівців, створювалися саме у тих громадах, закладах, відділеннях, де їх голови, директори чи керівники проявляли лідерські якості.

Таким чином, громадам не слід покладати на МОЗ або регіональні органи охорони здоров'я для вирішення своїх питань. Допомога з національного або регіонального рівня може бути цінною підтримкою для ініціатив у громаді, але не може замінити місцеве лідерство.

---

## Політика на рівні держави: мобільність суб'єктів медичної практики

Головним структурним бар'єром для швидкого реагування на потреби громад у медичних послугах під час війни та на ранньому етапі повоєнного відновлення є низька трудова та кар'єрна мобільність медичних фахівців, а також їх обмежена кар'єрна та фінансова автономія.

Уряду слід відмовитися від ідеї, що він зможе в ручному режимі регулювати розподіл медичних фахівців та закладів охорони здоров'я відповідно до потреб на етапі раннього повоєнного відновлення.

Натомість, уже зараз слід запроваджувати політики для створення умов для органічного розвитку мережі надання медичних послуг на місцях.

Ключовою проблемою є те, що де-факто механізмом доступу та перебування медичного фахівця у професії є працевлаштування у медичному закладі. “Ставка” лікаря у державному або комунальному медичному закладі є також перепусткою до професії та засобом зафіксувати своє місце у ній. Це створює бар'єри для мобільності і на “вході” і на “виході”: лікарі, з одного боку, не зацікавлені залишати формальне місце роботи, щоб не втрачати “ставку”; з іншого боку, їм важко увійти на нове місце роботи через обмежену кількість “ставок” там.

Де-факто високу мобільність мають лише ті фахівці, які незалежні від своєї “ставки”: вони обрали кар'єру у приватному секторі і мають достатні доходи та соціальний капітал у професії, щоб надавати послуги як волонтер або практикувати деінде на додачу до основного місця роботи.

Для того, щоб забезпечити високу мобільність лікарів та медичних сестер необхідні докорінні зміни у сфері професійної суб'єктності цих фахівців, а саме:

- Створення інституту індивідуального суб'єкта медичної практики. Інструментом цього є перехід до індивідуальних ліцензій (свідоцтв), які дають право на ведення медичної практики незалежно від працевлаштування у медичному закладі. Де б не надавав професійні послуги медичний фахівець, його статус як активного суб'єкта медичної практики залишається активним.
- Створення реєстру індивідуальних суб'єктів медичної практики (лікарів, у перспективі - медичних сестер) як інструменту допуску до медичної практики та управління ним.
- Розвиток індивідуальних договорів (цивільно-правового характеру) як форми трудових відносин між медичним фахівцем та закладом охорони здоров'я.
- Розвиток надання послуг медиками фізичними особами-підприємцями на субпідряді у закладу охорони здоров'я (потребує змін до політики ліцензування господарської діяльності).
- Спрощення допуску іноземних фахівців як суб'єктів медичної практики в Україні.

В умовах можливого дефіциту лікарських, а особливо медичних сестер, уряду необхідно активно планувати політику із залучення медичних кадрів з-за кордону для роботи в Україні. Створення привабливих кар'єрних можливостей на рівні громад та закладів слід доповнити спрощенням порядку та умов отримання дозволів на медичну практику в Україні за прикладом Польщі, Чеської республіки та Німеччини, які успішно практикують таку політику відносно медичних кадрів з України та інших країн.

Велике значення буде мати також легкість відкриття нових групових медичних практик та їх організаційна гнучкість. Це дозволить залучити приватний сектор до забезпечення медичних потреб громад, а також мобілізувати підприємницький ресурс лікарів та медичних сестер, які працюють у державних та комунальних закладах.

Підвищення мобільності групових медичних практик (закладів охорони здоров'я або ФОП) передусім залежить від:

- Спрощення процедури ліцензування їх господарської діяльності - перехід до декларативного принципу відкриття медичної практики.
- Відкриття доступу до дешевого капіталу для старту медичної практики (урядові програми пільгового кредитування тощо).
- Сприяння відкриттю таких практик з боку громад (ефективне вирішення питань з пошуком приміщень, підведенням електропостачання та інших питань).

**Матеріал підготовлено за підтримки Європейського Союзу та Міжнародного Фонду «Відродження» в межах грантового компоненту проєкту EU4USociety. Матеріал відображає позицію авторів і не обов'язково відображає позицію Міжнародного фонду «Відродження» та Європейського Союзу.**