

# Теоретико-методологічні основи досліджень державної політики щодо модернізації системи надання первинної медичної допомоги

М. М. Шкільняк<sup>1</sup>, К. Ю. Дерпак<sup>1</sup>, Ю. Ю. Дерпак<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Західноукраїнський національний університет, м. Тернопіль

<sup>2</sup>Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ

Проведено дослідження історичних аспектів державної політики щодо модернізації системи надання первинної медичної допомоги в Україні. Джерелами інформації стали опубліковані наукові праці вітчизняних та зарубіжних дослідників, зокрема, пошуково-бібліографічний метод було використано для систематизації наукових праць із теми дослідження; порівняльно-правовий метод застосовували під час проведення аналізу загальних та спеціальних нормативно-правових актів; методи аналізу і синтезу, класифікації та систематизації, узагальнення й аналогії використовували для вивчення динаміки розвитку нормативно-правової бази, що регулює питання модернізації системи надання первинної медичної допомоги; метод узагальнення і прогностичний метод застосовували у процесі формулювання висновків, рекомендацій та пропозицій.

Сучасний стан політики щодо збереження здоров'я нації має низку проблем, оскільки виникають передумови реальної загрози здоров'ю населення. Внаслідок цього у країні спостерігається стійка депопуляція, переважно за рахунок високого рівня смертності людей працездатного віку.

У перші десятиріччя після проголошення незалежності нашої держави реформи охорони здоров'я були спрямовані на збереження існуючої моделі системи охорони здоров'я та забезпечення населення медичною допомогою, при збереженні мінімального рівня соціальних гарантій. Це не допомагало запобігати багатьом хворобам до того, як вони потребували складного, вартісного і не завжди успішного лікування. Постало питання реформування неефективної системи охорони здоров'я, яка не здатна надавати задовільні медичні послуги та потерпає від корупції.

Відповідно до основних пріоритетів реформування галузі охорони здоров'я розпочалося впровадження процесу модернізації системи охорони здоров'я, що базується на основних принципах, а саме: доступність та якість медичної допомоги для населення в рамках інтегрованої системи охорони здоров'я, забезпечення реального доступу населення до якісних медичних послуг, переведення галузі на якісно новий рівень і впровадження ефективного медичного страхування.

**Ключові слова:** сфера охорони здоров'я, державна політика, модернізація системи охорони здоров'я, первинна медико-санітарна допомога.

## Theoretical and methodological basis of research state policy regarding system modernization provision of primary medical aid

М. М. Shkilnyak, K. Yu. Derpak, Yu. Yu. Derpak

A study of the historical aspects of the state policy about the modernization of the system of providing primary medical care in Ukraine was conducted. The sources of information were the published scientific works of Ukrainian and foreign researchers, in particular, the search and bibliographic method was used to systematize scientific works on the research topic; the comparative legal method was used during the analysis of general and special legal acts; the methods of analysis and synthesis, classification and systematization, generalization and analogy were used to study the dynamics of the development of the legal framework that regulates the issue of modernization of the primary medical care system; the method of generalization and the prognostic method were used in the process of formulating conclusions, recommendations and propositions.

The current state of the policy regarding the preservation of the health of the nation has a number of problems, as there are prerequisites for a real threat to the health of the population. As a result, the country is experiencing steady depopulation, mainly due to the high mortality rate of people of working age.

In the first decades after the declaration of independence of our state, health care reforms were aimed at preserving the existing model of the health care system and providing the population with medical care, while maintaining the minimum level of social guarantees. This did not help to prevent many diseases before they required complex, expensive and not always successful treatment. The question arose of reforming the ineffective health care system, which is unable to provide satisfactory medical services and suffers from corruption.

In accordance with the main priorities of reforming the health care sector, the implementation of the process of modernization of the health care system was started, which is based on the main principles, namely: the availability and quality of medical care for the population within the framework of the integrated health care system, ensuring real access of the population to quality medical services, transfer of the industry to a qualitatively new level and introduction of effective medical insurance.

**Keywords:** health care system, state policy, modernization of the health care system, primary health care.

Радянська система охорони здоров'я склалася історично в умовах подолання наслідків громадянської війни та повоєнної відбудови народного господарства і була обґрунтована у працях її теоретиків М. О. Семашка, Г. Н. Камінського, З. П. Соловйова та ін.

Одним із пунктів програми медичної допомоги в ті часи стала боротьба із соціальними хворобами (туберкульозом, венеричними захворюваннями, алкоголізмом). Увага, яку приділяли цим хворобам, свідчить про те, що вони стали надзвичайно серйозною проблемою. «Охорона здоров'я, – зазначав М. О. Семашко, – повинна стати справою не однієї особистості, а всього суспільства, всієї держави» [1].

Система М. О. Семашка протягом тридцяти років була єдиною у світі централізованою державною системою захисту громадського здоров'я на основі державного управління та бюджетного фінансування, яка забезпечувала загальний доступ усіх громадян радянського суспільства до медичних послуг. На етапі формування і розбудови радянська модель охорони здоров'я вважалася прогресивною, тому Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) рекомендувала іншим країнам впроваджувати деякі її елементи. Так, Велика Британія, бюджетну охорону здоров'я якої багато фахівців вважають сьогодні найкращою у світі, для її організації застосувала низку підходів М. О. Семашка [2]. Саме тоді вдалося подолати безсистемність медицини, що стало надбанням радянської охорони здоров'я.

Повністю ця система проявилася вже після Другої світової війни, але у 20-ті – на початку 30-х років ХХ ст. були закладені її підвалини. Цей проміжок часу дав потужний імпульс якісному розвитку радянської системи охорони здоров'я, яка багато десятиліть вважалася однією з найкращих у світі. Проте «семашківська» система могла ефективно діяти тільки при соціалістичній економіці, тому сьогодні вона деградувала [3].

Отже, постало питання реформування неефективної системи охорони здоров'я, яка не здатна надавати задовільні послуги та потерпає від корупції. Деякі показники здоров'я, серед них – середня тривалість життя, залишаються одними з найгірших в Європі, незважаючи на високі витрати [4].

У першому пункті Статуту ВООЗ зазначається, що «здоров'я – це не тільки відсутність хвороб або фізичних дефектів, а стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя». Однак фізичне і душевне благополуччя не завжди може визначати ідеальне здоров'я, якого практично не буває. Здоров'я – це стан організму, що має оптимальну саморегуляцію при функціонуванні усіх органів та систем, відсутністю проявів хвороб чи хворобливих станів, гармонією між організмом та зовнішнім довкіллям. Отже, можна підсумувати, що здоров'я – це здатність організму здійснювати важливу адаптацію і перебувати в рівновазі з довкіллям [5].

Модернізація системи охорони здоров'я в Україні розпочалася майже через два десятиліття після проголошення незалежності. Власне розвиток системи охорони здоров'я України можна розділити на чотири періоди: 1991–2000 рр., 2000–2010 рр., 2010–2013 рр. та з 2014 року і до сьогодні [6].

У перші десятиріччя після проголошення незалежності нашої держави реформи охорони здоров'я проводились центральним органом виконавчої влади – Міністерством охорони здоров'я та були спрямовані на збереження існуючої моделі системи охорони здоров'я, запобігання її руйнації, забезпечення населення медичною допомогою при збереженні мінімального рівня соціальних гарантій.

У 2001 році фондом «Відродження» були розроблені основні напрямки розвитку української системи охорони здоров'я з подальшим впровадженням у практику під егідою Світового банку та Європейської комісії в 2004–2005 рр. [5, 7].

Розробленню та запровадженню нових механізмів фінансування на практиці була присвячена ціла низка міжнародних проектів щодо профілактичних та первинних заходів охорони здоров'я України, міста Києва та певних областей (2002–2004 рр.), фінансування та управління сфери охорони здоров'я (2003–2006 рр.), розвитку системи медичних стандартів (2004–2006 рр.), сприяння розвитку реформи вторинної медичної допомоги (2007–2009 рр.), матеріали яких стали основою Концепції розвитку охорони здоров'я України, затверджені Указом Президента України від 07.12.2000 р. № 1313/2000, яка є чинною і сьогодні, попри те, що більшість її положень застаріли і втратили актуальність.

У 2010 р. стартувала Президентська Програма економічних реформ на 2010–2014 рр. «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» [7]. Були розпочаті суттєві перетворення у сфері охорони здоров'я, змістовне наповнення яких базувалося на ретельному аналізі вітчизняного та закордонного досвіду з урахуванням національної специфіки доказового менеджменту охорони здоров'я, прогресивного досвіду розвинених країн, матеріалів проектів ЄС та Єврокомісії у сфері охорони здоров'я [8].

Завданням медичної реформи було переорієнтування фінансової складової з підтримки застарілої інфраструктури, іноді надмірно пропорційної, на надання медичних послуг [9].

В Україні на той час не було досвіду проведення масштабних перетворень у сфері охорони здоров'я. Для відпрацювання основних форм механізмів реформи та зведення до мінімуму можливих негативних наслідків попередню експериментальну частину основних складових здійснювали в пілотних областях. Для цього було обрано чотири регіони: один аграрний – Вінницька область, два індустріальних – Дніпропетровська і Донецька області та місто Київ – столичний регіон з відповідною чисельністю осіб, що становило 26,7% населення України. Це дозволило забезпечити репрезентативність усіх отриманих результатів. Міністерство охорони здоров'я у 2011–2012 рр. розробило нормативно-правову базу щодо проведення перетворень, яка базувалася на даних моніторингу з урахуванням пропозицій місцевих органів влади, населення та медиків [10, 11].

У процесі реалізації пілотних проектів було доведено доцільність та ефективність:

- розмежування первинної та вторинної медичної допомоги, пріоритетного розвитку первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини

як основного у загальній практиці при створенні центрів первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) з розвинutoю мережею амбулаторій у містах і сільській місцевості;

- об'єднання (пулінг) фінансового потоку при наданні на регіональному рівні вторинної та екстреної допомоги;
- запровадження основних «маршрутів» пацієнта у заклади охорони здоров'я (ЗОЗ), створення провідних лікарень інтенсивного лікування складних і важких станів, створення госпітальних округів;
- впровадження належної оплати праці за обсяг виконаних робіт та відповідну якість;
- уведення регулювання цін державою на певні лікарські засоби для лікування хворих на гіпертонічну хворобу з використанням реімбурсації [12–14].

Запровадження важливих структурно-функціональних підходів у сфері вторинної та третинної медичної допомоги щодо автономізації закладів охорони здоров'я, створення контрактних відносин, оплати медичних послуг у медичних закладах різних рівнів надання медичної допомоги передбачало ретельне відпрацювання їх у пілотних проектах, проведення навчання фахівців тощо за підтримки влади на місцях [15].

Четвертий (теперішній) період розпочався зараз, після певної паузи, яка потребує від нового Уряду розробити комплексні підходи до реформування медичної галузі, головні напрямки яких спрямовані на зменшення впливу адміністративних методів з одного боку та збільшення гнучкості управління – з іншого. Вперше у 2015 р. Уряд запровадив цільове фінансування медичної галузі з державного бюджету у вигляді медичної субвенції, паралельно було дозволено фінансування закладів охорони здоров'я як з державного, так і місцевого бюджетів або одночасно з різних бюджетів [16]. Міністерство охорони здоров'я скасувало Наказ № 33 від 23.02.2000 р., відповідно до якого штат закладів охорони здоров'я формувався залежно від розміру ліжкового фонду та інших ресурсів.

Оптимізація мережі закладів охорони здоров'я базуватиметься на тому, що малопотужні, погано оснащені і мало завантажені лікарні будуть перепрофільовані під реальні потреби населення, наприклад, на реабілітаційно-відновні центри, діагностичні центри, хоспіси та відповідно будуть отримуватимуть кошти за конкретно надані послуги. Впорядкуванням мережі саме цих лікувальних закладів повинна буде опікуватися місцева влада.

Задля досягнення мети Кабінетом Міністрів України сформовано і схвалено Концепцію реформи фінансування системи охорони здоров'я, розрахованої на 2016–2020 рр. Основною складовою реформи був остаточний перехід від застарілої Семашківської моделі фінансування медичних закладів до нового фінансування за результати діяльності [17]. Серед основних змін, які передбачені реформою, належать:

- запровадження гарантованого державою пакета медичної допомоги;
- пулінг бюджетних коштів для фінансування державних гарантій на національному рівні та створення нового Центрального органу виконавчої

влади – Національної служби здоров'я України (НСЗУ) – єдиного державного закупівельника медичних послуг у медичних закладах;

- перехід до стратегічної закупівлі медичних послуг на договірних засадах, відхід від нерентабельного утримання мережі медичних закладів;
- автономізація постачальників послуг медичної допомоги з набуттям статусу некомерційних комунальних медичних підприємств, запровадження електронної системи (e-Health) [18].

Прийнято у 2017 році пакет низки законодавчих та нормативних актів, які забезпечували реалізацію реформи, а саме: «Закон про «автономізацію закладів охорони здоров'я» та методичні рекомендації щодо перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства» [19]; «Закон про державні фінансові гарантії» [17], яким визначається фінансові зобов'язання щодо надання пацієнтам необхідних медичних послуг та лікарських засобів належної якості за рахунок бюджетних коштів, із паралельним внесенням необхідних змін до Бюджетного кодексу. Також ухвалено створення Національної служби здоров'я України, визначені вимоги до надавачів медичних послуг та порядок укладання договорів про медичне обслуговування, затверджено методику розрахунку вартості медичних послуг [20].

За фактом впровадження реформи фінансування первинної медицини (сімейний лікар, терапевт, педіатр) з'явився новий принцип «гроші йдуть за пацієнтом». Отже, розмір бюджетного фінансування медичного закладу залежить від кількості пацієнтів, які їх обрали, і якості надання їм послуг. Почала роботу Національна служба здоров'я України (НСЗУ) як державний страховик, що від імені пацієнта закуповує медичні послуги у медичних закладах за чітко визначеним переліком і на підставі прозорих умов. Це стимулює медичні заклади робити все, щоб ставати кращими, сучаснішими, доступнішими, більше залучити пацієнтів і найголовніше – зберегти кращих фахівців.

Слід згадати систему Бісмарка, яка прижилася в країнах з відмінною дисципліною і самоорганізованістю. Однак і там вона зазнавала певних етапів розвитку. Так, наприклад, у Німеччині є приватне і державне страхування, усе працездатне населення платить майже 15% від зарплати в лікарняну касу, яка саме покриває вартість лікування. Як це може спрацювати у нас і чи готові наші роботодавці з одного боку та працівники з іншого витримати збільшення податку на 15%? Напевно, ні. В наших умовах ця ідея – утопічна, а розмови про неї – «чистий» популізм [21].

Коли реформа первинної ланки в Україні стартувала згідно з британською моделлю, кожен громадянин уже заплатив податки від доходу (ПДВ), частина з яких вже зарахувалася на охорону здоров'я, ці кошти накопичуються в руках одного державного страховика – НСЗУ. За такого підходу застрахований абсолютно кожен громадянин. Водночас існує і низка недоліків, саме наявність яких і може спотворити очікувані результати реформи [22, 23].

Для ефективного досягнення балансу між державними гарантіями щодо безоплатності послуг і спро-

можністю покриття витрат на їх надання була створена програма державних гарантій, визначених Законом [24]. Програма охоплює всі види надання медичної допомоги, включно з їх медикаментозним забезпеченням, створює відсутність пріоритету при наданні медичних послуг за соціальними ознаками та не передбачає напівоплати медичних послуг пацієнтами з метою не порушувати основні положення Конституції.

НСЗУ при цьому перебирає на себе значну частину повноважень щодо формування політики у сфері охорони здоров'я. Позаяк, відповідно до її функцій, саме на неї покладено розроблення програм державних гарантій і тарифів як замовника медичних послуг та лікарських засобів та забезпечення функціонування електронної системи охорони здоров'я (ст. 7 Закону) [25, 26].

Слід зазначити, що саме в підзаконних актах щодо запровадження договірних відносин вся суть концентрується на процесах укладання договорів, а не на підвищенні якості результатів медичного обслуговування населення. Водночас виникають сумніви щодо можливостей НСЗУ кваліфіковано працювати з такою значною кількістю постачальників первинної медичної допомоги в умовах договірних відносин.

Зміни в підходах до стандартизації, затверджені у 2016 році наказом Міністерства охорони здоров'я, скасовують принципи «уніфіковані клінічні протоколи», що дозволяє лікарю на його розсуд обирати клінічний протокол, який визначений у наказі електронних ресурсів різних країн, та застосовувати його без адаптації як так звані нові клінічні протоколи, що створює загрозу для інтегрованості та наступності медичного обслуговування населення [27].

Відповідні загрози створює новий Порядок акредитації медичних закладів, який на законодавчому рівні (ст.16 Основ законодавства про охорону здоров'я) переводить її з 30 січня 2018 року з державної і обов'язкової у добровільну для медичних закладів.

Наступний етап змін став ще складнішим, адже у 2020 році стартувала реформа спеціалізованої медичної допомоги, так званого вторинного і третинного рівнів: поліклініки, лікарні, шпиталі тощо. При цьому теж діє принцип «гроші йдуть за пацієнтом», де пацієнт сам обирає лікарню, отримує послугу, а лікарня виставляє рахунок за цю послугу НСЗУ, НСЗУ її оплачує. Якщо не буде достатньої кількості послуг протягом року, лікарня відповідно не отримає контракт із НСЗУ на наступний рік і може залишитись без фінансування. У разі отримання неякісної медичної допомоги, при цьому заплативши за цю послугу в «кишеню лікаря», пацієнт буде шукати інший медичний заклад, той, який бореться за цільове фінансування, і в якому кращі умови перебування, медичний персонал та сервіс загалом. Обираючи медичний заклад, пацієнт буде приводити за собою бюджетні кошти (національного страховика – НСЗУ) [28].

Продовження реформування стаціонарного сектору проводиться без кардинальних, до того існуючих, проте з певними поправками, змін. Для цього Урядом було затверджено оновлений Порядок формування госпітальних округів, перелік та склад госпітальних округів у кожній області, Міністерством охорони

здоров'я України ухвалено Положення про госпітальний округ, розроблені рамкові вимоги до багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування, в яких передбачені вимоги до медичних ресурсів, інфраструктури, обладнання, транспорту, комунікацій тощо [29].

Практично всі комунальні медичні установи (районні, міські, обласні лікарні) країни задіяні в реформі та будуть отримувати державні кошти згідно з прямими договорами із НСЗУ. Від сьогодні гроші підуть за пацієнтом у поліклініки, лікарні та інші спеціалізовані заклади.

Наразі медичні заклади отримуватимуть кошти за медичні послуги, надані конкретному пацієнту. Лікарні, які обирають пацієнти, стають більш ефективними і зможуть збільшувати своє фінансування за новою системою.

З метою запобігання таким викликам і у відповідь на їх подолання, країни Європейського регіону ВООЗ розробили та прийняли стратегічну платформу – Основи європейської політики «Здоров'я-2020», засновану на європейських цінностях, орієнтовану на конкретні дії з адаптацією до конкретних реалій [30].

У цьому документі викладено сучасні стратегії та шляхи вирішення наявних проблем охорони здоров'я, передбачений перегляд існуючих механізмів управління охороною здоров'я, вдосконалення і розвитку структури громадського здоров'я, визначено пріоритет надання медико-санітарної допомоги населенню, визначено вплив на провідні чинники ризику хвороб: підвищення артеріального тиску, тютюнокуріння, зловживання алкоголем та наркотичними препаратами, гіперхолестеринемія, ожиріння, недостатня фізична активність тощо.

Визначено основні цінності європейської політики, яка базується на солідарності, справедливості, стійкості, загальній доступності і праві на участь у прийнятті рішень, захисті людської гідності, автономності, відсутності дискримінації, прозорості, підзвітності, на визнанні права кожної людини на здоров'я.

Серед основних принципів і загальних цінностей системи охорони здоров'я Радою ЄС задекларовано повне охоплення всього населення медичним обслуговуванням, солідарність у фінансуванні медичних послуг, рівність доступу до надання медичних послуг, висока якість медичного обслуговування населення.

Аналіз реалізації права на охорону здоров'я та функціонування систем охорони здоров'я у різних країнах світу засвідчив, що на практиці не існує єдиної правильної, універсальної моделі фінансового забезпечення системи охорони здоров'я. Зарубіжний досвід продемонстрував, що важливу роль у функціонуванні охорони здоров'я відіграє культура суспільства та соціальна поведінка громадян конкретної країни. Механізм фінансування охорони здоров'я може бути успішно вдосконалений як у рамках бюджетного фінансування, так і соціального медичного страхування.

В Україні для підвищення ефективності національної системи охорони здоров'я необхідно розробити та впровадити власну програму медичного страхування з урахуванням соціально-економічних особливостей розвитку держави. Для цього слід переглянути існуючу національну політику в цій сфері та зосередити основні зусилля на вирішенні найважливіших проблем

охорони здоров'я, зокрема доступності та своєчасності якісної медичної допомоги, високої ефективності, поліпшення якості послуг [30].

Запровадження в Україні медичного обов'язкового страхування приведе не лише до покращення надання медичних послуг, а й до вдосконалення управління всією системою та її фінансування.

## ВИСНОВКИ

1. Розглянуто історичні аспекти державної політики щодо модернізації системи надання первинної медичної допомоги в Україні та визначено необхід-

ність реформування неефективної системи охорони здоров'я, яка не здатна надавати задовільні послуги та потерпає від корупції. Встановлено, що показники здоров'я в Україні порівняно з високими витратами за-лишаються одними з гірших в Європі.

2. Визначено сучасні тренди в охороні здоров'я, які складаються з глобалізації, серйозних демографічних змін, екологічних проблем (забруднення довкілля, зміна клімату), соціально-політичних конфліктів, технологічних нововведень, нерівності при розподілі матеріальних благ та доступу до послуг, маркетингу, міграції населення, урбанізації тощо.

## Відомості про авторів

**Шкільняк Михайло Михайлович** – д-р економ. наук, професор, завідувач, кафедра менеджменту, публічного управління та персоналу, факультет економіки та управління, Західноукраїнський національний університет, м. Тернопіль; тел.: (067) 471-12-01

ORCID: 0000-0001-5230-6317

**Дерпак Катерина Юріївна** – студентка, Західноукраїнський національний університет, м. Тернопіль; тел.: (067) 406-03-85

**Дерпак Юрій Юрійович** – д-р мед. наук, доцент, кафедра терапії, сімейної медицини, гематології і трансфузіології, Національний університет охорони здоров'я імені П. Л. Шупика, м. Київ; тел.: (067) 189-93-54. *E-mail:* [urijderpak@gmail.com](mailto:urijderpak@gmail.com)

ORCID: 0000-0003-0546-4325

## Information about the authors

**Shkilnyak Mykhailo M.** – PhD, DSc, Professor, Head of the Public and Personal Administration Department, West Ukrainian National University, Ternopil; tel.: (067) 471-12-01

ORCID: 0000-0001-5230-6317

**Derpak Kateryna Yu.** – Student, West Ukrainian National University Ternopil; tel.: (067) 406-03-85

**Derpak Yuriy Yu.** – MD, PhD, DSc, Associate Professor, Department of Hematology and Transfusiology, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv; tel.: (067) 189-93-54. *E-mail:* [urijderpak@gmail.com](mailto:urijderpak@gmail.com)

ORCID: 0000-0003-0546-4325

## ПОСИЛАННЯ

1. Semashko NA. The science of public health. Moscow; 1922, p. 5-6.
2. Petruchenko NV. Improvement of regulatory and legal support for the transformation of the health care system at the level of primary medical care in Ukraine. In: Material III All-Ukrainian. Science and practice conf. for international with the participation of students of higher education and young scientists as part of the event School of Youth Development, Theory and Practice of Public Management and Administration in the 21st Century. 2020 Nov 25; Kyiv. Kyiv: NADU; 2020, p. 195-7.
3. Derpak Yuyu. Regulatory and legal support for the modernization of the health care system at the level of providing primary medical care in Ukraine. In: IV International scientific and practical conference Science, theory and practice. 2021 Oct 12-15; Tokyo. Tokyo, p. 211-8.
4. Shafransky W. European policy «Health-2020»: using science-based strategies to obtain positive results. *Econom Health Care Law.* 2016;1:44-8.
5. Tsihorovsky OM. On the guard of health: the history of the formation of social medicine and public health protection in Ukraine: a monograph. Kyiv: Fact; 2010. 687 p.
6. Shkilnyak M, Derpak Yu. Modernization of the Health Care System at the Level of Providing Primary Medical Care in Ukraine. In: XII International scientific and practical conference Current challenges, Trends, and Transformations. 2022 Dec 13-16; Boston. Boston, p. 204-11.
7. Brych W. The place of primary medical care in the provision of medical rehabilitation of persons with musculoskeletal injuries: Recommendations of the World Health Organization and the situation in Ukraine. *Clin Prof Med.* 2022;2:52-60. doi:10.31612/2612-4868.2(20).2022.06.
8. Mostepan TV, Horachuk W, Dolzhenko MM. Legislative regulation of rehabilitation in the field of health care in Ukraine. *Ukraine. Health Nation.* 2021;1:81-7.
9. USAID. Stages of implementation of the health care system financing reform by PMD institutions in 2018: USAID project «Health Care Reform Support» [Internet]. A collection of methodological support materials for PMD institutions. 2020. Available from: [https://decentralization.gov.ua/uploads/library/file/311/USAID\\_2018\\_interactv\\_1.pdf](https://decentralization.gov.ua/uploads/library/file/311/USAID_2018_interactv_1.pdf).
10. Cabinet of Ministers of Ukraine. On approval of the list and composition of hospital districts in the regions [Internet]. 2017. Order No. 201 2017 April 22. Available at: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/249845141>.
11. Ministry of Health of Ukraine. Sample provisions on the Internet hospital district. 2017. Order No. 1621. December 18, 2017. Under revision Available from: [http://moz.gov.ua/uploads/0/2663-dn\\_20171218\\_1621\\_dod.pdf](http://moz.gov.ua/uploads/0/2663-dn_20171218_1621_dod.pdf).
12. Cabinet of Ministers of Ukraine. Some questions regarding contracts for medical care of the population under the program of medical guarantees [Internet]. 2018. Resolution No. 410. 2018 April 25. Available from: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/ru/410-2018-%D0%BF>.
13. Cabinet of Ministers of Ukraine. On the approval of the requirements for the provider of services for medical care of the population, with which the main managers of budget funds conclude contracts for medical care of the population [Internet]. 2018. Resolution No. 391. 2018. April 28. Available from: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/391-2018-%D0%BF>.
14. Cabinet of Ministers of Ukraine. On the approval of the Procedure for the implementation of state guarantees of medical care of the population under the program of medical guarantees for primary medical care for 2018 [Internet]. 2018. Resolution No. 407. 2018 April 25. Available from: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/407-2018-%D0%BF>.
15. Ministry of Health of Ukraine. On the approval of the Procedure for providing primary medical care [Internet]. 2018. Order No. 504. 2018 March 19. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#n19>.
16. Ministry of Health of Ukraine. About the creation and implementation of medical technology documents on the standardization of medical care in the system [Internet]. 2012. Order No. 751. 2012 Sept 28. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z2001-12#Text>.
17. Law of Ukraine. About state financial guarantees of medical care for the population [Internet]. Law of Ukraine No. 2168 – VIII. 2017 October 19. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>.
18. Cabinet of Ministers of Ukraine. About the formation of the National Health Service of Ukraine [Internet]. 2017. Resolution No. 1101. 2017 Dec 27. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/>

show/1101-2017-%D0%BF#Text.

19. Ministry of Health of Ukraine. On the approval of the Procedure for providing primary medical care [Internet]. Order No. 504. March 19, 2018. Available from: <http://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukrainivid-19032018--504-pro-zatverdzhennjaporjadku-nadannja-pervinnoi-medichnoi-dopomogi>.

20. Cabinet of Ministers of Ukraine. On the approval of the requirements for the provider of services for medical care of the population, with which the main managers of budget funds conclude contracts for medical care of the population [Internet]. 2018. Resolution No. 391. 2018 April 28. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/391-2018-%D0%BF#Text>.

21. Mulyar G. Foreign experience of the functioning of the health care system in the context of ensuring the implementation of the right to health care. Herald of APSVT. 2020;(1-2):43-52. doi: 10.33287/11206.

22. Falko Ya. Medical assistance in EU countries, USA and Ukraine [Internet]. Voice of Ukraine. 2020. Available from: <http://www.golos.com.ua/article/334485>.

23. Martynov P. The Australian medical model: affordable, quality and effective [Internet]. The price of the state. 2016. Available from: <https://cost.ua/news/352-med-australia/>.

24. Cabinet of Ministers of Ukraine. Some issues of implementation of the program of state guarantees of medical care of the population in 2022 [Internet]. 2021. Resolution No. 1440. 2021 Dec 29. Available

from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1440-2021-%D0%BF#Text>.

25. Law of Ukraine. Fundamentals of Ukrainian legislation on health care [Internet]. 2021. Law of Ukraine. 2801 – XII. 2021 October 20. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.

26. Ministry of Health of Ukraine. About the organization of clinical and expert assessment of the quality of medical care and medical service [Internet]. 2016. Order No. 69. 2016 Feb 05. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0285-16#Text>.

27. Cabinet of Ministers of Ukraine. Some issues of the electronic health care system [Internet]. 2018. Resolution No. 411. 2018 April 25. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-%D0%BF>.

28. Ministry of Health of Ukraine. On the approval of the Procedure for the selection of a doctor who provides primary medical care and the declaration form on the selection of a doctor who provides primary medical care [Internet]. 2018. Order No. 503. 2018 March 19. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0347-18#Text>.

29. Ministry of Health of Ukraine. About the procedure for quality control of medical care [Internet]. 2012. Order No. 752. 2012 Sep 28. Available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1996-12>.

30. Vysochyna IL, Bashkireva NS, Anoshko AM. Quality control of the work of a family doctor in Ukraine as a key to successful practice. Clin Prof Med. 2022;2:60-5. doi:10.31612/2612-4868.2(20).2022.07.

Стаття надійшла до редакції 21.03.2023. – Дата першого рішення 27.03.2023. – Стаття подана до друку 24.04.2023

## ВИМОГИ ДО ПОДАВАННЯ НАУКОВИХ СТАТЕЙ

Редакція приймає на розгляд статті за умови, що:

- це перша публікація
  - стаття не передавалася для публікації в інші редакції
  - оформлення виконано відповідно до вимог щодо оформлення наукових статей нашого видання.
- Під час подання статті до журналу автори повинні підтвердити її відповідність усім встановленим вимогам, зазначеним нижче. У разі виявлення невідповідності поданої роботи до пунктів цих вимог редакція повертатиме авторам матеріали на доопрацювання.

Стаття подається до редакції українською та англійською мовами як файл у форматі Microsoft Word .docx, доданий до електронного листа. Стаття англійською мовою публікується без перекладу на українську мову. Рукопис має бути набраний у Microsoft Word, формат листа А4, шрифт Times New Roman, кегль 14, міжрядковий інтервал 1,5.

Стаття повинна супроводжуватися листом-заявою у довільній формі з підписами автора/авторів.

**Стаття складається з наступних елементів: титул, основний текст, резюме українською, англійською мовами з ключовими словами, список літератури, відомості про автора/авторів.**

### Титул

- УДК (Універсальна десятинна класифікація)
  - ПІБ автора
  - Назва статті
- заголовки наукових статей повинні бути інформативними, передавати основний зміст статті (не більше 150 символів),
  - у назвах статей можна використовувати тільки загальноприйнятні скорочення,
  - у перекладі назв статей англійською мовою не повинно бути транслітерації, крім неперекладних назв власних імен, приладів та інших об'єктів, що мають власні назви; також не використовується неперекладний сленг.
  - Місце роботи автора/авторів.

### Основний текст

- Основний текст статті та матеріали до нього за структурою та змістом мають відповідати певному виду наукової публікації (оригінальна стаття, оглядова стаття, опис клінічних випадків, матеріали наукових медичних форумів).
- У статті не допускається скорочення слів, крім загальноприйнятих в науковій літературі. Усі вимірювання подаються у системі одиниць СІ. Абrevіатури, що наводяться у статті, повинні бути розшифровані при першому згадуванні.
- Ілюстрації (таблиці, рисунки) повинні розташовуватися після першого згадування у тексті.
- У тексті слід вказувати бібліографічні посилання у вигляді цифри у квадратних дужках, що відповідає номеру у списку цитованої літератури.

### Додатки до основного тексту

До статті повинні бути додані всі використувані в роботі таблиці, ілюстрації, список літератури.

Ілюстрації мають бути подані у формі фотографії, слайду, рентгенограми, електронного файлу та підготовлені на високому якісному рівні.

- Ілюстрації мають відповідати основному змісту статті.
- Ілюстрація повинна бути максимально вільна від написів, які слід перенести у підпис до неї.
- Підписи до ілюстрацій подаються на окремому аркуші у кінці статті.
- Кожна ілюстрація повинна мати загальну назву.
- Оригінальні ілюстрації слід передавати в окремому конверті із зазначенням назви статті та ПІБ автора.
- У статті слід зазначити місце, де, на думку автора, бажано було б помістити ілюстрацію.
- Ілюстрація, подана в електронному вигляді, повинна мати роздільну здатність не менше 300 dpi (масштаб 1:1).

Таблиці повинні мати заголовок і порядковий номер. На всі таблиці повинні бути посилання в основному тексті. Їх слід пронумерувати послідовно у тому порядку, в якому вони зустрічаються в основному тексті.

- Розміщувати таблиці слід в основному тексті статті одразу після абзацу, де вони згадуються.
- Посилання на таблицю робиться за допомогою арабських цифр.
- Таблиці не повинні дублювати зміст тексту.
- Автори повинні переконаватися, що дані у таблицях відповідають тим, які зазначені у відповідних місцях у тексті.
- Підсумкові суми необхідно складати коректно, а відсотки – правильно розраховувати.
- Назви стовпців і рядків повинні відповідати їхньому змісту, текст подається без скорочень.
- Примітки до таблиці розміщуються під таблицею.

### Резюме

До статті додаються резюме українською та англійською мовами. Резюме на всіх мовах обов'язково містять назву статті (малими літерами, починаючи з великої), автора/авторів (ініціали та прізвище), назви організації (повні, без абrevіатур), місто, країна, ключові слова. Обсяг резюме має становити не менше ніж 1800 знаків.

Текст резюме є самостійним і повноцінним джерелом інформації з коротким і послідовним викладенням матеріалу публікації, що висвітлює зміст статті. Посилання на джерела літератури, рисунки і таблиці у резюме недопустимі.

- Резюме для оригінальних статей повинні бути структурованими з наступними підзаголовками: мета дослідження, матеріали та методи, результати, заключення та ключові слова.
- Структурування резюме оглядових статей не вимагається.
- Резюме статей, присвячених опису клінічних випадків, можуть бути структурованими з наступними підзаголовками: вступ, клінічний випадок, заключення, ключові слова.

### Список літератури

- Список літератури наводиться латиницею. Джерела на українській та російській мовах наводяться у тому написанні, як вони зазначені та реєструються на англійських сторінках сайтів журналів. **Якщо джерело не має назви англійською мовою – воно наводиться транслітерацією.**
- Оформлення списку літератури здійснюється відповідно до стилю Vancouver (Ванкуверський) англійською мовою.
- Посилання в тексті наводяться у квадратних дужках, повний бібліографічний опис джерела у списку літератури – включаються тільки рецензовані джерела (статті з наукових журналів і монографії), що використовуються в тексті статті. Якщо необхідно посилається на статтю у засобі масової інформації, на текст з онлайн-ресурсу, слід помістити інформацію про джерело у посиланні.
- Посилання на прийняті до публікації, але ще не опубліковані статті, повинні бути позначені словами «у друку»; автори повинні отримати письмовий дозвіл для посилання на такі документи і підтвердження того, що вони прийняті до друку. Інформація з неопублікованих джерел повинна бути відзначена словами «неопубліковані дані / документи», автори також повинні отримати письмове підтвердження на використання таких матеріалів.

Рекомендовано навести не менше: 25 літературних джерел в дослідницьких роботах, 40–50 – в теоретичних роботах/оглядах літератури. Автори несуть відповідальність за точність посилань.

### Відомості про авторів

Відомості про авторів наводяться у кінці рукопису і містять інформацію про авторів українською та англійською мовами:

- Прізвища, імена, по-батькові (повністю).
- Науковий ступінь, вчене звання, посада в установі/установах (якщо автор працює у декількох організаціях, зазначаються дані за всіма організаціями).
- Робоча адреса з поштовим індексом, службовий номер телефону (за бажанням – особистий).
- Адреса електронної пошти всіх авторів.
- Ідентифікатор ORCID (<https://orcid.org/register>).

Скорочення не допускаються. На останній сторінці статті повинні бути підписи авторів та зазначено внесок кожного автора у підготовку рукопису.

Стаття, схвалена редакційною колегією, може бути опублікована у термін до трьох місяців, включаючи період рецензування.

**Контакти:** Електронна адреса [alexandra@professional-event.com](mailto:alexandra@professional-event.com)

Адреса для листування: 03039, м. Київ, а/с № 4, Видавничий Дім «Професіонал-Івент».

[www.family-medicine.com.ua](http://www.family-medicine.com.ua). Тел.: (044) 257-27-27