

Непомітне
медсестринство:
як змінити ситуацію?

Дорожня карта
розвитку медсестринства
в Україні 2021-2023



3

Цей аналітичний матеріал підготовлений в рамках проекту «Розробка дорожньої карти розвитку медсестринства в Україні» за підтримки Міжнародного фонду «Відродження». Проект виконується аналітичним центром «Вокс Україна» та Центром розвитку медсестринства Міністерства охорони здоров'я України.

Щиро вдячні за консультаційну допомогу під час підготовки аналітичного матеріалу менеджерці програми «Громадське здоров'я» Міжнародного фонду «Відродження» Ксенії Шаповал-Дейнезі, юристу у сфері медичного права Олександрю Явтушенку та доктору педагогічних наук, професору, директору Навчально-наукового інституту медсестринства Світлані Ястремській.

Автори:

Катерина Балабанова,
Ксенія Алєканкіна,
Віра Іванчук,
Тетяна Тищук



МІЖНАРОДНИЙ
ФОНД
ВІДРОДЖЕННЯ



ЦЕНТР РОЗВИТКУ
МЕДСЕСТРИНСТВА
МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Вокс
Україна

Зміст

Ключові висновки.....	4
Рекомендації	6
Вступ	8
Методологія	12
Міжнародний досвід	14
Результати опитування	26
Рекомендації (Дорожня карта).....	40
Висновки.....	56
Додаток 1. Інструментарій інтерв'ю.....	57
Додаток 2. Кодові позначення респондентів.....	66
Додаток 3. Вибрані цитати	67
Додаток 4. Результати кодування відповідей респондентів	78
Додаток 5. Результати опитування, проведеного під час онлайн презентації дослідження, червень 2021....	82
Додаток 6. Як зареєструвати ФОП за КВЕДом 86.90.....	84
Додаток 7. Приклади документів, що подаються у МОЗ, для відкриття ФОП.....	86

Ключові висновки

У розвинених країнах медсестри та медбрати отримують все більше повноважень, що сприяє ефективному використанню людського потенціалу та фінансових ресурсів у медицині. Водночас українська медична реформа залишила середній медичний персонал поза фокусом уваги.

Чинний дизайн оплати пакетів медичних послуг з подальшим розподілом грошей на рівні лікарні створює конфлікт інтересів між лікарями та медсестрами, адже вони претендують на спільну обмежену суму грошей в рамках пакетів Національної служби здоров'я України (НСЗУ).

Оскільки історично (через існування раніше посади головного лікаря, що керував лікарнею) саме лікарі мають основне право голосу у медичних закладах, навіть попри наявну юридичну можливість впливати на умови колективних договорів, de facto ситуація залишається незмінною — більшість медсестер продовжують отримувати мінімальну заробітну плату незалежно від обсягу і специфіки завдань, які

вони виконують. Низька заробітна плата змушує медсестер брати додаткові ставки, а це веде до їх перевантаження і зниження якості виконуваної роботи.

Саме низька зарплата, за словами учасників інтерв'ю, є причиною того, що медсестри та медбрати йдуть з професії чи виїжджають до інших країн.

Грузія, яка у процесі медреформи не вирішила проблему належних стимулів для середнього медичного персоналу, вже зіштовхнулася з катастрофічною нестачею медсестер та медбратів: зараз їх там [менше, ніж лікарів](#)¹, і частина з них — це студенти-лікарі, які згодом перейдуть на лікарські посади. [В середньому](#) ж у країнах Організації економічного співробітництва та розвитку на одного лікаря припадає три медсестри.

Структурування обов'язків медсестер, відділення зон відповідальності медсестер та лікарів та відповідно впровадження окремого фінансування медсестринських послуг дозволило б розв'язати найбільш кричущі проблеми у цій сфері —

¹ За даними грузинської статистичної агенції, у 2020 році в Грузії налічувалося 22 тисячі медсестер та медбратів та 25 тисяч лікарів.

сприйняття медсестер та медбратів лише як [помічників лікарів та низькі заробітні плати](#) середнього медперсоналу.

Ці проблеми тісно пов'язані з усіма іншими. Низькі заробітні плати та звичне сприйняття медсестер та медбратів у лікарняному середовищі як другорядних співробітників позбавляє їх упевненості в собі, обмежує прагнення до саморозвитку, залишає їх незахищеними у випадку життєвих проблем та створює великі спокуси для отримання неформальних платежів від пацієнтів.

А відсутність коштів для інвестицій у відкриття власного бізнесу (на освіту, обладнання, ліцензування, послуги юристів) стають на заваді поширенню приватної медсестринської практики, яка полегшила б українцям доступ до медичних послуг, а медсестрам та медбратам

дозволила б покращити своє матеріальне становище і досягти більшої незалежності.

Розвинені країни, що зіштовхуються з викликом старіння населення, приділяють все більше уваги медсестринським послугам. Найкраща світова практика свідчить, що розширення повноважень медичних сестер дозволяє розвивати й робити більш доступними низку медичних послуг, а також [покращити їхню якість](#).

Наприклад, [в Канаді](#) та [США](#) медичні сестри та брати є важливими постачальниками паліативної допомоги. Ці послуги все більше формуються як окремий вид медичної практики та пріоритет державної політики у сфері медицини.

Україна має знайти оптимальний шлях розвитку медсестринських послуг та заохотити медичних братів і сестер використовувати свій потенціал в українській медичній системі, інакше проблеми у медичній сфері лише посилюватимуться.

Рекомендації

У цій дорожній карті ми пропонуємо кілька кроків, які сприятимуть розвитку медсестринських послуг та людського потенціалу медсестер і медбратів.

Законодавчі зміни:

- створення системи відповідності медсестринських посад отриманій освіті (зміна кваліфікаційних вимог до вищих медсестринських посад, розширення повноважень медсестер відповідно до отриманої освіти);
- виокремлення пакету медсестринських послуг «Медсестринська медична допомога дорослим та дітям» за програмою медичних гарантій, що надаються поза стаціонаром за приписами лікаря (зокрема для післяопераційного відновлення, паліативної допомоги, профілактичних заходів);
- розширення переліку медсестринських послуг, що можуть надаватися незалежно від лікарів, та створення КВЕДу для медсестринських послуг;
- впровадження професійного ліцензування (сертифікації) медсестер та створення професійного реєстру медсестер.

Долученість до ухвалення рішень:

- випрацювання інструментів гарантованого впливу медсестринської спільноти на рішення, що приймаються всередині лікарні;
- ширше залучення представників медсестринської спільноти до діяльності центральних та місцевих органів влади.

Якісна освіта:

- реформа застарілої системи отримання кваліфікацій, що зараз пов'язана не з навичками медсестри, а з [тривалістю роботи](#) на одному місці;
- доступ до системи безперервного професійного розвитку аналогічної до тієї, яка існує для лікарів²;
- збільшення частки медсестер та медбратів, які викладають на медсестринських спеціальностях у закладах освіти, для зменшення розриву між практичною діяльністю та навичками, отриманими студентами під час здобуття освіти.

Інформаційна та юридична підтримка:

- кампанія спрямована на медичних працівників та пацієнтів, яка розповідала б про функції медсестер та їхню роль у покращенні здоров'я населення;
- підтримка медсестер у сфері захисту своїх професійних інтересів, зокрема щодо умов та оплати праці зафіксованих у колективних договорах (безоплатна правова допомога для медичного персоналу за аналогією до [безоплатної правової допомоги для громадян](#));
- консультації медсестер та медбратів з питань відкриття власної справи.

² Коли ми готували звіт, Уряд ухвалив [Постанову](#) про запровадження безперервного професійного розвитку для медсестер з 2023 року.

Опитування, проведене в Україні у 2020 році³, [показало](#), що 46% респондентів вважають, що питання покращення системи громадського здоров'я має бути серед пріоритетів у місцевої влади. На [думку українців](#), саме транспортна та медична сфера зазнали найбільшого негативного впливу від пандемії COVID-19 (61% та 43% респондентів відповідно назвали ці сфери).

Локдаун та заборона на проведення планових госпіталізацій, яка [діяла](#) в Україні навесні 2020 року, лише підкреслили проблеми доступності медичних послуг. Найбільше постраждали жителі сіл, які часто лишалися «відрізнаними від великого світу» і могли сподіватися лише на екстрену допомогу від швидкої або планове лікування силами місцевих фельдшерсько-акушерських пунктів (ФАПів), де зазвичай працюють лише фельдшери та середній медичний персонал — медсестри та медбрати.

Однак можливість скористатися послугами ФАПів була не всюди: під час реформування первинної ланки системи медичних послуг суттєва частина ФАПів була скорочена, зокрема через те, що їхнє утримання лягає на плечі сімейного лікаря і суттєво [зменшує його дохід](#) (2015 рік — 13,2 тисячі ФАПів, 2020 рік — 11,2 тисячі ФАПів⁴).

За [даними](#) Центру медичної статистики МОЗ України, у 2015 році в Україні налічувалося 262 тисячі медсестер та медбратів, а за 5 років потому — у 2020 — їх кількість скоротилася до 213,4 тисячі. У більшості випадків — через низькі зарплати, закриття лікарень та амбулаторій, а також більш привабливі пропозиції роботи в інших країнах чи інших сферах діяльності.

3 [Соціологічне дослідження](#) «Децентралізація та реформа місцевого самоврядування», яке проводив Центр «Соціальний індикатор» в серпні-вересні 2020 року

4 <http://medstat.gov.ua/ukr/statdanividomstva.html>

Це тривожна тенденція, адже успіх імплементації та сприйняття медичної реформи в Україні значною мірою залежить від того, наскільки медичні сестри та брати зможуть забезпечити супровід та догляд пацієнтів в амбулаторних умовах, у стаціонарі та вдома.

Дослідження показують, що [саме медсестри](#) проводять [значну частину](#) часу поруч із пацієнтами. Вони найчастіше є [«точкою входу» пацієнта](#) до медичного закладу, тому не дивно, що пацієнти в Україні [довіряють](#) медсестрам навіть трохи більше, ніж лікарям⁵ (66% та 63% відповідно). Водночас роль медсестер і медбратів в українській медичній системі невизначена.

Серед [обов'язків медсестер](#) — участь у лікувально-діагностичному процесі, виконання призначень і вказівок лікаря, робота з документами та формально не прописана, але очікувана здатність розуміти лікаря «з півпогляду». Це створює у медсестер та медбратів відчуття своєї другорядності у професійному полі та сприйняття себе не як окремого професіонала, а як [«рук лікаря»](#).

Залежність середнього медичного персоналу від лікарів посилює і дизайн нової медичної системи. Зараз функціонування амбулаторій і фельдшерсько-акушерських пунктів

не дозволене без наявності сімейного лікаря, який їх курує⁶.

Через це існує ризик, що деякі громади залишаться взагалі без медичних послуг. Наприклад, у період пандемії COVID-19 у 2021 році колишня Веселівська ОТГ (Луганська область) [залишилася без доступу до неекстреної медичної допомоги](#).

Коли єдиний сімейний лікар, який працював там, звільнився, це автоматично призвело до ліквідації місцевої амбулаторії та фельдшерсько-акушерських пунктів. Тож попри наявність фельдшерів та медсестер жителі Веселого та навколишніх сіл [опинилися без доступу до медичних послуг](#).

Проблему з доступом до медичних послуг могло б вирішити розширення повноважень медсестер. Але Україна зробила у цьому напрямку лише перші кроки, забезпечивши різномірну освіту для медсестер.

5 [Опитування](#) було проведене у 2017 році. Ми не знайшли новіших опитувань в Україні, які б вивчали рівень довіри до медичних братів та сестер. У Великобританії пацієнти також [довіряють](#) медсестрам та медбратам більше, ніж лікарям.

6 «ФАП/ФП перебуває у віданні лікаря, до якого прикріплені жителі населеного(их) пункту(ів), де розташований ФАП/ФП» <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1169-16#Text>

До 1992 року підготовка медичних сестер в Україні здійснювалася лише на базі медичних училищ.

У 1993 році з'явився перший коледж, який готував медсестер-бакалаврів. До 2005 року таких коледжів налічувалося вже 32⁷. З [1994 року](#) в Україні медсестри могли вступати в університети на чотирирічну програму «Сестринська справа» і отримувати диплом спеціаліста, який зі скасуванням цього ступеня у 2015 році прирівняли до магістра⁸. Загалом же ступінь магістра став доступний для медсестер [ще у 2008 році](#).

У 2015 році Кабмін [затвердив](#) перелік спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти, де зокрема була зазначена спеціальність «Медсестринство». Це стало поштовхом для створення аспірантури для медсестер, і [з 2019 року](#)⁹ ті вже можуть отримувати докторський ступінь та займатися науковою діяльністю.

Попри те, що медсестри з вищою освітою мають значно більше

знань, ніж ті, які закінчили лише медучилище, в системі надання медичних послуг попиту на такі знання немає, як і винагороди за них.

У 2007 році у медичних закладах [була запроваджена](#) посада [заступника головного лікаря з медсестринства](#), вимогою до якої була [наявність вищої освіти](#), проте [з 2019 року](#) приймати на цю посаду нових працівників не можна. Замість неї та посади головного лікаря [наказом МОЗ від 31.10.2018 № 1977](#) були [впроваджені](#) посади генерального директора (керівна [немедична спеціальність](#)) та медичного директора закладу охорони здоров'я.

Вимогою до цих посад є [наявність управлінської освіти](#) (виняток є лише для генеральних директорів медичних закладів первинного рівня — там достатньо вищої освіти у галузі знань «Охорона здоров'я»). Тому в лікарні медсестра з магістерським ступенем [буде отримувати](#) таку саму заробітну плату, як і медсестра після медичного коледжу. Водночас при

7 Дані наведені з наказу Міністерства охорони здоров'я України від 08.11.2005 N585 Про затвердження «Програми розвитку медсестринства України на 2005-2010 рр.» <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0585282-05#Text>

8 Розділ XV, стаття 2, пункт 2: «2) вища освіта за освітньо-кваліфікаційним рівнем спеціаліста (повна вища освіта) після набрання чинності цим Законом прирівнюється до вищої освіти ступеня магістра» <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1556-18#Text>

9 «до нещодавнього часу в Україні не існувало аспірантури з медсестринства. Першу ліцензію на право підготовки докторів філософії за цією спеціальністю одержав ТНМУ у 2019 р»², Система освіти для медичних сестер в Україні, Євген Ніколаєв, 2019, <https://www.skeptic.in.ua/wp-content/uploads/Nursing-education-in-Ukraine-2019-report.pdf>

«Існує поняття «кваліфікаційні характеристики», і там написано, що медична сестра, наприклад, маніпуляційна, має мати освіту — молодший спеціаліст, операційна медична сестра — молодший спеціаліст, тепер вже аж ввели, що може бути бакалавром. Тобто кваліфікаційні характеристики ще не задовольняють потреб. Коли головний лікар бере на роботу працівника, йому неважливо, кого він бере: він може взяти на медичну сестру звичайну в лікарню і звичайну медсестру, і з лікувальної справи, тобто фельдшера нашого»,

— керівник закладу вищої освіти у сфері медсестринства
(Респондент 15о)

однакових обов'язках медсестри з різним кваліфікаційним рівнем отримують різну зарплату.

Сьогодні єдина перевага вищої освіти для медсестер — можливість викладати чи провадити наукову діяльність, але оскільки заробітні плати в цих сферах також достатньо низькі, магістратура для медсестри є не вигідною інвестицією часу.

Тому не дивно, що заклади вищої освіти досі не складають великої конкуренції медколеджам (куди можна вступати як після 9, так і після 11 класу) у боротьбі за студентів. За даними Єдиної державної електронної бази з питань освіти (ЄДЕБО), у 2021 році на магістратуру було подано 22 заяви, на бакалаврат 1270 заяв, а на фахову передвищу освіту — 13 604 заяви.

У наступних частинах дослідження ми описуємо його методологію, розповідаємо про міжнародний досвід у створенні системи медсестринських послуг, аналізуємо ключові проблеми медсестринської сфери в Україні та надаємо рекомендації з їх вирішення.

Методологія

Для цього дослідження ми опрацювали загальнодоступну інформацію про розвиток системи медсестринських послуг в Україні та інших країнах світу (зокрема у Великобританії, Сполучених Штатах Америки, Грузії), а також провели серію глибоких напівструктурованих інтерв'ю.

Під час кабінетного дослідження ми вивчили систему законодавчого регулювання медсестринства в Україні за документами, наведеними на порталі нормативно-правової інформації Верховної Ради України, офіційному сайті Міністерства охорони здоров'я України, офіційному сайті Центру розвитку медсестринства МОЗ України та інших онлайн-ресурсах.

Статистичні дані отримали з порталу Центру медичної статистики МОЗ України. Для вивчення особливостей функціонування різних медичних систем ми скористалися академічними та журналістськими матеріалами.

Для визначення позицій стейкхолдерів ми провели серію глибоких напівструктурованих інтерв'ю. Для формування вибірки респондентів застосували метод зручної вибірки (convenience sampling).

Ми обрали 19 респондентів:

- 6 медсестер (серед них головна медсестра та старша медсестра) з медичних закладів Дніпропетровської, Львівської, Вінницької, Київської та Херсонської областей;
- 2 пацієнти, які розповіли про свій досвід отримання медсестринських послуг у міській та сільській місцевості;
- 2 лікарі (первинна та вторинна ланка);
- 1 директор медичного закладу (первинна ланка);
- 3 представники органів влади (центральної та місцевої);
- 1 керівник закладу вищої освіти у сфері медсестринства;
- 1 юрист у сфері медичної практики;
- 1 медсестра, яка працює за кордоном (Сполучені Штати Америки);

- 1 керівник медсестринської інституції (Уельс, Великобританія);
 - 1 експерт з медсестринства при міністерстві (Грузія).
2. Діяльність: обов'язки медсестер, розподіл обов'язків між медсестрами та лікарями, послуги з догляду та приватна практика, ліцензування медсестринських послуг;

Питання до інтерв'ю склалися з таких блоків:

1. Сприйняття: мотивація та задоволеність роботою, взаємини медсестер та медбратів з медперсоналом та пацієнтами;
3. Залученість та вплив: діяльність профспілок та медсестринських організацій, участь медсестер в ухваленні рішень на рівні лікарні, місцевої, центральної влади.

Питання до інтерв'ю наведені у Додатку 1.

Кодові позначення респондентів наведені у Додатку 2.

Інтерв'ю проводилися через платформу Zoom. З метою подальшого транскрибування розмов ми робили аудіо- чи відеозапис інтерв'ю. Перед інтерв'ю ми отримали попередню згоду респондента на запис розмови.

Процес кодування складався з таких кроків:

1. складання переліку всіх відповідей респондентів;
2. виокремлення головних думок у відповідях;
3. створення тегів, що відображають ключові думки;
4. розділення тегів на 4 групи: негативні тенденції у сфері медсестринства, позитивні тенденції у сфері медсестринства, особливості сфери, бажані зміни.

Вибрані цитати наведені у Додатку 3.

Тексти інтерв'ю ми проаналізували за допомогою методу тематичного аналізу.

З результатами кодування можна ознайомитися у розділі Результати дослідження та у Додатку 4.

Міжнародний досвід

Щоб накреслити перспективи та «глухі кути» розвитку медсестринської сфери, ми вивчили досвід кількох країн світу. Для більш глибокого дослідження були відібрані три країни:

- Сполучені Штати Америки, які пропонують чи не найкращі заробітні плати для медичного персоналу і які є країною імміграції медпрацівників з усього світу;
- Великобританія, яка має схожу з українською систему фінансування медичних послуг: там діє Державна служба охорони здоров'я (National Health Service, NHS), яка оплачує медичні послуги для громадян країни та біженців;
- Грузія, яка, як і Україна, після розпаду Радянського Союзу залишилася з обтяжливою системою Семашка¹⁰ та почала її реформування кілька років тому.

Сполучені Штати Америки (США)

У США одні з найвищих у світі витрати на охорону здоров'я: у 2018 році [17,7%](#) американського ВВП йшло на медицину. Тим не менш, 8,5% американців не мали медичної страховки (державної чи приватної), що покривала б доступ до медичних послуг протягом всього року. При цьому вартість послуг без страховки дуже висока — приблизно [вдвічі вища](#), ніж в інших розвинутих країнах.

Медичні професії у США користуються великим попитом: медпрацівники мають повагу у суспільстві та отримують гідну заробітну плату. Середня заробітна плата зареєстрованої медсестри у 2020 році [становила](#) \$80 000 на рік, а в деяких штатах, наприклад, у Каліфорнії, вона перевищує \$120 000 на рік, в той час як середня зарплата у США у 2019 році [ледве доходила](#) до \$52 000 на рік. Можливо, тому, незважаючи на недосконалість цієї медичної системи для пацієнтів, вона є однією з найбажаніших для

¹⁰ «Система характеризується фінансуванням галузі з державного бюджету при строгому централізованому управлінні та контролі з боку держави. Модель орієнтована на централізований механізм формування бюджету галузі, організацію матеріально-технічного та медикаментозного забезпечення на основі держзамовлення та фондового постачання за фіксованими цінами, формування та розвиток лікувальної мережі відповідно до державних нормативів по штатах, ресурсах, заробітній платі тощо» ([підручник](#) «Менеджмент у галузі охорони здоров'я», Баєва О.В.)

медпрацівників з усього світу.

У США існує кілька рівнів медсестринських кваліфікацій та відповідно освітніх рівнів, найвищим із яких є доктор філософії. Серед основних:

- сертифіковані медсестри-асистентки (Certified Nursing Assistant, CNA) займаються доглядом пацієнтів та адміністративною роботою, наприклад, приймають дзвінки. Для роботи на цій посаді достатньо сертифіката;
- ліцензовані практикуючі медсестри (Licensed Practical Nurse, LPN) працюють під керівництвом зареєстрованих медсестер, роблять пацієнтам медсестринські процедури — перев'язки, введення ліків. Для цієї роботи потрібен сертифікат чи диплом;
- зареєстровані медсестри (Registered Nurse, RN) допомагають лікарям з оглядом пацієнтів та операціями, координують догляд за пацієнтом, керують іншими медсестрами. На цю роботу можуть претендувати люди з професійною (коледж) чи вищою освітою (університет) у сфері медсестринства;
- сертифіковані зареєстровані медсестри-анестезіологині

(Certified Registered Nurse Anesthetist, CRNA) допомагають лікарю чи самостійно без залучення лікаря роблять пацієнтам анестезію (залежно від правил конкретного штату). Для роботи на цій посаді потрібен диплом магістра.

Після закінчення навчання для допуску до роботи медсестри та медбрати мають скласти професійний іспит. Акушер(к)и та анестезіологи(ні), крім основного медсестринського іспиту ([NCLEX](#)), мають скласти додатковий іспит від своєї професійної асоціації. Після його успішного складання медсестра отримує ліцензію відповідного штату. Якщо медсестра хоче працювати у медичний заклад в іншому штаті, їй потрібно отримати нову ліцензію. Якщо медсестра допускає медичні помилки, її ліцензія може бути анульована

Медсестра, яка має ліцензію, може надавати послуги приватно без виконання додаткових вимог. Це розповсюджена практика у період післяопераційного догляду та у пластичній хірургії. Раз на рік вона має вносити всі свої доходи у декларацію та сплачувати з них податок.

Для медсестер існує система безперервного професійного

розвитку. Кожен рік медсестри мають пройти навчання (визначену кількість годин). За це зазвичай платить роботодавець.

Для адаптації нових працівників на робочому місці є медсестра з освіти (Nurse Educator), яка перші місяці навчає нового працівника, показуючи принципи і стандарти роботи та знайомлячи з історіями хвороб пацієнтів. Після такого навчання медпрацівники складають тест. Після складання тесту новим співробітником опікується медсестра-наставник (Nurse Preceptor), вона показує обов'язки вже на робочому місці і допомагає їх виконувати.

«Кажуть, що лікарі роблять обходи, а медсестри рятують життя»,

— медсестра зі США
(Респондент 17мСША)

В американських лікарнях медсестри виконують велику частину роботи з пацієнтами. Зокрема вночі, коли лікарі відсутні у лікарнях, контроль за станом пацієнтів забезпечують саме вони. Окрім медсестер, в цей час у госпіталях чергують лише інтерни та бригада екстреної допомоги.

Великобританія

У Великобританії державна медицина фінансується через Національну службу охорони здоров'я ([National Health Service, NHS](#)), яка діє з 1948 року. На медицину йде близько 10% ВВП. У кожній із країн Великобританії (Англії, Шотландії, Уельсі та Північній Ірландії) діє свій філіал служби. Британці [повністю задоволені](#) її роботою: 90% опитаних підтримують принципи її діяльності, а 66% хотіли б платити більше податків на утримання служби.

Встановленням професійних та освітніх стандартів і контролем за їх дотриманням у сфері медсестринства та акушерства займається професійний регулятор — Рада медсестер та акушерок ([Nursing and Midwifery Council, NMC](#)). Права медсестер захищає профспілка, яка була заснована у 1916 році — Королівський коледж медсестер ([Royal College of Nursing, RCN](#)). Отже, перша організація захищає суспільство від недоброчесних та непрофесійних медсестер, а друга дбає про умови праці медсестер, лобіює підвищення зарплати, захищає їх від невідповідного ставлення на роботі тощо.

Це дозволяє уникнути конфлікту інтересів, коли одна організація має захищати права і медсестер, і пацієнтів.

Для того, щоб отримати дозвіл на роботу в Британії, медсестра має зареєструватися у [Реєстрі медсестер та акушерок](#). Перебування в Реєстрі платне. Якщо медсестра не платить внески, її виключають з Реєстру і вона втрачає право працювати медсестрою.

Оскільки кожна із країн Великобританії має свій уряд і регулювання — специфіка роботи медсестер в них теж відрізняється. Наприклад, всі медсестри та медбрати в Уельсі отримують вищу освіту, натомість в Англії є можливість отримати освіту помічника медсестри. Специфічною рисою британської освітньої системи у сфері медсестринства є [спеціалізація](#) з першого дня навчання.

При вступі абітурієнт має обрати, ким бачить себе у подальшому: медсестрою/медбратом для дорослих (adult nurse), дитячою медсестрою/медбратом (children's nurse), медсестрою/медбратом, що спеціалізується на пацієнтах, яким важко навчатися (learning disability nurse), медсестрою/медбратом з догляду за психічно хворими (mental health nurse).

Ці спеціалізації відділені від професії акушерки. Така система освіти має свої переваги за умови якісного планування потреби в середньому медичному персоналі та кількості випускників медсестринських факультетів. Більшість студентів на цих спеціальностях навчаються [за рахунок державних коштів](#). Така допомога має і зворотний бік — наприклад, в Уельсі випускник після закінчення навчання має як мінімум 2 роки пропрацювати медсестрою/медбратом в регіоні, або ж повернути державі витрачені кошти. Також студенти [можуть](#) навчатися за власні кошти чи брати кредити на навчання.

За останні 30 років повноваження медсестер в Британії істотно розширилися. Зокрема вони отримали право виписувати рецепти на ліки (спочатку це був вузький перелік лікарських засобів, зараз це [весь перелік ліків](#), але відповідно до спеціалізації медсестри і якщо та пройшла [спеціальне навчання](#)), надавати пацієнтам лікування, яке не потребує медичних інтервенцій, та навіть без участі лікарів робити [переливання крові](#).

Завдяки такому розширенню повноважень більшу частину медичних послуг, що не потребують серйозних внутрішніх інтервенцій, надають медсестри та медбрати.

І хоча спочатку розширення повноважень медсестер було сприйняте скептично, пізніші дослідження (рандомізовані контрольовані), проведені у різних країнах, зокрема і Британії, показали, що це не погіршило, а навіть дещо підвищило якість наданих пацієнтам послуг: пацієнти, які отримували рецепти від медсестер чи фармацевтів, мали нижчий систолічний артеріальний тиск у порівнянні з тими, хто отримував рецепти від лікарів, а також нижчий рівень холестерину та цукру у крові.

Медична система Британії загалом та Уельсу (який репрезентував наш респондент) зокрема спрямовані на надання максимальної кількості послуг на дому, оскільки це дозволяє уникнути перехресного зараження хворих, а також знижує ризик інфікування стійкими внутрішньолікарняними штамми. Саме медсестри у такій системі забезпечують левову частку послуг. В період пандемії ця практика трансформувалася у телемедицину — зокрема у будинках літніх людей.

«Спочатку лікарі не хотіли, щоб медичні сестри мали можливість призначати препарати. Тому треба було починати з малого: спочатку медичні сестри стали призначати лише невеликий спектр препаратів. Через декілька років спектр призначуваних препаратів розширився. А вже через 15 років медичні сестри стали призначати повний спектр препаратів, включаючи морфін. Таким чином, потрібно багато часу, щоб змінити переконання лікарів щодо повноважень медичної сестри»,

— керівниця Офісу з медсестринства, Уельс (Великобританія) (Респондент 18м Великобританія)

Роль медсестер зростає не лише у медичній, але і у публічній сфері. Наразі, окрім вищезгаданих регуляторних та профспілкових органів для

медсестер та акушерок, у Британії працюють офіси офіцера з медсестринства¹¹ (за функціями дещо схожі на український Центр розвитку

11 Chief Nursing Officer Directorate in Scotland <https://www.gov.scot/about/how-government-is-run/directorates/chief-nursing-officer/>

Chief Nursing Officer for England <https://www.england.nhs.uk/nursingmidwifery/chief-nursing-officer-for-england/>

Sue Tranka appointed new Chief Nursing Officer for Wales <https://gov.wales/sue-tranka-appointed-new-chief-nursing-officer-wales>

Chief Nursing Officer for Northern Ireland <https://www.health-ni.gov.uk/doh-chief-nursing-officer>

медсестринства при МОЗ),

які мають дорадчу функцію в урядах країн королівства та займаються розвитком медсестринських послуг, а також співпрацюють з медсестрами у регіонах — наприклад, Уельс поділений на 7 регіонів, кожен з яких має свою медичну раду, яка обов'язково включає медсестру, в Англії регіони мають сім регіональних головних медсестер (Regional Chief Nurses). Така структура дозволяє швидко отримувати інформацію з «низів» і передавати її нагору для оперативного ухвалення рішень.

В Британії [дозволена](#), але не дуже розповсюджена особиста приватна медсестринська практика. Вона зустрічається переважно [у сфері краси](#) (косметологія, ін'єкції ботоксу тощо) та [акушерських послуг](#). Зазвичай медсестри працюють або у державній системі медичних послуг, або у приватних медсестринських агенціях.

У Великобританії [відчувається нестача](#) середнього медичного персоналу. Цю проблему намагаються вирішити залученням до роботи медсестер, які емігрували з інших країн — найчастіше це медсестри з Європи, а також з Філіппін, Індії, Алжиру. Якщо медсестра/медбрат емігрували з країни з іншою освітньою

системою, перед початком роботи вони мають пройти навчальний адаптаційний курс, який підтвердить їхні професійні навички, а також знання англійської мови.

Грузія

Коли Грузія стала незалежною державою у 1991 році, вона успадкувала систему охорони здоров'я Семашка. У [1995 році](#) країна розпочала перехід на страхову систему охорони здоров'я. Певні [етапи](#) медичної реформи тривають і досі.

За даними Світового банку, у 2018 році на систему охорони здоров'я країна [витратила](#) суму співставну з 7,1% її ВВП.

У Грузії діє [страхова медицина](#) (державна та комерційна). Мешканці Грузії можуть самостійно обирати, яким типом страхування скористатися. Пільгові категорії громадян (діти до п'яти років, пенсіонери, військові, педагоги, студенти та люди з інвалідністю) отримують державну медичну страховку безкоштовно, а люди з високими доходами (понад 16,6 тисяч доларів на рік у 2017 році) можуть користуватися лише комерційною страховкою.

У державну страховку входять послуги екстреної допомоги, дільничного лікаря, планові щеплення, ведення пологів. Крім того, пацієнти отримують знижки (50-90%) на амбулаторне обслуговування. Уряд також [оплачує](#) лікування діабету, туберкульозу, ВІЛ, гепатиту, [онкології](#) тощо.

Близько 80% лікарень в Грузії — у приватній власності. Держава [продала](#) їх за символічні гроші, бо не мала коштів на утримання. Однак приватні заклади не зацікавлені у роботі в місцях, де живе мало людей. Тож ситуація з медичними послугами в селах та гірських районах [залишилася невирішеною](#): не всюди є ФАПи та амбулаторії, а там, де вони все ж працюють, їхня оснащеність залишає бажати кращого. Кількість грошей, які отримує медичний заклад, [залежить](#) від кількості пролікованих пацієнтів. Кожна лікарня самостійно визначає, яка частка отриманого йде на заробітну плату, а яка на утримання лікарні.

Як і в Україні, у Грузії середній медичний персонал не отримав достатньо уваги під час розробки реформи. Це призвело до критичної нестачі¹² середнього

медперсоналу — його у Грузії [значно менше](#), ніж лікарів.

Грузія повністю позбулася радянської системи курсів підвищення кваліфікації, однак досі [нічого не запровадила](#) натомість.

Професійний розвиток медсестер не регулюється на рівні держави й повністю залежить від практик конкретної лікарні.

Реформа медичної освіти повністю розділила фахову та вищу (наразі лише бакалаврат) медсестринську освіту.

На професійні програми до коледжів можна вступити за внутрішніми іспитами, а для отримання вищої освіти потрібно скласти Єдині національні іспити (аналог ЗНО). Майбутні медичні працівники повинні скласти іспити з чотирьох предметів, тоді як вступники на інші професії складають три предмети.

Після навчання на фаховій програмі медсестра з фаховою освітою не може за скороченою процедурою отримати вищу освіту — їй потрібно вступати на перший курс бакалаврату.

Інша проблема в тому, що

12 «the number of nurses has decreased dramatically since independence; by 2012, there were just 0.3 nurses per 1000 population, which is the lowest level for all the post-Soviet countries. In 2016, according to national health statistics, it was 0.5, but the denominator was smaller» . https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/374615/hit-georgia-eng.pdf, page 47

«Indeed, in 2016, there were more doctors working in Georgia than nurses, which has significant implications for human resources planning and policy» https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/374615/hit-georgia-eng.pdf, page 49

на ринку праці досі немає виокремлених робочих місць для медсестер з вищою освітою, а значить і градації в оплаті праці

відповідно до рівня освіти.¹³ Також у Грузії не дозволена приватна медсестринська практика.

«Це дуже пов'язано одне з іншим. Освіта з кваліфікацією, кваліфікація з рівнем відповідальності, і ось ці всі реформи повинні бути узгоджені. Тому що у нас відбулася реформа освіти, з'явилася сестра-бакалавр, але в медичній системі поки що немає місця для цієї людини»,

— експерт з медсестринства при міністерстві, Грузія
(Респондент 19 мГрузія).

Через низьку зарплату медсестри часто суміщають роботу в кількох медичних закладах. Це не подобається регулятору, адже може спричинити перевтому та зниження якості роботи медсестер та медбратів. Міністерство планує відстежувати через реєстр та забороняти таке сумісництво.

Однак це не вирішить проблему, адже причиною такої практики є низькі зарплати. Тому не дивно, що значна частина медсестер з Грузії емігрує до ЄС, де їм пропонують гідні умови роботи та дозвіл на проживання для родин.

«Співвідношення лікар/медсестра у нас просто жахливе. У нас 16 тисяч медичних сестер і 24 тисячі лікарів. Співвідношення лікар/медсестра — 1:0,72, а повинно бути 1:4. До того ж, зараз медсестрами у нас можуть працювати навіть студенти медичних факультетів і лікарі. Приблизно 20% працюючих медсестер зараз є студентами медичних інститутів. Вони закінчать навчання і підуть з цих посад»,

— експерт з медсестринства при міністерстві, Грузія
(Респондент 19 мГрузія)

¹³ Тобто ситуація аналогічна до української — відсутність ринку для медсестер з вищою освітою, оскільки кваліфікаційні вимоги до медсестер та перелік їхніх посад залишилися старими.

Стан справ в Україні

Після набуття незалежності Україна досить довго продовжувала жити з медичною системою Семашка. Лише у [2010-х](#) влада розпочала реформи та запустила пілотний проект із запровадження посад сімейних лікарів. Тоді в пілоті [взяли участь](#) Вінницька, Донецька, Дніпропетровська області та два райони Києва. На цьому етапі, як і пізніше уже під час повномасштабної реформи зі зміною принципу фінансування медзакладів¹⁴, яка [розпочалася наприкінці 2017 року](#) з ухваленням [Закону «Про фінансові гарантії надання медичних послуг»](#), увага змінотворців пройшла повз роль та функції медсестер та медбратів. Жоден пакет медичних послуг, що фінансується Національною службою здоров'я України (НСЗУ)¹⁵, не виокремлює послуг середнього медперсоналу. Таким чином, хоча [саме вони забезпечують виконання великої частини завдань зокрема](#) сімейного лікаря (наприклад, профілактика хвороб, просування здорового способу життя, проведення щеплень), про їхній внесок [не](#)

[говорять](#) і не фінансують його окремо. Тому моральна та фінансова залежність медсестер від лікарів не знижується. Навіть [«Основи законодавства України про охорону здоров'я»](#) описують ролі лікарів, але не згадують функції середнього медичного персоналу на первинному, вторинному та третинному рівні медичної допомоги.

Післядипломна освіта лікарів також була осучаснена значно раніше, ніж освіта медсестер. У 2019 році вони отримали змогу скористатися системою безперервного професійного розвитку [в тестовому режимі](#), а з 2020 року таке навчання для лікарів стало [обов'язковим](#). Для медсестер така система запрацює [лише з 2023 року](#).

Окрім вищезгаданих законів діяльність середнього медичного персоналу в Україні регламентується [Законом України «Про ліцензування видів господарської діяльності»](#) та [Постановою КМУ від 2 березня 2016 р. № 285](#) «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики», яка дозволяє¹⁶ приватну практику медичним працівникам з освітою

¹⁴ [Ідея](#) медичної реформи в Україні полягає у переході від фінансування ліжкомісць у лікарнях до фінансування наданих медичних послуг. Таким чином, більше грошей отримають ті медичні заклади, які користуються більшим попитом у пацієнтів.

¹⁵ <https://nszu.gov.ua/pro-nszu>

¹⁶ «Фізичні особи - підприємці з числа молодших спеціалістів з медичною освітою провадять медичну практику самостійно або під керівництвом лікаря» ([Постанова КМУ від 2 березня 2016 р. № 285](#) Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики)

молодшого спеціаліста (тобто після закінчення медичного коледжу).

Найбільш релевантними для самостійної практики¹⁷ медичних сестер та братів є КВЕДи:

[86.90](#) - Інша діяльність у сфері охорони здоров'я («діяльність медсестер, акушерів, фізіотерапевтів або іншого парамедичного персоналу в області оптометрії, гідротерапії, лікувального масажу, трудотерапії, логопедії, хіроподії, гомеопатії, мануальної терапії, голковколювання тощо»);

[87.10](#) - Діяльність із догляду за хворими із забезпеченням проживання;

[87.30](#) - Надання послуг догляду із забезпеченням проживання для осіб похилого віку та інвалідів;

[88.10](#) - Надання соціальної допомоги без забезпечення проживання для осіб похилого віку та інвалідів.

Проте самостійного КВЕДу, який би описував усі аспекти медсестринської діяльності і дозволяв медсестрам та медбратам на власний розсуд співпрацювати з лікарями зокрема на спеціалізованому рівні медичної допомоги або робити інтервенції (ін'єкції (уколи), інфузії (крапельниці)) ми не знайшли, попри наявність [попиту](#) на медсестринські послуги у населення.

Для розвитку медсестринства у 2019 році в Україні вперше [був створений](#) державний орган, що опікується виключно медсестрами — Державна установа «[Центр розвитку медсестринства МОЗ України](#)». Серед пріоритетів Центру: підвищення статусу професії, розвиток освітніх можливостей для медсестер та медбратів, зокрема вищої освіти, сприяння розкриттю їх лідерського потенціалу та відкриттю приватної практики, розвиток паліативних медсестринських послуг.

Це важливі напрямки роботи, адже для України залишається актуальною проблема [невідповідності освіти](#) медичних сестер та братів і можливостей ринку праці, про яку ми згадували у вступі.

Важливим кроком до вирішення проблем середнього медичного персоналу могло б стати впровадження сертифікації, яка б підтверджувала рівень кваліфікації медпрацівника для провадження ним приватної практики. Здійснювати сертифікацію могли б органи професійного самоврядування медсестер.

17 Покрокова інструкція з відкриття ФОП за КВЕДом 86.90 наведена у Додатку 6.

Рекомендації до запровадження професійного самоврядування містяться зокрема у [деклараціях](#) Всесвітніх медичних асамблей. В Україні самоврядні медичні організації існують у вигляді [громадських об'єднань](#), однак така практика позбавляє їх гарантованих важелів впливу на державні рішення, а отже вони не здатні в повній мірі забезпечувати розвиток професії.

Україна вже кілька разів намагалася ухвалити закон про самоврядування для медичних професій. Останньою спробою був [законопроект про самоврядування для медичних професій](#), розроблений депутатами Комітету Верховної Ради України з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування, який відхилили на початку 2021 року (як і альтернативні [законопроекти](#)).

Перевагою цього законопроекту була пропозиція створити кілька самоврядних організацій для різних медичних професій, адже до того переважно йшлося про одну лікарську самоврядну

організацію. Він мав зафіксувати форми медичної та фармацевтичної діяльності, механізми їх регулювання, а також повноваження органів самоврядування.

Законодавчий вакуум у цій сфері означає, що багато напрямків функціонування медсестринської професії, зокрема встановлення стандартів, сертифікація та адвокація, знову залишилися невирішеними.

Таблиця 1. Порівняння системи надання медсестринських послуг в обраних країнах

	США	Великобританія	Грузія	Україна
Чи існує система ліцензування/допуску до роботи медсестер?	Так, окремий від отримання освіти іспит (NCLEX) для отримання ліцензії для роботи у певному штаті. При переїзді у інший штат, іспит потрібно скласти знову — у кожному штаті своя система медсестринських посад і вимог до ліцензії	Диплом для внесення у реєстр для тих, хто отримав освіту у Великобританії та пакет документів і тест на компетенції (за потребою) для тих, хто отримав освіту поза Великобританією . Присутність у реєстрі потрібно оплачувати. Кожні три роки необхідно проходити ревалідацію , щоб залишитися у реєстрі	Диплом навчального закладу	Диплом навчального закладу (для його отримання потрібно успішно скласти зовнішній незалежний інтегрований іспит КРОК)

Чи існує система післядипломного навчання?	Безперервний професійний розвиток (певна кількість навчальних балів щороку), курси зі спеціалізації за потреби, навчання від колег у медичних закладах	Курси зі спеціалізації/отримання певних навичок (наприклад, проведення переливання крові за потребою), безперервний професійний розвиток (необхідний для ревалідації у реєстрі)	Ні, навчання за бажанням може забезпечувати роботодавець	Так, курси підвищення кваліфікації (раз на 5 років) та спеціалізації (за потребою). З 2023 має стати доступним безперервний професійний розвиток (певна кількість навчальних балів щороку)
Чи дозволена самозайнятись медсестер?	Так	Так	Ні	Так (з обмеженнями). Є затверджені коди видів економічної діяльності з дотичними видами діяльності, але не існує КВЕД з відокремленими медсестринськими послугами
Які існують рівні медсестринської освіти?	Фахова (курси для асистентів медсестри), фахова передвища (коледжі), вища — бакалавр, магістр, доктор філософії (університети)	Фахова передвища — лише в Англії (2 роки навчання в університеті), вища — бакалавр, магістр, доктор наук	Фахова (коледжі), вища — лише бакалавр (університети)	Фахова передвища (коледжі), вища — бакалавр, магістр, доктор наук (аспірантура з'явилася у 2019 році) (університети)
Рівень оплати праці медсестер у порівнянні з середньою зарплатою	високий	середній	низький	низький
Ключові уповноважені регулятори у сфері медсестринства	Національна Рада Державних Медсестринських Рад (NCSBN) — це неприбуткова організація, до складу якої входять регулюючі медсестринські органи (State Board of Nursing) 50-ти штатів. Комісія з колегіальної сестринської освіти (Commission on Collegiate Nursing Education) є автономною акредитаційною установою і забезпечує якість та цілісність програм бакалаврату, аспірантури та ординатури в галузі медсестринства	Рада медсестер та акушерок (Nursing and Midwifery Council) займається встановленням професійних та освітніх стандартів і контролем за їх дотриманням у сфері медсестринства та акушерства та відповідає за реєстр медсестер, акушерок (і помічників медсестер у Англії). Офіси офіцера з медсестринства у кожній з країн Великобританії мають дорадчу функцію в урядах та займаються розвитком системи медсестринських послуг	немає	Центр розвитку медсестринства при МОЗ України працює над розвитком медсестринства в Україні і підвищенням статусу професії

Результати опитування

В результаті проведення глибинних інтерв'ю з респондентами ми виокремили чотири основні блоки тез:

1. Позитивні тенденції у медсестринстві

Більшість медсестер вмотивовані працювати у медичній сфері, зокрема через дружнє ставлення колег та пацієнтів. Респонденти, які не є медпрацівниками, зазначали, що часто люди спочатку звертаються по допомогу до знайомої медсестри, а вже потім — до лікаря. Саме це сприяє існуванню неформальної приватної практики медсестер і створює гарне підґрунтя для розвитку цієї практики в офіційній площині.

Позитивом є і наявність післядипломного навчання, хоча всі опитані медсестри погодилися, що програма на курсах підвищення кваліфікації, що проводяться раз на 5 років, застаріла. Водночас вони відзначили, що ці курси все ж покращуються. Корисні знання дають спеціалізовані курси (наприклад, курси для старших сестер чи курси з роботи з певними комп'ютерними програмами/обладнанням)

і самоосвіта (медичні журнали, онлайн заходи, закордонні онлайн-курси). Більшість опитаних медсестер зацікавлені в тому, щоб ділитися своїми знаннями та викладати для колег чи студентів, а також очікують на впровадження безперервного професійного розвитку.

2. Негативні тенденції у медсестринстві

Ні у пацієнтів, ні у лікарів, ні в самих медсестер не розвинуте сприйняття середнього медичного персоналу як незалежних професійних співробітників лікарні, які спроможні зростати та навіть очолити медзаклад. Існує стійке загальне уявлення про них як про «руки лікаря», «помічників лікаря» тощо. Це створює викривлення в умовах роботи. Наприклад, респонденти зізнавались, що лікаря запитують, які вимоги і побажання він має до медсестри, яка буде з ним працювати. Проте ніхто не цікавиться аналогічними побажаннями

медсестер до лікаря. Сприйняття медсестринських функцій як допоміжних існує й на рівні НСЗУ — адже медсестринські послуги не фінансуються нею окремо. Вважається, що пакетні послуги надають лікарі¹⁸, які за рахунок медреформи «заробили» собі більші зарплати. Тому медсестри можуть претендувати лише на залишки грошового «пирога», розподіл якого найчастіше лишається (за словами респондентів) за головним лікарем.

Отже, маємо своєрідне замкнене коло: низький статус медсестер у свідомості медичних працівників спричиняє відсутність окремого фінансування медсестринських послуг, що у свою чергу підтверджує їхній низький статус.

Профспілкові організації, які мали б захищати трудові права медсестер, не виконують свою роль. У найкращих випадках вони готують привітання співробітників зі святами та спільні туристичні поїздки колективу.

3. Особливості медсестринства

Українські освітні заклади навчають медсестер та медбратів загальної спеціалізації. Такий підхід має свої переваги, коли важко спрогнозувати попит на

різні медсестринські спеціальності за кілька років. Вузьку спеціалізацію середній медичний персонал отримує на курсах вже після отримання диплому.

Ліцензування медсестер, як і інших медичних працівників, відбувається лише в рамках ліцензування медзакладів та під час початку приватної практики. Тобто медсестра, яка працює в лікарні, не потребує окремого дозволу для роботи. А медсестра, яка оформилася як ФОП, повинна ще отримати ліцензію.

В Україні немає системи сертифікації навичок медсестер та медбратів. У США медсестри після отримання диплома мають ще скласти незалежний іспит, щоб отримати дозвіл на роботу, в Британії іспити існують для медсестер з інших країн, медична освіта яких відрізняється від медосвіти в Британії. В Україні дозволом на роботу є диплом.

Однак варто зазначити, що в процесі навчання медсестри в Україні складають незалежний інтегрований іспит КРОК, ті, [хто не склав іспит](#) — не отримують диплом поки не перескладуть іспит (не раніше, ніж через рік протягом трьох років).

¹⁸ У наступному розділі ми наводимо приклад послуг сімейного лікаря з Переліку медичних послуг з надання первинної медичної допомоги. Практично половину з цього списку послуг можуть надавати чи надають медсестри та медбрати.

4. Бажані напрямки розвитку медсестринства

Респонденти, які працюють медсестрами в Україні, зазначили, що вони б воліли зміни підходу до оплати праці медсестер та медбратів: зарплата має бути вищою та враховувати освіту і специфіку роботи медсестри. Більшість опитаних підтримали

ідею окремого фінансування медсестринських послуг та чіткий поділ роботи і відповідальності між медсестрами/медбратами та лікарями. Ще однією бажаною для медсестер зміною є впровадження системи безперервного професійного розвитку. В цьому питанні держава вже посунулася вперед, у липні 2021 року ухваливши [Постанову](#) про запровадження безперервного професійного розвитку для медсестер з 2023 року.

Детальна таблиця з відокремленими тезами наведена у Додатку 3. Нижче ми коротко підсумовуємо висновки з інтерв'ю.

Мотивація та задоволеність роботою

Медсестри мають нематеріальну мотивацію (допомога людям) та переважно задоволені своєю роботою, а головний недолік, який вони називають, — низька оплата праці. Кілька респондентів зазначили, що мріяли працювати лікарем, а медсестринство обрали через матеріальну незабезпеченість.

«Тому що з дитинства мріяла допомагати, робити якийсь внесок, я завжди себе бачила в медицині, іншого нічого не передбачала»,

— медсестра (Респондент 5м)

«Я хотіла з дитинства стати лікарем, але через матеріальну незабезпеченість моїх батьків я вирішила, що хоча б стану спочатку фельдшером. Вивчилася на фельдшера і пішла на роботу медсестрою. Мені подобається, я вже 5 років працюю. Я планую далі вчитися, але не зараз»,

— медсестра (Респондент 3м)

Ставлення колег та пацієнтів

Респонденти сприймають медсестер як помічників лікаря. Навіть коли визнають, що фактично медсестра інколи виконує роботу лікаря. Частково це зумовлено традиційним ставленням (attitude), частково законодавчими регулюваннями (de jure), які

не дозволяють медсестрі робити медичні маніпуляції та призначення без санкції лікаря. В той же час і лікарі, і медсестри бачать можливості збільшення самостійності медсестер, особливо зважаючи на появу вищої освіти у медсестер.

«Ми розуміємо лікарів з півслова, він подивився, ти знаєш, що далі, він прийшов, ти знаєш, що він хоче від тебе почути, або що він хоче тобі сказати»,

— медсестра (Респондент 5м)

«Я іноді з лікарем дивлюся її конференції. Вона на одному комп'ютері, а я на іншому. Вона мене настільки цінить, що дозволяє потім мені переказати про що йшлася мова на цій конференції. Я дуже була би рада, якби в нас було так само [БПР - ред.]»,

— медсестра (Респондент 3м)

«Особисто я можу вислухати і пневмонію, і бронхіт, якщо лікар у відгулі, я можу навіть призначення зробити, але що робить медсестра, повинна робити медсестра, а лікар звалює на неї ту роботу, яку має робити він»,

— медсестра (Респондент 3м)

«Медсестра бакалавр і магістр може [замінити лікаря у ФАПі чи амбулаторії в селі]. Якщо дійсно амбулаторія буде оснащена тим обладнанням, яке потрібно, і вона буде мати відповідну освіту. І, напевно, все-таки треба спеціалізацію пройти»,

— керівник закладу вищої освіти у сфері медсестринства (Респондент 15о)

Навчання

Думки щодо спеціалізації під час отримання медсестринської освіти розділилися. Дехто з респондентів вважає, що універсальні навички є гарною інвестицією у професійність медпрацівника, інші зазначають, що вузька спеціалізація дозволяє краще підготувати медсестру/медбрата до роботи в обраній сфері (за умови що та/той із нею визначилися). Респонденти погоджуються, що рівень освіти має впливати на доступ до різних посад (наприклад, головні медсестри

мають отримати вищу освіту).

Опитані зазначили, що курси для підвищення кваліфікації, що відбуваються раз на 5 років, виконують переважно формальну функцію та дають застарілу інформацію. Медсестринська професія за аналогією до лікарської потребує безперервного навчання (щорічне отримання певної кількості балів). Проблемою отримання кваліфікацій також є їх «обнулення» у випадку зміни спеціалізації.

«Я вважаю, що медсестра повинна отримати загальну спеціалізацію. Ось ідеш по вулиці, лежить чоловік, і по загальним ознакам ти можеш зрозуміти, що з ним, обдивитися, допомогти якимось, викликати швидку допомогу, бо коли ми навчаємось, ми знаємо, що там може бути по терапії. Крім того, що рану обробити, ти знаєш, може, ноги підняти, чи на бік його покласти...»,

— медсестра (Респондент 5м)

«В Україні немає системи заохочень для медсестер, які пройшли спеціальне навчання. Наприклад, медсестра, яка займається мозковим інсультом, вона повинна, звісно, отримувати більше коштів, ніж медсестра звичайна. На превеликий жаль, цього немає»,

— лікар (Респондент 11л)

«Я не бачу дієвих курсів для медсестер. Те, що є для підвищення категорії – це профанація. Вони купують ті курси, аби не втрачати час»,

— директор лікарні (Респондент 9д).

«У мене стаж 22 роки. Більше десяти років у мене вища категорія. І тепер я перейшла працювати [на іншу спеціалізацію] і зрозуміла, що всі свої категорії я втрачаю. Мені потрібно все спочатку починати, проробивши тут 2-3 роки. Чи буде колись створено якийсь закон, який дозволить медсестрам, які роками заробляють ці категорії, не втрачати їх при зміні місця роботи?»,

— медсестра (Респондент 1м)

«Дуже гарна система балів, мені б дуже хотілося впровадити в нашій державі, щоб людина, яка хоче далі розвиватися, отримувала бали. Ну як лікарі, наприклад. І не потрібно їздити на ці курси, витратити гроші, час і все інше, набрав бали, отримав сертифікати і потім прекрасно підтвердив свою кваліфікаційну категорію»,

— медсестра (Респондент 1м)

Участь в ухваленні рішень на рівні лікарні та органів влади

Наразі це залежить від доброї волі керівництва лікарні та органів влади. Медсестри не бачать інструментів, які могли б гарантувати, що їхній голос почують. Загальні збори не виконують такої функції, адже

в багатьох випадках керівник лікарні самостійно може приймати ключові рішення.¹⁹

Опитані медсестри зацікавлені у можливості долучатися до робочих груп в органах влади,

¹⁹ Зазвичай, загальні збори працівників лікарні визнаються такими, що відбулися, якщо в них взяли участь не менше $\frac{1}{2}$ - $\frac{2}{3}$ працівників. Участь приймається більшістю чи $\frac{2}{3}$ голосів. Тож зазвичай, навіть для вузьких рішень, що стосуються лише медсестер, обов'язкова участь лікарів (і навпаки). Окремою вертикалі ухвалення рішень у медсестер та лікарів немає.

щоб представляти свою позицію.

«Це було б дуже добре, якби медсестер брали у такі [робочі] групи, [щоб] побачити з самих низів всю цю роботу»,

— медсестра (Респондент 1м)

«В деяких лікарнях вони мають можливість впливати на рішення, тому що дуже багато нюансів, які медсестра інколи знає краще, ніж лікар. З приводу тих же витратних матеріалів»,

— лікар (Респондент 11л)

«Просто накупіло з цим регулюванням зарплати. Зараз в нас ситуація, що регулює головний лікар. І в кожному закладі це по-різному рахується, залежно від того, як це все собі головний лікар вирішує»,

— лікар (Респондент 10л)

Профспілки

Респонденти з немедичної сфери називають профспілки способом захисту інтересів медсестер.

Респонденти з медичної сфери, зокрема ті, що були чи є членами профспілок, зазначають, що профспілки не захищають права

та інтереси медсестер на робочому місці, натомість займаються збором коштів на святкування, подарунки, оздоровлення, грошову допомогу працівникам у скрутних обставинах тощо.

«Профспілки фактично недієві. Це профспілки, які підтримують керівництво, які не підтримують працівників... Головою профспілки є сам головний лікар. Ну, керівник лікарні є головою профспілки. Це взагалі нонсенс»,

— медсестра (Респондент 6м)

«Коли закривався підрозділ, скорочували 150 людей з лікарні, я, працюючи головою профспілки, бачила це все і нічого не могла зробити, тому що в нашій країні профспілки, які є в організаціях, не виконують ті функції, які на них покладені, вони так — для формальності»,

— медсестра (Респондент 1м)

Оплата праці

Респонденти погоджуються, що медсестринська праця оплачується недостатньо. Медсестри хотіли б, щоб початкова зарплата була хоча б 6 000 - 15 000 грн²⁰ та залежала від рівня освіти й робочого

навантаження. Ще одним способом збільшення заробітку може стати приватна практика. Але пацієнти переймаються, чи не будуть приватні медсестринські послуги недоступні для пацієнтів у селах.

«Не обов'язково прийти і одразу отримувати багато, нехай 6000 спочатку, [але] щоб це не була планка, [щоб зарплата збільшувалася] по мірі [професійного] зростання, а не так, як у нас зараз: прийшов молодий спеціаліст, ти з категорією, а отримуєте на однаковому рівні»,

— медсестра (Респондент 4м)

«Незадоволена тільки одним — негідною оплатою праці медичної сестри і тим, що держава впровадила цю реформу. Багато медсестер скоротили, тобто порахували, що роботу двох – трьох медсестер у відділенні може робити одна медсестра. Якби це ще оплачувалося гідно, то, може, дівчата б і працювали, а як їх зарплата така сама, а роботи дуже багато... А ви знаєте, коли у медсестри дуже багато роботи, якість цієї роботи падає».

— медсестра (Респондент 1м)

20 Ймовірно, респондент, що назвав 6000 грн, має на увазі суму після вирахування податків. Наразі медсестри не можуть отримувати зарплату нижчу за мінімальну зарплату. В 2021 році мінімальна зарплата в Україні [становить 6000 грн](#). Проте «на руки» працівники отримують зарплату за вирахуванням податку на доходи фізосіб (18%) та військового збору (1,5%)

«В селі всього 5 медсестер, і якщо я відмовлюсь від усіх, то залишусь взагалі ні з чим. Це дві різні планети. Буває, люди взагалі не можуть платити, і медсестри погоджуються на це все. Це більш сусідські особисті відносини. Хтось розплачується готівкою, розцінки 10-20 гривень, у когось і цих грошей немає, і дають літр молока, десяток яєць, хто що може»,

— пацієнт (Респондент 7п)

Тарифи НСЗУ

Дехто з респондентів не бачить можливості розділити роботу лікаря та медсестер/медбратів. Інші вказують, що оплата праці лікаря та медсестри має розраховуватися незалежно (наприклад, якщо НСЗУ фінансує послуги сімейного лікаря пакетом, у нього немає мотивації збільшувати зарплату медсестрі, тим самим зменшуючи свій дохід).

Контрактування спеціальними пакетами НСЗУ для медсестер/медбратів допоможе не лише підвищити їм зарплату, але й чіткіше розмежувати обов'язки медсестри та лікаря й буде чинником відповідальності у разі порушення посадових обов'язків.

«Доцільно [створити окреме фінансування], тому що є маніпуляції, які ми виконуємо... зняти електрокардіограму і тому подібне, — це дуже доцільно [тарифікувати окремо].

В приватних клініках так і є, кожна маніпуляція оплачується індивідуально»,

— медсестра (Респондент 4м)

«Якщо лікар подивився пацієнта і дав направлення медсестрі, щоб вона виконувала процедури, і далі медсестра вже сама виконує... Якби це йшло тільки під лікарем — лікар би отримав усі гроші, й скільки грошей розподілить

медсестрі — невідомо. А так — лікар виконав свою функцію, медсестра виконала свою функцію»,

— лікар (Респондент 11л)

«З моєї точки зору, це нелогічно [фінансувати окремо], тому що медсестринська послуга ізольованою бути не може. Є медична послуга. Людина приходить не за медсестринською послугою — людина приходить за допомогою, а допомога є не медсестринська чи лікарська, а медична»,

— представник органу влади (Респондент 14ов)

«В нас на підприємстві діє колективний договір, де чітко написано, що медична сестра має відсоток від зарплати лікаря. Так, тут медична сестра залежить від лікаря. Може бути гарний лікар, і медичній сестрі пощастило: 2000 декларацій, нормальна зарплата. А може бути не такий професійний лікар, як полюбляють пацієнти. Медсестра може бути суперова, але вона залежить від лікаря»,

— директор лікарні (Респондент 9д)

Кар'єра/самореалізація

Більшість респондентів зазначили, що найвища можлива кар'єрна сходинка для медсестри — це посада головної медсестри. Проте не всі хочуть мати таку посаду, адже вона передбачає значний обсяг додаткової роботи з документами та середнім/молодшим медичним персоналом, тоді як

заробітна плата майже не відрізняється від зарплати звичайної медсестри.

Респонденти-медсестри не називали можливість кар'єрного зростання до посади директора лікарні, хоча медсестри з вищою освітою можуть претендувати на цю посаду.

Деякі з наших респондентів-медсестер зазначили, що хотіли б дещо змінити профіль роботи і продовжити навчання за спеціальністю «Лікарська справа».

Частина респондентів-медсестер зазначили, що вони зацікавлені у викладанні в закладах вищої

та фахової передвищої освіти, проте не всі знають, як це можна реалізувати на практиці. Інші вважають, що ставлення студентів до викладачів не надто позитивне, тож краще ділитися своїм досвідом з колегами, які є більш вдячною аудиторією.

«Вони працюють медичними сестрами, можуть працювати операційними медичними сестрами, залежно від напрямку, який вони оберуть. Можуть працювати старшими медичними сестрами, це залежить від закладу, головною медичною сестрою, напевно, це верхівка кар'єри»,

— медсестра (Респондент 4м).

«Є різні варіанти: вона пішла працювати у якесь відділення і там стала старшою медичною сестрою. Якщо вона має вищу освіту, якщо вона може пройти курси по менеджменту у сфері охорони здоров'я, то вона може стати навіть начмедом [медичним директором - ред.].

Це, в принципі, кожен може стати — і лікар може без курсів стати начмедом чи головним лікарем. Якщо вона має магістерку з медсестринства, то вона може бути начальником у публічній частині [працювати у МОЗ, Центрі медсестринства тощо]»,

— представник органу влади (Респондент 14ов)

«Кар'єра медсестри — це йти працювати в приватний заклад. Якби всі медичні сестри хотіли б бути старшими медичними сестрами або головними медсестрами... Коли головна медсестра йде у відпустку, її ніхто не хоче замінити, це і робочий час довший, і відповідальність»,

— директор лікарні (Респондент 9д)

«Я ніколи не пробувала, але всі, хто стикався зі мною по роботі, казали, що я вмію дуже гарно пояснювати те, що до людей, буває, не одразу доходить під час вивчення якоїсь там теми. Яюсь мені завжди це вдавалося. Тому я думаю, що я би змогла [викладати]»,

— медсестра (Респондент 1 м).

Самостійність та приватна практика

Загалом у респондентів склався консенсус, що медсестри та медбрати не можуть приймати рішення без лікаря. Деякі з опитаних спираються у цьому висновку на законодавчі регулювання, зазначаючи, що в країнах з іншим регулюванням медсестри мають більше самостійності.

Така ситуація влаштовує молодих медсестер, але більш досвідчені медсестри вже хочуть більше незалежності та повноважень. Головним мотивом для відкриття приватної практики (під час якої медсестра також виконуватиме

настанови лікаря) є перспектива грошової винагороди. Нематеріальні стимули такого кроку, такі як самостійність, незалежність, можливість самостійно визначати робоче навантаження, респонденти не називали.

Респонденти сказали, що у випадку роботи як ФОП готові платити податки в розмірі до 20% від заробітку. Основною перепорою для відкриття власної справи медсестри назвали нестачу знань у цій сфері й те, що вони не замислювалися про таку опцію.

«Медсестра — це помічник, виконавець вказівок лікаря. Медсестра не має жодних юридичних прав сама вирішувати, як надається медична допомога, які дії вона повинна зробити. Вона просто виконавець. Але на мою думку, ми все ж таки змінюємо систему охорони здоров'я, і медсестра повинна бути також професіоналом, наділеним саме її функціями. Вона може прийняти рішення, кому зробити скринінгове обстеження, кого в яку групу ризику внести, кому зробити ЕКГ, навіть виписати рецепти, якщо вони не потребують коригування. Тобто якщо пацієнт добре пере-

носить лікування, є хронічним хворим, то це може і повинна бути специфіка медичної сестри»,

— директор лікарні (Респондент 9д)

«Я вважаю, що медсестра може надавати послуги, але вона не може сама вирішувати, як їй лікувати. Тобто послуги медичної сестри вона надавати може, якщо у пацієнта є рекомендації від лікаря. Наприклад, вона може зробити укол, якщо прописано, які препарати призначив лікар»,

— медсестра (Респондент м1)

«[Медсестра з освітою магістра] вже повинна мати більше повноважень і, в тому числі, щось призначати і в деяких випадках замінювати функцію лікаря»,

— лікар (Респондент 11л)

«Я працювала сама. Година моєї праці від 300 грн. Наприклад, я їздила додому, людині лікар назначив покапати препарати, і я їх капала. Я роблю цю маніпуляцію, ставлю катетер чи венфлон, капаю, слідкую за станом пацієнта, і після того, як це зробила, я вільна»,

— медсестра (Респондент м4)

Регулювання медсестринської приватної практики

Респонденти вбачають потребу регулювати діяльність медпрацівників, які працюють приватно. В той же час, деякі респонденти вказали, що якщо паралельно медсестра/медбрат працює

у лікарні (яка має власну ліцензію), додаткова ліцензія буде зайвою.

Думки про те, хто може забезпе-
чувати ліцензування, розійшлися.
Це можуть бути медсестринські

чи пацієнтські організації,
заклади освіти, Міністерство
охорони здоров'я.

«У нас медична справа також ліцензується.
Взагалі медична практика потребує ліцензування,
тому що коли ти маєш справу зі здоров'ям людини,
то це дуже відповідально»,

— директор лікарні (респондент 9д)

«Вона [приватна практика - ред.] потребує сертифікації.
Вона повинна бути ступенева, чітко прописана. Треба
довіру мати до закладу, до тієї установи, яка проводить»,

— медсестра (Респондент 2м)

«Щодо ліцензування, то я не впевнена. А певне регулюван-
ня було б непогано мати, тому що це людське життя.
Ліцензування — це вже напевне глибше: якщо ми поки
що не ліцензували лікарів ізолювано — у нас тільки йде
ліцензування закладів охорони здоров'я або ліцензуван-
ня ФОПів, — то напевно ми доскочимо до ліцензування
доглядальниць. Але загалом регулювання, на мою думку,
потрібне»,

— представник органу влади (Респондент 14ов)

Рекомендації (Дорожня карта)

Виходячи з проблем, виокремлених під час кабінетного дослідження та інтерв'ю, ми пропонуємо кілька кроків для розвитку медсестринської професії та покращення доступу для медичних послуг для українців.

Проблема 1:

Застаріла система освіти для медсестер та медбратів, що не дозволяє чітко визначити їхню кваліфікацію

Рішення:

Осучаснення освітніх можливостей для медичних сестер

Рішення 1.1.

Реформування системи кваліфікаційних рівнів.

Доцільно запровадити вимоги до отримання кожного кваліфікаційного рівня, які базуються на знаннях та навичках, на протизагу існуючій системі, в якій новий кваліфікаційний рівень можна здобути лише раз на 5 років.

Істотною проблемою існуючої системи є те, що медсестра чи медбрат, змінюючи профіль роботи, втрачає всі свої кваліфікаційні рівні, знову починаючи «з нуля». Для поновлення вищої кваліфікації їм знадобиться понад 10 років. Альтернативою може стати іспит на кваліфікаційний рівень, який можна скласти у будь-який момент, коли медпрацівник відчуває, що має вже достатньо знань та навичок.

Рішення 1.2.

Запровадження системи безперервного професійного розвитку

Згідно з [постановою Кабінету Міністрів України від 14 липня 2021 р. № 725](#) для молодших спеціалістів (фахових молодших бакалаврів, молодших бакалаврів, бакалаврів) з медичною освітою та провізорів можливості безперервного професійного розвитку почнуть діяти з 1 січня 2023 року. За час, що залишився, освітні установи мають розробити курси для медсестер, а Міністерство

охорони здоров'я розробити Критерії нарахування балів безперервного розвитку за аналогією до [лікарських](#).

Рішення 1.3.

Запровадження системи дуальної освіти в медсестринстві

Система дуальної освіти для медсестер та медбратів дозволить їм відразу реалізовувати отримані знання на практиці та отримувати за це гроші, а медзаклади забезпечить додатковим медичним персоналом. На початку навчання медсестри можуть працювати молодшими медичними сестрами та медбратами (санітар/санітарка), адже ця посада не потребує медичної освіти, а зі зростанням рівня знань отримувати посади звичайних медсестер/медбратів.

Рішення 1.4.

Збільшення частки медсестер та медбратів, які викладають на медсестринських спеціальностях.

Попри наявність на ринку праці медсестер з вищою освітою, частка таких викладачів у медколеджах все ще незначна. Це спричиняє проблему, про яку говорили респонденти: «вчать одному, а на роботі все по-іншому».

Збільшення кількості викладачів з медсестринською освітою та практиків медсестринства могло б істотно підвищити відповідність навчальної програми потребам медзакладів. Осучаснення системи медсестринської освіти підвищить попит на медсестер та медбратів з вищими освітніми ступенями з боку навчальних закладів.

Можливі ризики та обмеження:

Впровадження змін потребує стратегічного бачення розвитку медсестринської професії від регуляторів. Для успішного впровадження дуальної освіти потрібна скоординована співпраця між закладами освіти та закладами охорони здоров'я, а також спільний відбір абітурієнтів. Адже здоров'я — це дуже чутлива тема.

Отже, якщо студент не впорався з роботою в лікарні, він не повинен продовжувати навчання в освітньому закладі навіть за умови виконання всіх вимог цього закладу. Це може знизити привабливість дуальної освіти для абітурієнтів. Заклади освіти можуть не відчувати потреби у залученні до викладання медсестер, адже вони не є кінцевими споживачами випускників медсестринських спеціальностей.

Заходи, які знижують ризики:

Створення спільної платформи для обговорення рішень (у форматі робочої групи, дорадчого органу при профільних міністерствах — Міністерство освіти та науки України та Міністерство охорони здоров'я України) дозволить ще на етапі випрацювання рішень дізнатися побажання та перестороги ключових стейкхолдерів. [Врахування результатів працевлаштування випускників](#) та задоволеності роботодавців при визначенні обсягу фінансування освітніх закладів може створити нові стимули для покращення якості освіти, залучення медсестер до викладацької діяльності та створення успішних програм дуальної освіти.

Відповідальні:

Міністерство охорони здоров'я, Міністерство освіти і науки, Центр розвитку медсестринства при МОЗ, заклади медичної освіти, провайдери освітніх послуг, медсестринська спільнота

Проблема 2:

Сприйняття медсестер та медбратів лише як помічників лікаря. Відмова їм у праві на професійну самостійність та самодостатність

Рішення:

Формування чіткої сфери діяльності та відповідальності медсестер з її окремим фінансуванням

Рішення 2.1.

Пряме визначення медсестринських послуг у специфікаціях надання медичних послуг за програмами медичних гарантій

Частина послуг у специфікаціях є медсестринськими. Зокрема, у пакеті первинної допомоги це шість послуг, що стосуються популяризації здорового способу життя, профілактики захворювань, щеплень, «паперової» роботи (Рисунок 1).

Ще частина послуг надається лікарями спільно з медсестрами. Інші послуги наразі більше відповідають кваліфікації лікарів. Доцільно розмежувати у пакетах лікарські, медсестринські та спільні послуги. Це допоможе кожному члену медичної команди чіткіше зрозуміти свою роль та відповідальність, а також краще розраховувати робоче навантаження і потребу в персоналі.

Рисунок 1. Розподіл послуг між лікарями та медсестрами



Джерело даних: [Наказ МОЗ №504 Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги](#)

Примітка: Назви на графіку скорочені, повні назви за відповідним номером можна знайти у наказі МОЗ № 504. Варто зазначити, що, наприклад, у Великобританії, частина послуг, яку ми розподілили до лікарів, уже надається медсестрами. Це супровід неускладненої вагітності, видача рецептів на ліки та медичні засоби. Також у Великобританії та США паліативну допомогу надають переважно медсестри. Тому цей розподіл потрібно час від часу переглядати.

Рішення 2.2.

Розробити пакет медсестринських послуг «Медсестринська медична допомога дорослим та дітям» за програмою медичних гарантій, що надаються поза стаціонаром за приписами лікаря (зокрема для післяопераційного відновлення, паліативної допомоги, профілактичних заходів)

Часто після отримання від лікаря приписів та схеми лікування єдиною причиною, що змушує пацієнтів залишатися у стаціонарі, стає потреба у медсестринських послугах.

Адже не всі мають можливість щодня їздити на ін'єкції чи інфузії до сімейного лікаря, як з логістичних причин (стан пацієнта, відсутність постійного транспортного сполучення у селах тощо), так і з причини завантаженості сімейного лікаря. В обов'язках сімейних лікарів прописана можливість виїжджати додому до пацієнта. Така послуга особливо актуальна для літніх людей та хворих, які проживають у віддалених селах.

Але зазвичай [такої практики немає](#), як не існує й соціального транспорту, який міг би за необхідності возити жителів сіл до найближчого сімейного лікаря.

Значний шматок роботи сімейного лікаря у частині

медсестринських послуг могли б взяти на себе медсестри.

Таке розвантаження було б особливо помічним для сімейних лікарів, які працюють без медсестер, але мають повне навантаження за деклараціями.

Створення додаткового пакету для медсестринських послуг фактично означає, що послуги ФАПів (чи самотійних медсестер, що виконують схожі функції) могли б фінансуватися не з «кишені» сімейного лікаря (адже це створює конфлікт між бажанням лікаря гідно заробити та забезпечити доступ до медичних послуг у віддалених місцевостях), а за рахунок окремого пакета НСЗУ.

Наразі у сільських ОТГ утримання ФАПів «лягає» на сімейного лікаря — для цього використовують кошти, які він отримує за декларації. Тому за відсутності лікаря ФАПи закривають, і мешканці залишаються без доступу до меддопомоги.

Така ситуація обмежує доступ не тільки до первинного, але і до вторинного (спеціалізованого) рівня медичної допомоги для мешканців сільських територій (адже направлення має давати сімейний лікар, а найближчий лікар, з яким можна підписати декларацію, може знаходитися на великій відстані від пацієнта).

Пакет послуг «Медсестринська медична допомога дорослим та дітям» може включати послуги, які можна надавати за місцем проживання без безпосередньої участі лікаря (але за його приписом). Це зокрема послуги з догляду в післяопераційний період, паліативна допомога, а також первинний моніторинг стану здоров'я громадян та консультування їх щодо здорового способу життя та зниження ризику розвитку хвороб.

Основою для розробки такого пакету може стати досвід роботи медсестер району (district nurse) та медсестер громади (community nurse), успішно [впроваджений](#) у Великобританії. [Схожа система](#) працює і в Канаді.

Рішення 2.3.

Врегулювання на законодавчому рівні відповідальності медсестер за їхні послуги

Хоча у нормативних актах згадується [відповідальність медичного працівника](#), фактично за всі помилки й неправильні рішення в процесі лікування хворого відповідальність несе лікар. Адже він визначає план лікування, призначає лікарські засоби і направляє пацієнтів до лікарів іншого профілю за необхідності, а медичні брати і сестри

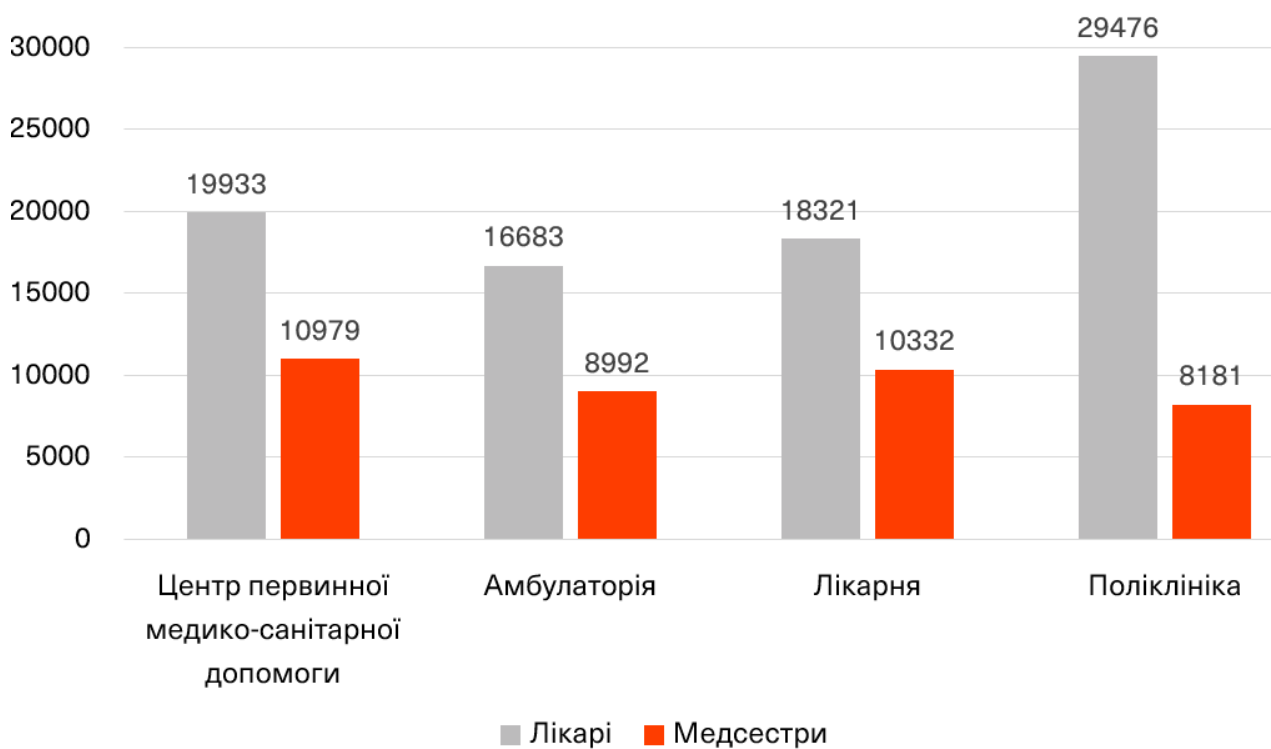
лише виконують призначення та приписи.

Відповідальність медсестри чи медбрата передбачена лише у випадку, якщо вона/він порушує приписи лікаря чи посадові обов'язки, і це призводить до проблем зі здоров'ям пацієнта.

За такий розподіл відповідальності лікарі справедливо хочуть відповідної компенсації — як матеріальної, так і нематеріальної (ставлення). «Плата за ризик» додатково зменшує стимули урізати зарплату лікарів на користь медсестер.

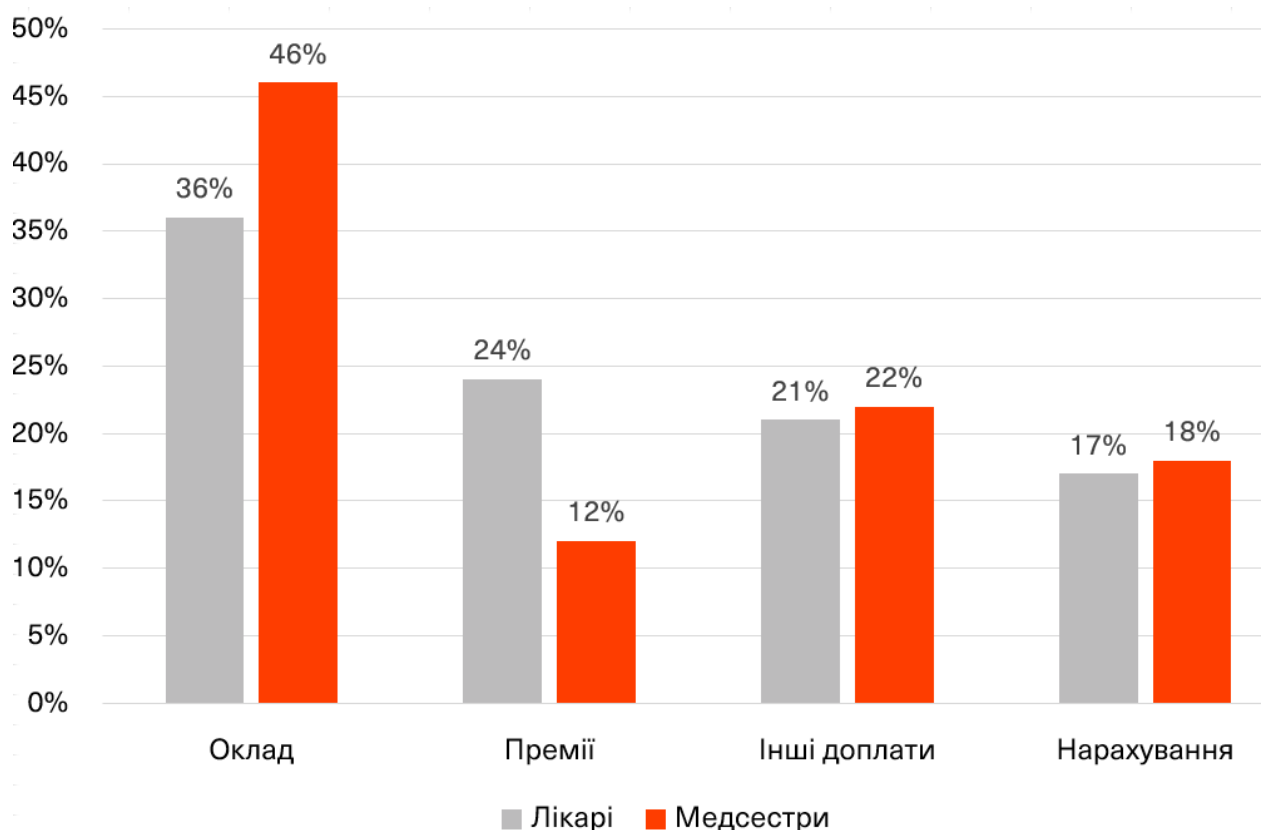
Рисунок 2 показує, що низькі зарплати медсестер не завжди пов'язані із низьким зарплатним фондом медзакладу, адже у 2019 році на первинному рівні медичної допомоги найнижчі зарплати медсестри отримували там, де лікарям платили найбільше.

Рисунок 2. Розмір середньої місячної заробітної плати медсестер та лікарів у медзакладах первинної ланки у 2019 році, грн



Джерело: [Звіт за результатами дослідження «Оцінка поведінки провайдерів первинної медичної допомоги у відповідь на введення капітації»](#)

Рисунок 3. Структура заробітної плати медсестер та лікарів у 2019 році, %



Джерело: [Звіт за результатами дослідження «Оцінка поведінки провайдерів первинної медичної допомоги у відповідь на введення капітації»](#)

Рисунок 3 показує, що премії у зарплаті лікарів становлять більшу частку, ніж у зарплаті медсестер, тож лікарі отримують більше заохочень від медзакладу.

Розділення відповідальності з одного боку могло б розвантажити лікарів, а з іншого — забезпечити медсестрам відчуття повної відповідальності за свій «шматок» роботи (ownership) та аргументацію для обґрунтованого підвищення оплати праці.

Рішення 2.4.

Комунікація щодо спроможності медсестер надавати послуги

Всі ці кроки неможливі без спільного розуміння напрямку руху і впевненості у спроможності медсестер та медбратів. Попри те, що вже понад 20 років близько 10% медсестер в Україні отримують вищу освіту, у суспільній уяві вони залишаються «помічниками лікарів», які закінчили «училище».

Широка інформаційна кампанія, яка б розповідала про те, чого навчають медсестер, що вони вміють, як можна покращити доступ до медичної допомоги за рахунок більшого залучення медсестер та як це працює в інших країнах, допомогла б подолати сумніви у спроможності середнього медичного персоналу.

Можливі ризики та обмеження:

Головні ризики імплементації рекомендацій з визначення відокремленого переліку медсестринських послуг — спротив лікарів зростанню ролі медсестер, неготовність медсестер взяти на себе більше відповідальності та неготовність директорів медзакладів дати більше відповідальності медсестрам та медбратам. Імплементація цих рекомендацій потребує залучення лікарів і медсестер/медбратів та значної інтелектуальної роботи з розподілу обов'язків, відповідальності та фінансування з боку регулюючих інституцій.

Заходи, які знижують ризики:

Рекомендації можна запроваджувати поступово, почавши

з пілотних проєктів у певних громадах та медичних закладах. Це дозволить тестувати нові підходи та швидко вносити корективи, що покращуватимуть якість надання медичних послуг українцям, а також відмовитись від непрацюючих практик.

Відповідальні:

Національна служба здоров'я України, Міністерство охорони здоров'я України, Центр розвитку медсестринства при МОЗ, Верховна Рада України, медсестринська спільнота, Кабінет Міністрів України

Проблема 3:

Нестача медичного персоналу в сільських ОТГ

Рішення:

Збільшення доступу до медичних послуг за рахунок більшого залучення до їх надання середнього медичного персоналу

Рішення 3.1.

Розширення повноважень медсестер на первинній ланці

Україна не перша у світі стикається з високою вартістю лікарських послуг та обмеженим доступом до них. Медична реформа, що зробила сімейного

лікаря ключовою людиною в питанні доступу до медичних послуг (gatekeeper) для пацієнта, залишила поза бортом жителів тих громад, де відчувається гостра нестача сімейних лікарів.

Інша проблема — те, що гарні лікарі швидко набрали потрібну кількість декларацій, а довіряти своє здоров'я лікарям із поганими відгуками — це великий ризик. Та і найдосвідченіші лікарі не спроможні встигнути надати всім, хто підписав з ними декларацію, якісні медичні послуги.

Якщо лікар працює 11 місяців на рік (це близько 48 тижнів за винятком відпустки, лікарняних тощо) [33 години](#) на тиждень, то він має трохи менше 1600 годин робочого часу. При рекомендованій кількості декларацій — [1800](#) — це означає 53 хвилини на пацієнта на рік. Очевидно, що лікар не встигне приділити достатньо часу [профілактичним заходам](#), зокрема періодичним обстеженням пацієнтів із груп ризику, а зосередить всю увагу на лікуванні вже хворих.

Такої кількості робочих годин також навряд чи вистачить на відвідування пацієнтів удома, навіть якщо вони того потребують.

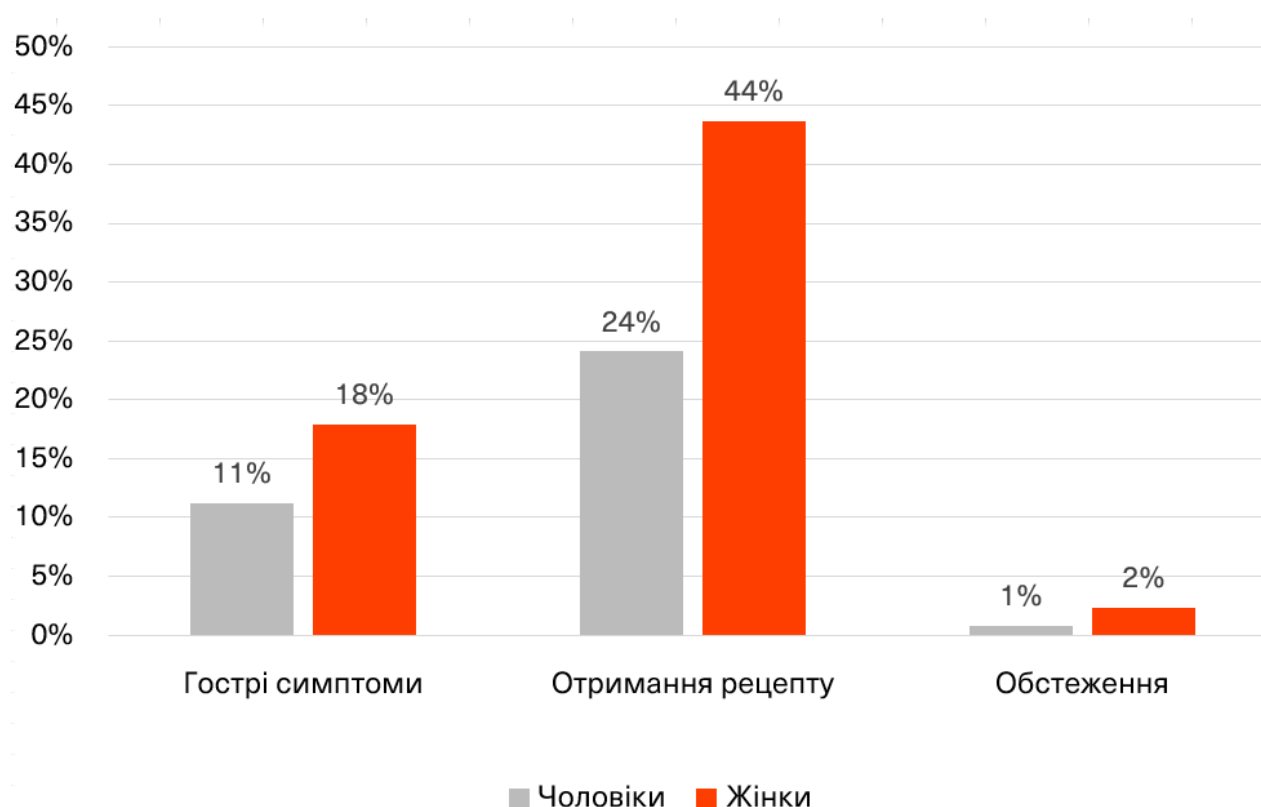
Досвід Британії показує, що розширення повноважень медсестер покращило доступ пацієнтів

до медпослуг, а рецепти, виписані медсестрами, працюють навіть краще, ніж виписані лікарями (за [оцінкою стану пацієнтів](#), які приймали ліки). Для людей з хронічними хворобами продовження рецептів на ліки — одна з головних причин звернень до центрів первинної медичної допомоги (Рисунок 4).

Надання медсестрам — наприклад тим, які працюють у ФАП, — повноважень виписувати ліки може суттєво вплинути на доступ до цих послуг для таких пацієнтів. Також медсестрам можна передати повноваження проводити профілактичний огляд пацієнтів без скарг на стан здоров'я та огляд перед плановим щепленням (він досить формальний — у пацієнта міряють температуру, питають про скарги, поверхнево оглядають шкіряні покрови). Якщо стан буде викликати сумніви чи побоювання, можна спрямувати пацієнта до лікаря.

Респонденти зазначили, що медсестри з вищою освітою вже мають достатньо знань для виконання частини лікарських функцій, а представник освітнього закладу підкреслив, що система освіти у змозі давати медсестрам знання і навички, що відповідатимуть більшим повноваженням.

Рисунок 4. Розподіл за статтю головної причини звернення до закладів первинної допомоги пацієнтів з хронічним діагнозом «гіпертонія» у 2019 році, %



Примітка: 100% — всі пацієнти з хронічним діагнозом «гіпертонія», що звернулися до аналізованих закладів первинної допомоги.

Джерело: [Звіт за результатами дослідження «Оцінка поведінки провайдерів первинної медичної допомоги у відповідь на введення капітації»](#)

Можливі ризики та обмеження:

Невідповідність змісту освітніх програм і знань та навичок, які вони дають, новим повноваженням медсестер, небажання медсестер брати на себе нові функції, спротив лікарів передачі функцій, спротив регуляторів розширенню повноважень медсестер, небажання пацієнтів отримувати послуги у медсестри, а не у лікаря.

Заходи, які знижують ризики:

Адаптація навчальних програм під розширені повноваження медсестер, проведення незалежного оцінювання спроможності медсестер надавати більше послуг на первинній ланці, проведення інформаційної кампанії для пацієнтів, лікарів, медсестер про причини та наслідки збільшення повноважень медсестер на первинній ланці (збільшення доступності медичних послуг), адвокація на основі даних такої необхідності для тих, хто сумнівається чи не вірить у спроможність медсестер.

Відповідальні:

Верховна Рада України, Кабінет Міністрів України, заклади освіти, Центр розвитку медсестринства при МОЗ України, Міністерство освіти і науки, медсестринська спільнота

Проблема 4.

Незадоволений попит на паліативні послуги, медсестринські послуги у відновлювальний період та послуги з догляду

Рішення:

Створення пропозиції медсестринських послуг за рахунок приватної практики

Рішення 4.1.

Створення додаткових можливостей для самостійної організації та ведення медичної практики медсестрами та медбратами (ФОП, юрособи).

Наразі медсестри можуть надавати медсестринські послуги за обмеженим переліком КВЕДів (найбільш відповідні наведені у розділі «Стан справ в Україні»). Всі вони не повністю відображають медсестринську роботу. У [Ліцензійних умовах](#) на провадження медичної практики, які підходять і для медсестер, зазначено, що за місцем проживання

може надаватися допомога у проходженні медичної реабілітації і виїзна (мобільна) консультативно-діагностична допомога.

Згідно з правилами, робити на дому ін'єкції та інфузії (уколи та крапельниці) медсестра може лише якщо це підпадає під поняття медичної реабілітації. Але немає жодної прозорості можливості для пацієнта офіційно отримувати вдома такі послуги за інших умов, наприклад, від медсестри, якій він довіряє, а не тієї, яка працює з лікарем, що призначив лікування (адже довіра пацієнта до лікаря не гарантує, що пацієнт «спрацюється» з медсестрою).

Розширення переліку послуг у КВЕД 86.90 чи створення окремого КВЕДу для медсестринських послуг дозволить підвищити пропозицію приватних медсестринських послуг для пацієнтів та збільшити фінансову незалежність і добробут медсестер.

Рішення 4.2.

Розвиток підприємницьких навичок медсестер

Не всі медсестри знають про можливість відкриття приватної практики, а ті, хто знають, — потребують допомоги з юридичних та фінансових питань.

Помічними для просування практики відкриття приватної справи у сфері медсестринства можуть стати різнопланові навчальні програми, а також послуга безкоштовного консультування з відкриття власного бізнесу від регулятора.

Рішення 4.3.

Визначення органу, відповідального за сертифікацію медсестер та медбратів

У різних країнах існують різні підходи до ліцензування медсестер. Як ми писали у розділі «Міжнародний досвід», у Великобританія ліцензії з правом на роботу медсестрам видає регулятор середнього медичного персоналу — Рада медсестер та акушерок, у Польщі це [роблять](#) регіональні Ради медсестер та акушерок, [в Данії цим займається пацієнтська організація, а в Фінляндії — один із регуляторів у сфері медицини](#).

Для проведення такої сертифікації організація повинна мати відповідні компетенції у медичній сфері та у сфері сертифікації. За відсутності в Україні потужних самоврядних пацієнтських та медсестринських організацій з компетенціями у сфері ліцензування, цю функцію міг би взяти на себе медичний регулятор.

Рішення 4.4.

Визначення умов отримання та відкликання сертифікату

Наразі документом, що дозволяє працювати медсестрою чи медбратом, є диплом з відповідної спеціальності. Для отримання диплома потрібно скласти [зовнішнє незалежне оцінювання](#) — іспит КРОК від Центру тестування при МОЗ України, який у вигляді тесту проходить одночасно по всій країні. [Заборонити](#) займатися медичною діяльністю може лише суд у випадку, якщо медпрацівник здійснив професійний злочин.

Покращити цю систему можна за допомогою додаткового післядипломного оцінювання медичних сестер в рамках галузі, якою вони планують займатися (загальна практика, робота з дітьми, геронтологія тощо), та випрацювання критеріїв та причин, через які дозвіл на роботу може бути відкликаний (неетична поведінка, розголошення медичної інформації пацієнтів, недоброчесне виконання обов'язків тощо). Післядипломний іспит може стати важливою перевіркою знань, якщо між отриманням диплому і початком роботи за професією пройшов значний проміжок часу (більше 5 років).

Рішення 4.5.

Створення Реєстру сертифікованих медпрацівників

Відкритий Реєстр сертифікованих медпрацівників дозволить пацієнтам та роботодавцям швидко впевнитися у наявності в медсестри чи медбрата відповідних професій знань та навичок та загалом підвищить прозорість цієї сфери.

Можливі ризики та обмеження:

Небажання медсестер та медбратів брати на себе відповідальність за власну справу. Відсутність освітніх програм з підприємницької діяльності у сфері медсестринства. Нестача коштів для відкриття власної справи (виконання вимог ліцензії, оплата послуг юристів, бухгалтерів за потреби). Надання неякісних послуг пацієнтам внаслідок відсутності сертифікації навичок медсестер та медбратів. Недовіра пацієнтів до медсестер, які не співпрацюють з лікарнями. Корупційні ризики у роботі Реєстру сертифікованих медсестер (непрозора процедура потрапляння та виключення медсестри з Реєстру).

Заходи, які

знижують ризики:

Надання регулятором безоплатних послуг з юридичної допомоги медсестрам у відкритті власної справи. Створення навчальних програм з підприємницької діяльності для середнього медичного персоналу

Створення механізму, який би захищав права пацієнтів у разі недобросовісності медсестри/медбрата чи неякісного надання медсестринських послуг. Розробка прозорих і зрозумілих правил сертифікації медсестер та роботи Реєстру сертифікованих працівників. Долучення медичної, освітньої та пацієнтської спільноти до розробки таких правил.

Відповідальні:

Кабінет Міністрів України, Міністерство освіти і науки, Міністерство охорони здоров'я, Центр розвитку медсестринства при МОЗ, медичні освітні заклади, медсестринська спільнота, пацієнтська спільнота

Проблема 5.

Відсутність сталої практики долучення медсестер до ухвалення рішень у медичній і медично-організаційній сфері на рівні лікарні та органів влади

Рішення:

Створити офіційні інструменти постійного залучення представників медсестринської спільноти до ухвалення рішень

Рішення 5.1.

Розробка і затвердження рекомендацій для медзакладів з колегіального ухвалення рішень за участю медсестер та медбратів

Регулятор спільно з керівниками лікарень та представниками медсестринської спільноти може ініціювати розробку механізмів ефективного залучення медсестер до ухвалення рішень. Наразі медсестри та медбрата можуть повідомити про свої потреби чи побажання лише на запит керівництва лікарні. У середнього медперсоналу, як і у лікарів, немає дієвих механізмів, щоб забезпечити реалізацію своїх потреб і гарантований вплив на управлінські рішення рівні лікарні.

Загальні збори можуть забезпечити достатню кількість голосів, коли у рішенні зацікавлені всі стейкхолдери, але коли рішення стосується лише певної категорії медпрацівників, набрати голоси може бути складно.

Тож керівництво лікарні має подбати про дієві інструменти

двосторонньої комунікації (не тільки згори-вниз, але і знизу-нагору) та способи для медсестер та медбратів впливати на рішення в рамках медзакладу.

Рішення 5.2.

Розробка інструментів залучення представників медсестринської спільноти до рішень у медичній сфері на рівні регіону чи держави

Існуюча практика дуже обмеженого залучення медсестер до рішень органів влади вже зараз спричиняє негативні наслідки для професії. Відсутність інструментів гарантованої взаємодії медсестринської спільноти з органами влади і керівництвом лікарень призводить до виникнення протестних рухів у середовищі медсестер.

Зокрема, негативні для медсестер наслідки медреформи спричинили [появу низового руху #БудьякНіна](#), який [створив](#) власну громадську організацію та провів кілька протестних акцій по всій Україні. Залучення медсестер до робочих груп із розробки дизайну медреформи, розвитку медичної системи чи створення стандартів лікування може не тільки налагодити якісну комунікацію між медсестрами та органами влади, але й дати новий погляд та поштовх для розвитку української медичної системи.

Можливі ризики та обмеження:

Неготовність керівництва лікарень, представників кіл впливу та органів влади ділитися управлінською владою з медсестрами. Неготовність медсестер брати на себе відповідальність за рішення, що стосуються всієї лікарні чи медичної галузі.

Заходи, які знижують ризики:

Створення для медсестер та медбратів освітніх курсів, що знайомили б їх з управлінськими принципами у сфері медицини, юридична підтримка медсестер у захисті їхніх прав, адвокація переваг зростання ролі медсестер та медбратів у прийнятті рішень перед керівництвом лікарень та представниками профільних органів влади.

Відповідальні:

Міністерство охорони здоров'я, Центр розвитку медсестринства при МОЗ, керівництво медичних закладів, представники лікарської спільноти, представники медсестринської спільноти

Висновки

В умовах старіння населення все більше зростає попит на медичні послуги. У першу чергу йдеться про послуги з догляду та паліативні послуги. Саме медсестри можуть допомогти Україні забезпечити якісне надання таких послуг.

Проте для цього потрібно приділити увагу розвитку лідерського потенціалу представників медсестринської спільноти, посиленню регулятора у галузі медсестринства та формуванню потужної мережі «агентів змін» на місцях задля інформування та отримання підтримки від «бюрократів вулиць» — представників місцевої влади та медичної спільноти. Хоча це не так просто виконати, посилення ролі медсестер в Україні може підняти українську медицину і доступність медичних послуг на новий рівень розвитку.

Розпочати радимо зі змін законодавства, які спростять для медсестер відкриття власного бізнесу (створення окремого КВЕДу, системи ліцензування), а також дозволу медсестрам надавати послуги окремо від лікаря (за моделлю community nurse).

Додатки

Додаток 1. Інструментарій інтерв'ю

Питання	Респондент
Чому Ви обрали цю професію?	медсестри
Що Вас мотивує працювати медичною сестрою зараз?	медсестри
Наскільки Ви загалом задоволені професією медсестри?	медсестри
Як складаються Ваші відносини з медичним персоналом?	медсестри
Як складаються Ваші відносини з пацієнтами?	медсестри
Чи хотіли б Ви кар'єрного зростання?	медсестри
Ким Ви б хотіли працювати в майбутньому? Чи збираєтесь піти з лікарні? У іншу професію?	медсестри
Яким є варіанти кар'єрного шляху медсестри загалом?	медсестри, директор лікарні, лікарі, представники місцевих органів влади, представники Грузії, Великобританії, США
Чи хотіли б Ви викладати?	медсестри
Яку зараз маєте найвищу кваліфікаційну категорію та спеціалізацію?	медсестри
Чи залишається у Вас час на навчання?	медсестри
Чи проходили Ви додаткове навчання для медсестер? Яке?	медсестри
Чи задоволені Ви ним?	медсестри
Як проходить процедура відбору та зарахування медсестер на курс? (медсестра сама обирає курси, чи їх обирає лікарня)	медсестри

Чи є тиск на медсестер, які не проходять додаткове навчання?	медсестри
Хто оплачує навчання?	медсестри
Яка мета вашого навчання?	медсестри
Чи варто впроваджувати спеціалізацію з різних видів медсестринства під час навчання в медичних училищах/університетах чи краще додаткове навчання під час роботи?	медсестри, директор лікарні, представники місцевих органів влади, представник закладу вищої освіти
Чи доцільно, на Вашу думку, створити перелік медсестринських послуг та тарифи на них?	медсестри, директор лікарні
Чи має кількість наданих послуг впливати на заробітну плату медсестер?	медсестри, директор лікарні
Чи хотіли б Ви, щоб Ваш дохід залежав від рівня освіти?	медсестри
Як ви думаєте, якою має бути початкова зарплата медсестри, після закінчення навчання в училищі, коледжі чи університеті?	медсестри
Які Ваші обов'язки на робочому місці?	медсестри
Чи є якісь додаткові завдання, що не передбачені Вашими професійними обов'язками?	медсестри
На Вашу думку, де межа між повноваженнями лікаря та медсестри/медбрата? Що роблять виключно лікарі, а що виключно медсестри?	медсестри, директор лікарні, лікарі
Чим відрізняються функції медсестри/старшої медсестри/головної медсестри?	медсестри, директор лікарні, лікарі
Що потрібно для того, щоб стати старшою медичною сестрою/братом? (формальні та неформальні вимоги)	медсестри, директор лікарні, лікарі
Чи необхідно медсестрам більше повноважень?	медсестри, директор лікарні, лікарі
Хто має виконувати господарчі функції (закупівлі, прибирання, робота з документами)? (а) медсестри; б) немедичні працівники; в) інші підприємства)	медсестри, директор лікарні, лікарі, представники місцевих органів влади
Як розділити послуги медсестер та доглядальниць?	медсестри
Чи вважаєте Ви, що діяльність з надання медсестринських послуг потребує регулювання? Чому?	медсестри, директор лікарні

Хто має надавати ліцензії?	медсестри, директор лікарні
Чи готові Ви працювати приватно без лікаря? Чому?	медсестри
Чи готові Ви зареєструватися як ФОП чи зареєструвати фірму та надавати звітність? Чому?	медсестри
Чи готові Ви платити податок на надання послуг? Яку частку доходу Ви готові віддавати державі?	медсестри
Чи існує зараз профспілка медсестер? Чим вона займається?	медсестри, директор лікарні, представники місцевої влади
Чи хотіли б ви, щоб вас запитували про те, яке обладнання чи матеріали потрібно закупити для лікарні? Чи є у вас інструменти для впливу на такі рішення?	медсестри
Чи хотіли б ви брати участь у робочих групах при МОЗ, департаментах охорони здоров'я на місцях?	медсестри
Чи є у Вас інструменти співпраці з державними та місцевими органами?	медсестри
Чи користувалися коли-небудь послугами доглядальниці?	пацієнти
Як Ви її обирали? (які вимоги)	пацієнти
Чи мала вона медичну освіту? Якщо так, чи було це серед Ваших вимог?	пацієнти
В яких випадках, на Вашу думку, потрібна доглядальниця з медичною освітою?	пацієнти
Чи робила доглядальниця медичні маніпуляції?	пацієнти
Скільки, на Вашу думку, мають коштувати послуги доглядальниці? Доглядальниці з медичною освітою?	пацієнти
Скільки Ви готові платити за медичні маніпуляції на дому?	пацієнти
Чи важлива для Вас наявність у доглядальниці, що виконує медичні маніпуляції, сертифікатів про навчання?	пацієнти
Чи мають доглядальниці проходити сертифікацію і отримувати ліцензію на свою роботу? Чому?	пацієнти
Чи був у Вас негативний досвід користування послугами доглядальниць?	пацієнти

Чи було у Вас бажання поскаржитись на якість послуг доглядальниць/медсестер?	пацієнти
Чи вистачає в лікарні медсестер?	директор лікарні, лікарі
Які функціональні обов'язки мають бути в медсестри-магістра?	директор лікарні, лікарі
Чи має зарплата медсестри залежати від її функцій та освіти?	директор лікарні
Чи потребують різні види послуг додаткового навчання?	директор лікарні
Хто визначає необхідність додаткового навчання для медсестер і хто його фінансує?	директор лікарні, представники місцевих органів влади
Чи є заохочення для медсестер, які проходять додаткове навчання?	директор лікарні
Хто має регулювати зарплату персоналу в лікарні?	директор лікарні, лікарі
Який відсоток доходу медсестринські ФОПи мали б платити у вигляді податку?	директор лікарні
Чи можуть медсестри замінити амбулаторії в селах?	директор лікарні, лікарі, представники органів влади, представник закладу вищої освіти
Який відсоток послуг денного стаціонару медсестри могли б надавати самостійно?	директор лікарні, лікарі
Чи доцільна участь медсестер при виборі обладнання та матеріалів, які необхідно закупити до лікарні? Чи можуть вони зараз впливати на такі рішення?	директор лікарні, лікарі
Чи є у медсестер представництво при МОЗ, департаментах державних органів на місцях?	директор лікарні
Чи має бути така можливість у них?	директор лікарні
Чи мають медсестри бути залученим до розробки стандартів лікування?	директор лікарні, лікарі
Ви ведете прийом з медсестрою чи самостійно?	лікарі
Які обов'язки медсестри, що працює з вами?	лікарі
Чи відрізняється ставлення медперсоналу, пацієнтів до медсестер та лікарів?	лікарі
Чи необхідне додаткове навчання для медсестер? (БПР)	лікарі

Як відбувається фінансування лікарень та амбулаторій?	представники органів влади
Наскільки кошти з місцевого бюджету мають змогу покрити потреби місцевих закладів охорони здоров'я?	представники органів влади
Як фінансується оплата праці медсестер та лікарів?	представники органів влади
Як зазвичай працюють сімейні лікарі -- самостійно чи з медсестрами?	представники органів влади
Хто визначає розмір заробітної плати медсестри?	представники органів влади
Чи можна замовляти окремо медсестринські послуги? (наприклад, після виписки зі стаціонару) Хто має їх надавати? Хто зараз надає такі послуги?	представники органів влади
Чи потрібна приватна медсестринська практика?	представники органів влади
Чи повинні доглядальниці мати медичну освіту?	представники органів влади
Чи потребує ця сфера регулювання/ліцензування?	представники органів влади
Якщо дозволити медсестринську приватну практику, хто має її регулювати та ліцензувати?	представники органів влади
Який вплив на кількість медсестер в Україні в цілому та в лікарнях може мати можливість проводити незалежну медсестринську практику?	представники органів влади
Чи є у медсестер формальні інструменти впливу на те, яке обладнання чи матеріали потрібно закупити для лікарні?	представники органів влади
Чи можуть медсестри брати участь у робочих групах при МОЗ, департаментах охорони здоров'я на місцях (особисто чи через профспілки)?	представники органів влади
Чи відповідає українська програма в медичних училищах європейській навчальній програмі? Чи можуть українські випускники працювати в інших країнах?	представники органів влади
Чи існують для них стимули залишатися працювати в Україні/громаді?	представники органів влади
Чи різні вимоги до медсестер різного профілю?	представники органів влади

Які обов'язки медсестри?	представники органів влади
Хто оцінює професійні навички медсестри?	представники органів влади
Як часто в громадах необхідні послуги лікарів/медсестер?	представники органів влади
Розкажіть, будь ласка, про освітні можливості для майбутніх медсестер	представник закладу вищої освіти
Куди медсестри/медбрати можуть вступати після коледжу? Чи можуть вони після коледжу вступити на іншу спеціальність?	представник закладу вищої освіти
Хто розробляє освітні стандарти для медсестер?	представник закладу вищої освіти
Хто розробляє освітні програми?	представник закладу вищої освіти
Як можна покращити освітні програми?	представник закладу вищої освіти
Хто фінансує заклади освіти?	представник закладу вищої освіти
Як і ким визначається обсяг державного замовлення на спеціальності «Медсестринство»?	представник закладу вищої освіти
Якщо буде рішення розширити повноваження медсестер, чи є у навчальних закладів ресурс забезпечувати новими навичками студентів (спеціалісти/обладнання/приміщення)?	представник закладу вищої освіти
Чи є в студентів, які навчаються на медсестер на лікарів, ставлення до цієї спеціальності як до чогось несерйозного чи проміжного етапу в їхньому житті (на шляху здобуття освіти лікаря, наприклад)?	представник закладу вищої освіти
Опишіть «портрет» студента на програмі «Медсестринство»	представник закладу вищої освіти
Чи є тенденція до зменшення кількості студентів, які мають бажання здобувати освіту на спеціальності «Медсестринство»?	представник закладу вищої освіти
Чи є можливість забезпечення гуртожитками студентів?	представник закладу вищої освіти
Чи є і в якому обсязі стипендія для студентів?	представник закладу вищої освіти

Наскільки велике навчальне навантаження на цій спеціальності?	представник закладу вищої освіти
Наскільки добре студенти опановують навчальну програму і який приблизно % з отриманих знань вони використовують на практиці?	представник закладу вищої освіти
Як організована практика для медсестер? Чи вона самі чи коледж/університет організовує?	представник закладу вищої освіти
Який % студентів відраховують?	представник закладу вищої освіти
У яких країнах і на яких посадах працюють випускники університету по спеціальності «Медсестринство»?	представник закладу вищої освіти
Як організована наукова діяльність? Чи беруть участь студенти у міжнародних конференціях, обмінах?	представник закладу вищої освіти
Хто працює викладачами? Яка спеціальність в них? Чи залучаєте Ви медсестер-практиків? Чи запрошуєте Ви викладачів з інших країн?	представник закладу вищої освіти
Чи вистачає викладачів?	представник закладу вищої освіти
Чи гідна у викладачів оплата праці?	представник закладу вищої освіти
Чи може студент після закінчення бакалаврату/магістратури викладати у Вашому навчальному закладі?	представник закладу вищої освіти
Чи проводить Ваш заклад курси підвищення кваліфікації?	представник закладу вищої освіти
Як вони організована/хто фінансує і що треба зробити, щоб отримати фінансування на такі курси?	представник закладу вищої освіти
Чи може медсестра відкрити приватну медсестринську практику?	представник закладу вищої освіти
Якою має бути зп медсестри після закінчення навчання?	представник закладу вищої освіти
Чи знаєте ви щось про громадські рухи медсестер?	представник закладу вищої освіти
Як Ви бачите розвиток медсестринства в Україні загалом?	представник закладу вищої освіти
Розкажіть про систему медсестринства у Вашій країні?	представники Грузії, Великобританії, США

Які освітні рівні та спеціалізації є в медсестер у Вашій країні?	представники Грузії, Великобританії, США
Як обов'язки медсестер залежать від отриманого освітнього ступеня?	представники Грузії, Великобританії, США
Чи впливає освіта на посади, які вони можуть займати та на рівень їхньої заробітної плати?	представники Грузії, Великобританії, США
Чи є інтернатура для медсестер?	представники Грузії, Великобританії, США
Яка з політик медсестринства у вашій країні стала гарною практикою, а що навпаки негативно вплинуло? Які фактори було визначальними для отримання бажаного/поганого результату?	представники Грузії, Великобританії, США
Яка система оплати послуги медсестер у Вашій країні?	представники Грузії, Великобританії, США
Чи є національний страхувальник?	представники Грузії, Великобританії, США
Як працює система безперервного професійного розвитку: медсестри вчаться за бажанням, чи є обов'язкові норми?	представники Грузії, Великобританії, США
Чи є у медсестер приватна медсестринська практика? Як і ким вона регламентована?	представники Грузії, Великобританії, США
Які повноваження мають медсестри, які працюють поза межами лікарні (послуги на дому)?	представники Грузії, Великобританії, США
Чи може медсестра самостійно ставити діагноз?	представники Грузії, Великобританії, США
Який рівень заробітних плат медсестер? Чи задоволені вони ним? Чи є у Вашій країні нестача медсестер?	представники Грузії, Великобританії, США
Чи залучаєте Ви медичний персонал, зокрема медсестер, з інших країн світу? Як Ви їх заохочуєте працювати у Вашій країні?	представники Грузії, Великобританії, США
Чи є професійні союзи/асоціації/громадські організації/рухи медсестер? Яку роль вони відіграють?	представники Грузії, Великобританії, США
Чи є на державному рівні органи, які сфокусовані на розвитку медсестринства?	представники Грузії, Великобританії, США
Які документи потрібні, щоб отримати ліцензію на надання медсестринських послуг?	юрист

Чи існують КВЕДи, які дозволяють надання медсестринських послуг на дому?	юрист
Чи дозволяє закон робити уколи та крапельниці в домашніх умовах?	юрист
Які є вимоги до проведення лікування на дому?	юрист
Скільки потрібно часу, щоб отримати ліцензію від МОЗ?	юрист
Чи зіштовхувалися ви з випадками відмови у видачі ліцензії? Які причини?	юрист
Чи знаєте Ви про випадки, коли медсестри самостійно (не під «парасолькою» медзакладу) отримували медичні ліцензії? Чому така практика не розповсюджена?	юрист
Які податки треба платити при веденні приватної медичної практики?	юрист
Які звіти має подавати медсестринський ФОП?	юрист
Хто перевіряє додержання ліцензійних вимог? Чи є покарання за їх порушення?	юрист
Кому можуть скаржитися клієнти, не задоволені якістю медичних послуг?	юрист

Додаток 2. Кодові позначення респондентів

6 медсестер	Респондент 1м, Респондент 2м, Респондент 3м, Респондент 4м, Респондент 5м, Респондент 6м
2 пацієнта	Респондент 7п, Респондент 8п
1 директор медичного закладу	Респондент 9д
2 лікарі	Респондент 10л, Респондент 11л
3 представника органів влади	Респондент 12ов, Респондент 13ов, Респондент 14ов
1 керівник закладу вищої освіти	Респондент 15о
1 юрист	Респондент 16ю
1 медсестра з США	Респондент 17мСША
1 керівник медсестринської інституції (Великобританія)	Респондент 18мВеликобританія
1 експерт з медсестринства при Міністерстві (Грузія)	Респондент 19мГрузія

Додаток 3. Вибрані цитати

Мотивація та задоволеність роботою

«Дуже хотілось бути схожими на тих людей в білих халатах, така була мрія. Таке все було гарне, красиве. І дуже хотілося допомагати людям... (а зараз) безвихідь, тому що зараз в нашому місті знайти роботу дуже важко, і мабуть, якби я зараз мала вибір поступати мені до медичного училища чи ні, то мабуть я би не вступила. Це чесно», — Респондент 1м

«Мотивують мене люди, їх вдячність, їх посмішка. Одного разу в мене була така історія, коли я зробила маніпуляції, і мене пацієнтка взяла за руку і сказала: «Щиро дякую», — Респондент 4м

«Мій шлях у професію був усвідомлений, я чітко зрозуміла, що хочу бути медиком у класі восьмому. З першого разу я не вступила на навчання, бо не добрала балів, і пішла працювати санітаркою у військовому шпиталі. Тоді привозили хлопців-афганців, а потім було таке в чотирнадцятому році», — Респондент 2м

«Лікарем я хотіла бути. Чому я не стала лікарем, тому що на час, коли я поступала, це було платним, і в мене не було такої можливості, не хотіла завдавати клопоту батькам. Тоді я вирішила, що піду на фармацію і сама оплатила своє навчання, паралельно працюючи. Взагалі мрія в мене є, я би хотіла бути лікарем, можливо психотерапевтом», — Респондент 4м

«Задоволена на відсотків 80. Єдине, заробітна плата не є достойною, тому що дуже великий обсяг роботи ми виконуємо. Я не кажу вже про лікарів, які також отримують недостатній заробіток за свою роботу», — Респондент 4м

«Інколи медичній сестрі немає де зробити собі чаю попиту. Буває і таке. Немає кімнатки, де можна зайти водити попиту, з'їсти бутерброд якийсь, перекусити, це ж звичайні речі, правильно? Навіть такого буває що нема», — Респондент 1м

«На даний момент задоволена, медицина розвивається, постійно дізнаєшся щось нове. Кожна операція — це щось особливе, з кожним пацієнтом все по-іншому. Мені це подобається. Коли йдеш додому після роботи, на душі відчуття, що ти допоміг. Я задоволена на 5 з 5. Єдине, воно як у всіх зараз, тільки оплата праці», — Респондент 5м

«У мене таке відчуття, що [медсестра] відчуває себе трохи пригніченою, тому що є головний лікар, а в неї папірці-комп'ютер, все. Тобто мислення від неї ніхто не вимагає», — Респондент 9д

«Живе вона на зйомній квартирі і відповідно, як вижити на зарплату медсестри? Вона любить свою роботу понад усе. Нам весь час закидають: вам щось не подобається — розраховуйтеся. Чому ми маємо розраховуватися?» — Респондент 6м

«Моя робота мені подобається, але один мінус, ми як бійці невидимого фронту, нас ніхто не знає, на операції видно тільки очі, і голос. Зустрічаємо пацієнта вже повністю стерильно вдягнені [під час операції]. Коли ми бачимо його в коридорі, ми знаємо, що він пройшов через нас, але він нас не знає», — Респондент 5м

Ставлення колег та пацієнтів

«Якщо медсестра виконує свою роботу відповідально, приязно і так толерантно і з повагою відноситься до пацієнтів, то до неї дуже хороше ставлення... Наприклад, в мене хороша медсестра, всі пацієнти її люблять, її вже давно знають, там, на ділянці», — Респондент 10л

«Дуже часто у пацієнтів на першому місці все-таки лікар, і дуже часто недооцінюють роботу медичних сестер... Ми називаємо медсестер руками лікарів», — Респондент 4м

«Ми себе вважаємо не тільки колективом, але і однією великою командою, тому що ми працюємо заради спільного добра і здоров'я пацієнтів», — Респондент 4м

«Раніше ж, коли дитина народилася, медсестри приходили додому, робили патронажі з лікарем. Були набагато тісніші зв'язки, ніж зараз, коли пацієнти просто приходять на прийом і говорять про свої скарги», — Респондент 10л

«Ніколи не було рівності серед лікарів до медсестер. Була повага, якщо медсестра грамотна, кваліфікована, і вона є підтримкою для лікаря. Але вони вважають себе вищими за медсестер», — Респондент 1м

«Коли я бачу, що лікар в запарі, я йому допомагаю, незважаючи на свою основну роботу, можу підказати щось, і прослухати так само можу», — Респондент 3м

«З колегами-медсестрами у мене дуже хороші відносини, я завжди була і буду їм потрібна, тому що якщо їм щось незрозуміло, то вони йдуть до мене, незважаючи на мій юний вік...», — Респондент 3м

«У молодих лікарів, які приходять до нас на роботу, запитую: якою ви бачите свою роботу з медсестрою?...Добре, коли лікар ще до своєї лікарської кар'єри працював медсестрою, тоді він краще розуміє цю професію. Ми намагаємось пропрацювати проблему взаємовідносин лікаря та медсестри, робимо опитування, проводимо тренінги, якщо є проблеми», — Респондент 2м

«15 років назад була повага до лікарів, до медсестер, це було дуже приємно, і я згадую ті часи з теплотою. Зараз, дуже складне питання, пацієнти не поважають в більшості медиків, ні лікарів, ні медсестер, ні санітарочок, і це дуже прикро...», — Респондент 1м

«Чому ж наша професія медичної сестри не є престижною? Тому що вона мало-оплачувана, тому що лікарі ще не ставляться до медичних сестер, як до своїх колег по роботі, які мають свою думку, які мають знання певні, які можуть щось порадити, підказати, адже вони довше проводять час із пацієнтами, ніж лікар, довше, набагато довше час. А в нас такого, на жаль, нема», — Респондент 15о

Освіта

«Для людей, які знають вже, де вони хочуть працювати, отримати спеціалізацію якусь на рівні медичного училища, я вважаю доцільно. На мій погляд, це було б добре», — Респондент 1м

«Я сама закінчила медичний коледж і пам'ятаю, чому нас там вчили. І саме практичному, як розмовляти з пацієнтом, як сказати погану звістку — цьому нас не вчили. Навчались цьому в палаті в стаціонарі», — Респондент 9д

«Повинно бути загальне навчання в коледжі, а потім вже спеціалізація. Якщо ми зробимо їх одразу вузької спеціалізації, то потім буде важко влаштуватись на роботу», — Респондент 9д

«В коледжах вчать одному, а коли я прийшла на роботу, то все зовсім по-іншому. І мені довелося навчатися заново. Як приклад, у мене був предмет «Догляд за хворими», на ньому ми заповнювали картки хворих, температурні листи та інше. Прийшовши сюди на роботу я побачила, що взагалі не так заповнюють документацію. Викладачі — теоретики, а не практики», — Респондент 3м

«Я вважаю, що медсестра повинна вчитися завжди, якщо вона хоче бути гарною медсестрою, так як і лікар, так як і кожний в своїй професії», — Респондент 1м

«Я би зовсім не викидала б курсів [підвищення кваліфікації]. Курси проводити треба, адже життя змінюється, ти йдеш, поновлюєш [інформацію] в своїй пам'яті. Щось нове з'являється. Воно все потрібно. Але в якому форматі — це вже варто вирішувати», — Респондент 2м

«Є чинне законодавство, і там визначається, коли молодші спеціалісти повинні проходити курси — раз в 5 років, — потім, згідно пройдених курсів, отримати категорію. Поки що це безкоштовно для медпрацівника, тобто лікарня направляє і оплачує ці курси, не знаю, як буде далі», — Респондент 1м

«За останні мабуть 3-4 курси [підвищення кваліфікації], які я проходила, нового для себе я нічого не пізнала. Мені навіть краще мабуть відкривати якісь електронні додатки, я навчаюся при цьому більше, ніж по тій системі, мабуть ще з радянських часів», — Респондент 1м

«Для лікарів є безперервний професійний розвиток. Це потрібно також для медсестер. 100%», — Респондент 10л

«Я знаю, що в Україні існують курси груп різних, але це не курси, які готують медсестер. Це курси, які дозволяють медсестрам сімейного профілю, тобто тим, хто працює із сімейними лікарями, у певній кооперації одна з одною обговорювати клінічні кейси, обговорювати проблеми, які в них є на роботі», — Респондент 14ов

«Окремі сестринські курси організовують благодійні фонди. Це зазвичай курси по паліативу. Вони досить якісні, і в межах регіону та потреб того чи іншого благодійного фонду навчають медсестер, як справлятися із комунікацією з маленькими пацієнтами або з паліативними хворими», — Респондент 14ов

«В нас тут (у США - ред.) є така вимога кожного штату для своїх медсестер, що вони повинні мати кожного року якісь години навчання. В кожній медустанові до менеджменту ставиться така умова, що вони повинні забезпечити медсестер цими годинами навчання. За це повинен платити сам роботодавець, вони оплачують ці курси навчання, тести, які проходять медсестри», — Респондент 17мСША

«Дуже хочеться щоб в нашій країні курси підвищення кваліфікації зробили так, як на рівні лікарів, тобто безперервний професійний розвиток. Дуже за це боремося, щоб саме медична сестра могла обирати, де та як їй буде зручніше навчатися», — Респондент 12ов

«Мені дуже подобається, як навчають лікарів, тобто вони проходять загальне ознайомлення з роботою, коли вони навчаються в університеті, а потім в них є інтернатура, де вони вже можуть вирішити, до якої спеціалізації їм потрібно йти та навчатися. [У медсестер та медбратів] є навчання теоретичне та практичне загальне, а потім вже можна зробити курс інтернатури для медичних сестер, де вони будуть вирішувати, до якої спеціалізації йти, тобто там буде поглиблення якоїсь специфіки», — Респондент 12ов

«Дуже багато до нас медичних сестер приходить і каже: «Нам потрібні курси підвищення кваліфікації, тому що тих знань, які ми здобули в училищах і коледжах, нам недостатньо для того, щоб зразу йти працювати в приватних клініках», де є апаратура класна, де є зараз неонатологія, де можна працювати з дітками новонародженими.

В нових умовах треба ставити внутрішньовенні катетери сучасні, нема достатньо в наших студентів цих знань. Наприклад, якщо ти хочеш працювати медичною сестрою в педіатрії, після закінчення ти би мала піти на 3 місяці [на курси], спеціальні навички відпрацювати, бо з цією програмою, яка є, неможливо охопити ці всі навички. Недостатньо годин, наприклад, в педіатрії, недостатньо годин на ту саму паліативку», — Респондент 15о

«На рівні молодшого спеціаліста існують три спеціалізації: це сестринська справа, лікувальна справа, і акушерство», — Респондент 15о

«У нас в Україні, як ніде навколо в Європі, медсестри, маючи базову середню освіту, тобто після 9-го класу, можуть поступати в училище. Здобуваючи початковий рівень вищої освіти, вони стають молодшими спеціалістами і отримують дипломи, і це їм зразу дозволяє працювати практичними медичними сестрами. Але, крім того, після 11 класу теж абітурієнти можуть вступати як в училище на рівень молодшого спеціаліста, так одночасно є і програма 4-річна для бакалаврів. Наступна сходинка — це магістратура з медсестринства», — Респондент 15о

«Щоб підняти престиж професії ми, зокрема в нашому закладі навчальному, задумали створити оцю PhD програму з медсестринства. Для того, щоб на науковому підґрунті зрозуміти: «А які ж проблеми? Чому ж ми маємо і досі такий стан у медсестринстві», і тому ще одним щаблем, ще одним рівнем освіти для медсестер в Україні, від позаминулого року, це стало здобуття наукового рівня у медсестринстві — PhD, доктора філософії з медсестринства», — Респондент 15о

Участь в ухваленні рішень (на рівні лікарні, місцевих/центральных органів влади)

«Це виконують відповідні люди, з відповідною освітою. Це точно не мої обов'язки, а обов'язки головних лікарів...», — Респондент 4м

«Наприклад, якщо ми говоримо про апарат УЗД, на якому вона не працює, як вона може рекомендувати, що потрібно купити? Вона може рекомендувати, якою повинна бути кушетка, які повинні бути тримачі для крапельниць. Але за обладнання глобальне — сенсу немає, бо вона з цим не працює, вона не розбирається у тому», — Респондент 14ов

«Радити вони звісно можуть [медсестри], але все вирішує керівник», — Респондент 1м

«Знаю про свій заклад, про місто Київ, але ні разу не чула, щоб медичну сестру залучили в якусь експертну групу», — Респондент 9д

«Я знаю приклади, де директор прислуховується до медичних сестер і виділяє кошти на потреби медичних сестер, і це не один приклад», — Респондент 12ов

«Ми за свої 9 років купували ЕКГ апаратів, мабуть, п'ять різних видів. Ми завжди запитуємо в медсестер, не у лікарів, тому що лікарі бачать тільки плівку, а у медичних сестер ми завжди запитуємо, чи венгерський, чи український, і віддаємо перевагу саме думці медсестер, а не лікарів», — Респондент 9д

«Наскільки я пам'ятаю, зі мною старша медсестра радилася, які голкоспалювачі закупити. Мені довелося перерити весь інтернет, знайти, які нам підійдуть, будуть хороші у використанні і не сильно важкі. Так що радяться з медсестрами», — Респондент 3м

«Потрібно додати пункт з приводу розробки стандартів лікування, щоб медсестри завжди приймали участь в розробці національних стандартів лікування — це дуже важливий пункт», — Респондент 11л

Діяльність профспілок

«Сенсу бути в профспілці в нас немає, тому що, якщо є допомога, то вона мінімальна, тому багато хто вийшов», — Респондент 4м

«Воно просто є формально для затвердження колективних договорів, і все таке... За 22 роки своєї праці я жодного разу не бачила нормальної роботи профспілки, в тому форматі, в якому вона повинна існувати — тобто захищати права, не просто там якісь подарунки, це зовсім інше, а виконувати основні свої функції», — Респондент 1м

«Є обов'язково і профспілки, є асоціації медичних сестер, є громадські організації, створені разом з медичними сестрами. Перше, це захист медичних сестер, друге, поєднання однодумців, для покращення роботи та розвитку медичних сестер», — Респондент 12ов

«Профспілка медсестер у нас є. Організовує свята, привітання з днем народження, в цей раз відновили нам бейджики, зараз напередодні 8 березня, індивідуально для кожної жінки, учасниці профспілки, готують хоч і маленький, але подарунок. У нас третій чи четвертий рік влаштовуються спортивні змагання між медпрацівниками з різних лікарень», — Респондент 5м

Оплата праці

«7000-8000 гривень [зарплата] — це у військовому госпіталі. Нам доплачують премії і за боеготовність, тому ми маємо більше. В звичайних обласних лікарнях чи міських, я думаю, що це буде приблизно 6000 грн», — Респондент 4м

«В моєму центрі стартова зарплата медсестер 7200», — Респондент 3м

«Я знаю кейси, де зарплата медсестри у селі становила 9-10 тисяч гривень. Для села — це досить непогано», — Респондент 14ов

«Ми звертаємось до влади, вони кажуть, йдіть в суд, ми гроші перерахували на лікарню, розбирайтеся в себе на місцях. Вони рекомендують відштовхуватися від тарифної сітки. По тарифній сітці, от наприклад, по моїй вищій категорії там вже повинно нараховувати від 8 тисяч і вище. Відповідно ми б вже трішечки щось відчули. На місцях цього не роблять, відштовхуються навіть не від мінімальної зарплати, а до мінімальної зарплати. Розумієте?» — Респондент 6м

«У медсестри, яка тільки що закінчила навчання, адекватною початковою зарплатою мала б бути б біля 10 тисяч... Зарплата повинна залежати від рівня освіти, хоч трошки. Це більше стимулює і мотивує людей навчатися...Ви ж розумієте, що на зарплату медсестри жити дуже важко. У нас є чоловіки, які для нас заробляють», — Респондент 1м

«Ми не зможемо прожити суто на одну зарплату. Багато дуже займаються зовсім іншими, не медичними, роботами. Роблять манікюр, продають. Я, наприклад, все життя займалася сільським господарством», — Респондент 6м

«Якщо це державні заклади охорони здоров'я, то заробітна плата має стартувати від 15 000 грн за ті години, які регламентовані для медсестри», — Респондент 4м

«Лікар повинен отримувати не менше 23 тисяч, медсестра — не менше 16-17 тисяч, молодша медсестра відповідно — 11-12 тисяч. Це є абсолютний мінімум, що людина може відчувати себе хоч трішечки людиною і налагодити більш ситуацію», — Респондент 6м

«Просто накупіло з цим регулюванням зарплати. Ну зараз в нас ситуація, що регулює головний лікар. І в кожному закладі це взагалі по-різному рахується, залежно як це все собі головний лікар вирішує. Я думаю, що це все неправильно», — Респондент 10л

«Що стосується оплати медичної сестри, то лікар, який працює без медичної сестри, отримує більше, але й на нього навантаження набагато більше, тому що у нього медсестра не поїде на виклик чи не поїде у інше місце, куди потрібно поїхати лікарю, щоб розділити з ним роботу. Загалом, медична сестра від загального відсотка заробітної плати Центру первинної медично-санітарної допомоги не отримує дуже багато, тобто лікар не втрачає на своїй зарплаті велику суму, якщо оплачується медична сестра», — Респондент 14ов

«Молодший спеціаліст після училища має отримувати щонайменше 10-15 тисяч. З бакалаврським рівнем — хоча б на 5 тисяч більше або категорію щоб відразу дали, а для магістра медсестринства — це як мінімум 20 тисяч, тому що це відповідальність. Це треба постійно, як лікареві, вчитися ціле життя», — Респондент 15о

«Я вважаю, що могли б і прописати такі [окремі медсестринські] послуги, тому що зарплата лікаря залежить від того, скільки людей він вилікує, пролікований випадок, лікар отримує свої гроші, керівництво вираховують якось і все. Чому медична сестра, котра також лікує і допомагає лікарю в лікуванні, виконує медичні процедури, не має права на підвищення своєї зарплатні за рахунок того, що в неї також був би контракт с НСЗУ? Чомусь так», — Респондент 1м

«Може бути так, що медсестра прийшла тільки після коледжу, але вона прикріплюється до лікаря, який вже набрав декларацій, і в неї одразу середня зарплата центру. А є медсестра, в якій звільняється лікар, і вона залишається без відсотка за декларацію. Хоча мені здається, що медична сестра не повинна залежати від лікаря. Ми зараз теж думаємо, як нам роз'єднати лікаря і медичну сестру, щоб медична сестра не страждала від цього», — Респондент 9д

«Повинне бути розділення оплати праці, так само як і вимоги, якщо щось станеться по стерильності, відповідає медсестра, якщо ускладнення в процесі операції, відповідає лікар, а якщо щось в плані прибирання, відповідає санітарка, справу робимо одну, а відповідальність за пацієнта різна, і кожен несе свою», — Респондент 5м

«Обов'язково кількість наданих послуг повинна впливати на зарплату медсестри. Розумієте, зараз медсестри дуже важко і багато працюють, тому що в нашій країні позвільняли [медсестер], щоб не платити зайві гроші їм, і зараз на медсестер дуже велике навантаження, дуже велике», — Респондент 1м

«Медсестра може виконувати 30% роботи лікаря», — Респондент 10л

«Якщо це все звалити в одну купу, потім не розберешся. [У пакеті послуг] Повинно бути операційне якесь втручання і післяопераційний період, повинно бути розділення, щоб не було змішано, бо це ж не одне відділення, і також в плані оплати», — Респондент 5м

«Я знаю, ті кошти, що йдуть на декларацію... Є сімейний лікар і помічник лікаря. А це вже місцева політика, яким чином розвивати медицину — те, що [сімейні] лікарі не охоплюють. І [виникає] необхідність утримувати ще додатково за рахунок цих коштів тих фельдшерів [у ФАПх та амбулаторіях]... Якщо забрати отих 33 ФАПх, це автоматично знизить рівень медичних послуг в рази. І знову ж таки, повернемося до попереднього року, коли взагалі не ходив транспорт. Щось терміново трапилось, якась умовно кажучи травма чи ще щось. Хто в селі надасть допомогу?», — Респондент 13ов

«Я не дуже згодна з тим, що лікарі заробляють гроші. Лікарі не заробляють гроші, вони приносять дохід цьому підприємству. Тому що для того, щоб працював цей лікар, працює двірник, санітарка, і ще багато хто працює. Якщо казати по первинці, то гроші йдуть за пацієнтом, тобто тут неважливо вилікували ми його, не вилікували, є пацієнт – є гроші», — Респондент 9д

Кар'єра/самореалізація

«Я би займалася викладацькою діяльністю, тільки не знаю як, в якому форматі і де я б могла свої знання використати і дати людям», — Респондент 1м

«В мене є вища освіта, я ще фізичний реабілітолог. Зараз я працюю у медсестринстві головною медичною сестрою. Я би хотіла зростати, я би хотіла ще навчатися управлінським справам. Навіть є така посада «заступник директора з сестринства», мені дуже подобається, я дуже люблю таку роботу. Здається, кожній людині, яка активна, їй хочеться розвиватися, і якось так зростати», — Респондент 4м

«Медсестри або медичні брати закінчують магістратуру, але для людей з вищою освітою немає посад. А в принципі головна медсестра повинна мати магістратуру з медсестринства. В тому числі магістратура з медсестринства дає можливість виконати наукову діяльність і отримувати [науковий] ступінь», — Респондент 11л

«За період своєї роботи я закінчила університет на фізичного реабілітолога, і в подальшому в мене є мрія відкрити свою клініку», — Респондент 3м

«Це залежить від самої людини, як вона готова розвиватися та чого вона хоче у житті. Якщо говорити з [точки зору] реформування охорони здоров'я, медична сестра може бути директором закладу, бо саме директор закладу — це менеджер, йому не потрібно мати вищу освіту медичну, а вже медичний директор закладу повинен мати вищу медичну освіту», — Респондент 12ов

Самостійність, розширення повноважень

«У медсестер немає повноважень призначати медичні препарати. Якщо вони були б, [тоді] можливо, [було б доцільно запровадити] первинний огляд медичної сестри, а далі вже виклик лікаря, якщо щось потрібно. Але це цікава пропозиція, якщо треба щось скоригувати, — в стаціонарі, наприклад, артеріальний тиск, головний біль або ще щось, — щоб медсестра мала можливість це підкоригувати, я думаю, що це доцільно», — Респондент 11л

«Я не думаю, що більше повноважень потрібно медсестрам, це зайва морока», — Респондент 12ов

«Я вважаю, що якщо це магістр, то повинні бути якісь спеціалізації: або ведення дітей, респіраторні захворювання. Тобто це вже медична сестра, яка наділена функціями клінічного мислення або призначення лікарських засобів. Коли немає лікаря, то вона веде повноцінний прийом, вона повинна володіти навичками аускультативної, пальпації. Можливо вона не може поставити діагноз, оскільки це функція лікаря, але хронічними хворими вона може займатись. Це не просто виконавець», — Респондент 9д

«Медсестри можуть робити маніпуляції за призначенням лікаря, наприклад, крапельницю поставити, укол зробити. Є призначення лікаря — вони повинні виконувати, немає призначення лікаря... сама приймати якісь рішення — це неправильно. Повинна бути освіта, досвід роботи», — Респондент 7п

«Залишити повністю амбулаторію без лікаря ми не можемо. Якщо це досвідчена медична сестра, вона може вирішити [питання, які зазвичай вирішує лікар], але юридично вона не може прийняти рішення без лікаря, тому не можна», — Респондент 12ов

Приватна практика

«Такого, щоб власне медична сестра самостійно повністю незалежно відкривала ФОП або юрособу і отримувала на неї ліцензію, особисто в моїй практиці жодного разу не було. Але доволі розповсюдженими є випадки, коли медсестри, які працюють в клініках, відкривають за допомогою своєї клініки ФОП, отримують ліцензію і певний вид медсестринських послуг надають на підставі цієї ліцензії. Як правило, це відбувається на підставі договору оренди між медсестрою і відповідним медичним центром», — Респондент 16ю

«[Складнощі стосуються] більше не юридичного аспекту, а фінансового. Відкриття навіть невеличкого медичного кабінету потребує певних фінансових вкладень. Як правило, медсестри не мають великої грошової суми, аби орендувати приміщення, яке б відповідало певним умовам. Якщо ми кажемо, що вона надає послуги на дому, по суті ці послуги надають пацієнтам нелегально, оскільки медсестри не мають окремої ліцензії на провадження діяльності з медичної практики, вони там деє в лікарні познайомились, і потім вона їздить до дідуся або бабусі і робить уколи», — Респондент 16ю

«Я про це (приватну практику - ред.) не думаю, для мене це неактуально. Треба це все тримати, розпланувати, продумати. Напевно, ні», — Респондент 4м

«Податок зі своєї приватної практики... Мабуть до 20 відсотків я готова держав [віддавати]і, якби така була можливість працювати з лікарем, наприклад, в приватній структурі [на умовах ФОПа]», — Респондент 1м

«Лікар призначив лікування, і медсестра прийшла додому до пацієнта і надала ці послуги. Немає взагалі нічого в цьому питанні, це нормальна практика. Якщо лікар є ФОПом, то і медсестра може бути ФОПом, і вони просто між собою співпрацюють», — Респондент 11л

«Є люди, які хочуть прийти додому, і щоб їм дома все зробили. Така послуга повинна оплачуватися в приватному порядку. Це нормально. Це не то що там «легально-нелегально», це просто... ну... послуга», — Респондент 10л

«Чоловікові приписали капати, бо він має проблеми, він цілий день на роботі, ввечері він домовлявся з медичною сестрою. Це був вже її позаробочий час. Він пройшов цей курс капання, вона заробила там якісь додаткові кошти. Але знову ж таки, це було вигідно і для нього. [Якби не було такої можливості,] Він би радше махнув рукою: мені ніколи, бо у мене посівна, чи там ще щось. А маючи таку можливість, він домовився і таким чином пройшов курс лікування. Він би міг і офіційно заплатити, але в нас такої не було опції», — Респондент 13ов

«В ті дні, коли медсестра вільна, вона може приїхати на дім, виконати маніпуляції і отримати гроші. Такі запити дуже рідко, але якщо таке є, то це дуже гарний підробіток», — Респондент 4м

«Якби це було офіційно, я би платила податки, мені би зараховувався якийсь стаж навіть. В мене б була мабуть якась повага до себе. Якби медсестра могла це оформити, в чесному порядку свою роботу», — Респондент 1м

Регулювання приватної практики

«Так, [регулювання потрібне,] якщо цим займатися постійно. Якщо це йде додатково, наприклад, з 200 годин робочого часу в місяць тільки 40 годин ти виконуєш таку роботу — це не потрібно, тому що достатньо диплому, курсів, практики», — Респондент 4м

«Будь-яка практика має бути обов'язково затверджена ліцензією на надання цієї практики, як зараз у лікарів є ліцензія на надання медичної послуги, є договір», — Респондент 12ов

«Як є ліцензія у лікаря, так має бути ліцензія у медсестри. Так пацієнти будуть впевнені, що перед ними хороша медсестра, а не людина з двору. Ліцензію мають видавати навчальні заклади, що випустили їх», — Респондент 3м

«Я думаю, що повинен бути виданий якийсь наказ МОЗ, щоб регулював це. Я думаю, що це повинні бути вимоги якісь, відповідає чи ні [медсестра] вимогам. Є послуги різних видів, наприклад, можна узаконити крапельниці різних видів», — Респондент 2м

«Повертаючись до бюрократичних процедур, власне мали б видати ліцензію протягом місяця, але насправді ця волокита може затягнутися, і ви можете чекати і два, і три місяці, а подекуди в нас було один раз навіть чотири місяця ми чекали після подачі документів. Жодних заперечень не було, все подано правильно, але просто прийняття МОЗом рішення про видачу ліцензії [затримувалося]. Я не знаю, чесно кажучи, з чим це пов'язано, можливо це пов'язано з тим, що МОЗ чекає, поки набереться якась певна кількість суб'єктів господарювання, аби видати наказ, можливо, пов'язано з якимись корупційними чинниками. Я бачив в інтернеті пропонують різні юридичні фірми за додаткову плату пришвидшити отримання ліцензії, можна побачити оголошення «Отримати ліцензію на медичну практику під ключ за тиждень», — Респондент 16ю

«В нашому випадку є ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики, вони затверджені постановою Кабміну від 2 березня 2016 р №285. Там зазначається, що медична практика ліцензіатом проводиться за лікарськими спеціальностями та спеціальностями молодших спеціалістів з медичною освітою. Власне медична сестра і є молодшим спеціалістом з медичною освітою. Насправді в нас є цілих 14 спеціальностей молодших спеціалістів з медичною освітою — там і медична сестра, і операційна сестра, і рентгенолог, і стоматологічна сестра, і акушери, і так далі», — Респондент 16ю

«Допомога у проходженні медичної реабілітації у нас зазначається в ліцензійних умовах, але далі законодавець не розкриває, що це означає, і по суті, якщо ви як ФОП можете обґрунтувати, що ця медична послуга, яку ви надаєте за місцем проживання пацієнта, є послугою з допомоги з проходження медичної реабілітації (і клінічними протоколами не передбачено, що це має відбуватися в певному приміщенні, де дотримуються певні умови), то ви маєте право надавати її за місцем проживання пацієнта», — Респондент 16ю

Додаток 4. Результати кодування відповідей респондентів

Позитивна тенденція	Негативна тенденція	Особливість	Бажане
Позитивне ставлення до приватної практики та готовність сплачувати податки	Неготовність до приватної практики	Розділення між послугами з догляду та медсестринськими послугами	Збільшення повноважень медсестер
Досвід неофіційної приватної практики	Неготовність пацієнтів офіційно оплачувати медичні послуги	Важливість фельдшерсько-акушерських пунктів у сільській місцевості	Інформаційна підтримка для початку приватної практики
Довіра до знань та навичок медсестер	Сумніви у спроможності медсестер	Відсутність спеціалізації під час навчання (Україна)	Поширення практик викладання «рівний - рівному»
Наявність післядипломної освіти та досвід самоосвіти	Застаріла система курсів підвищення кваліфікації	Ступені медичної освіти	Безперервний професійний розвиток

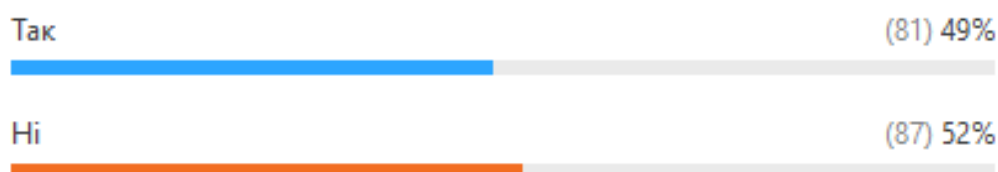
Гарні відносини з колегами та пацієнтами	Вікова дискримінація	Тісна співпраця між медсестрами та лікарями	Створення інструментів сталого залучення у організаційну діяльність лікарні
Підтримка від профспілок	Відсутність захисту прав медсестер та медбратів з боку профспілок		Зростання ролі профспілок у захисті прав медпрацівників
Долученість до організаційних рішень медзакладу та роботи органів влади	Відсутність впливу на організаційні рішення медзакладу та інструментів співпраці з органами влади		Створення інструментів сталої співпраці з органами влади
Попит на медсестер та медбратів у світі	Нестача медсестер, перевантаженість		Окремі пакети НСЗУ для медсестринських послуг
Амбіційність медсестер та медбратів	Пасивність		Заохочення для медпрацівників
Заробітна плата (США, Великобританія)	Низька заробітна плата		Зростання заробітної плати
Вплив рівня освіти та посади на заробітну плату (Великобританія, США)	Відсутність зв'язку між рівнем оплати праці та рівнем освіти і обов'язками медсестри/медбрата		Впровадження сертифікації медсестринської практики
Вмотивованість та задоволеність роботою	Відсутність заохочень для медичних працівників		Більша професійна незалежність медсестер та медбратів, чіткий розподіл відповідальності між ними та лікарями
Вплив кваліфікаційного рівня на розмір зарплати	Нестача фінансування медицини		
Наукова діяльність	Борги за освіту (США, Британія)		

Оплата післядипломної освіти за кошти медзакладів	Самостійна оплата навчання		
Заохочення для медсестер	Вихід з професії		
Автономність у роботі (США, Великобританія)	Відсутність окремого фінансування		
Медичний персонал укомплектований	Фінансова та особиста залежність від головного лікаря		
Господарські функції у немедичних працівників (Грузія, США)	Господарчі функції (закупівлі, документообіг, прибирання) покладені на медпрацівників		
Кар'єрне зростання	Законодавчі обмеження ролі медсестер/медбратів		
Захист прав пацієнтів (США, Великобританія)	Неповага до медичного персоналу з боку пацієнтів		
Фаховість медсестер та медбратів	Другорядність медсестер/медбратів, сприйняття їх лише як помічників лікарів		
Наявність вищої медсестринської освіти	Відсутність заохочень для медичних працівників		
Попит на доглядальниць з медичною освітою	Недоступність медпослуг та послуг з догляду у сільській місцевості		
Регулювання медсестринської практики (США, Великобританія)	Відсутність регулювання ринку медсестринських послуг		

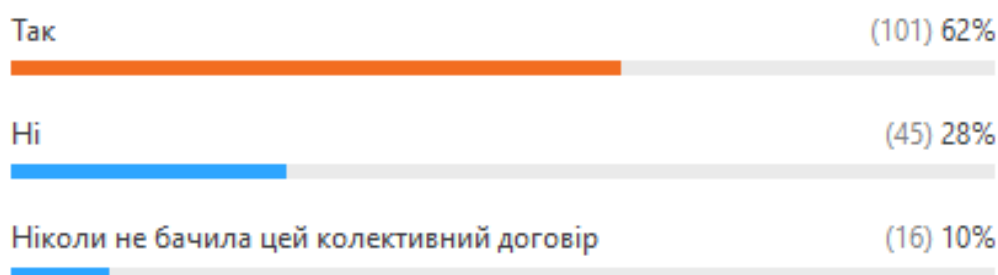
Розвинуті медсестринські послуги на дому (США, Великобританія)	Затримки у видачі ліцензій на приватну практику з боку МОЗ		
Збалансоване навантаження (США, Британія)	Практика перекладання додаткових обов'язків на медсестер/медбратів		
Медсестринські рухи	Еміграція		
Бажання викладати та викладацька практика	Незнання законодавчих норм		
Знання англійської мови	Расизм (Великобританія)		
Широкі повноваження медсестер (США, Великобританія)	Неофіційні платежі (pocket payments)		
Адаптація і навчання на робочому місці (США)			

Додаток 5. Результати опитування, проведеного під час онлайн презентації дослідження, червень 2021

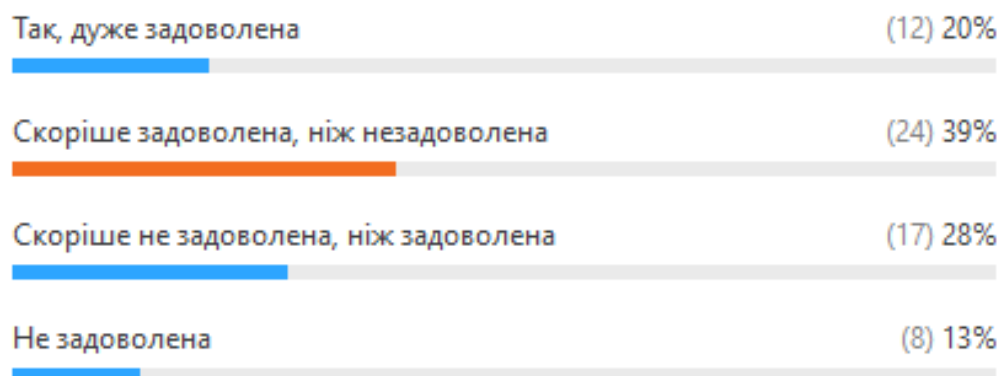
1. Чи брали ви особисто участь в розробці та обговоренні колективного договору?



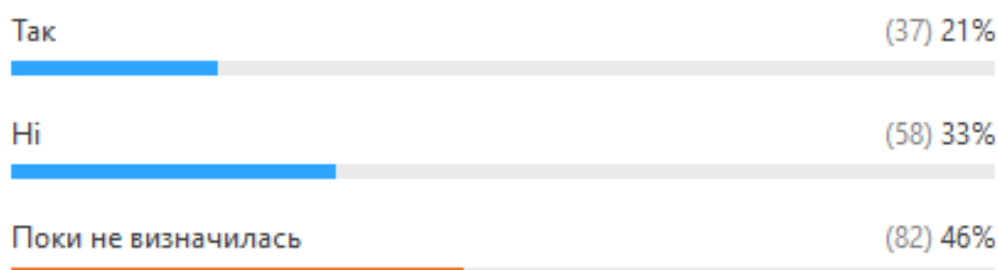
1. Чи маєте ви копію колективного договору вашій лікарні?



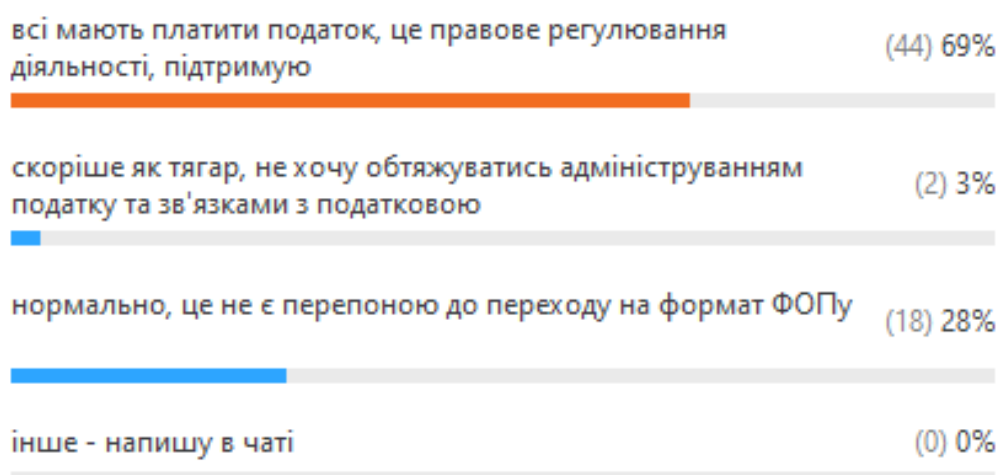
1. Чи задоволені ви роботою профспілки вашого закладу?



1. Чи відкрили би ви ФОП?



1. Як ви сприймаєте сплату податку: робота в правовому полі чи тягар?



Додаток 6. Як зареєструвати ФОП за КВЕДом 86.90

Що потрібно, щоб займатися приватною медсестринською практикою?

1. Відкрити ФОП. Це можна зробити за допомогою онлайн сервісу державних послуг «Дія», у місцевому ЦНАПі або у нотаріуса, який має право держреєстратора. Процедура оформлення ФОПу триває до 10 хвилин, а з документів необхідний лише паспорт громадянина України та реєстраційний номер облікової картки платника податків.

Важливо попередньо визначитися, яку діяльність ви будете здійснювати, а саме — обрати КВЕД. Для здійснення приватної медсестринської практики рекомендується обрати два КВЕДи — 86.90 і 88.10. За необхідності можна додати нові або змінити існуючі КВЕДи пізніше. Онлайн така послуга є безкоштовною.

2. Після обрання КВЕДу необхідно обрати систему оподаткування. Ми рекомендуємо 3 групу, яка не обмежує надання та отримання послуг. Для 3 групи доступні дві опції оподаткування: 3%

від доходу+ПДВ або 5% від доходу. Систему оподаткування ФОП обирає на власний розсуд, проте для приватної медсестринської практики рекомендуємо обрати 5% від доходу (без ПДВ). Додатково оплачується єдиний соціальний внесок (станом на серпень 2021 року це 1320 гривень).

3. Після реєстрації ФОПу необхідно відкрити рахунок у будь-якому відділенні будь-якого банку, куди надходитимуть кошти за оплату праці.
4. Для приватної медсестринської практики необхідно отримання ліцензії. Для деяких послуг буде потрібне приміщення, котре відповідає нормам, проте для надання реабілітаційної чи консультативно-діагностичної допомоги приміщення не потрібне, ці послуги можна надавати вдома у пацієнта.
5. Наступним кроком є подача до Міністерства охорони здоров'я заяви, опису документів, що додаються

до заяви, та відомості про стан матеріально-технічної бази, наявність персоналу із зазначенням його освітнього і кваліфікаційного рівня (за необхідності) на отримання ліцензії — див. Додаток 7. Відповідно до вимог законодавства термін отримання ліцензії — один місяць з дати подачі заяви. На практиці МОЗ може затягувати його до 2 – 4 місяців.

6. Після цього можна починати роботу.

7. Ви маєте повідомляти МОЗу у випадку істотних змін у роботі, як-от зміна адреси, прийом на роботу нових співробітників, купівля медичного обладнання. Це можна робити у будь-який зручний для ліцензіата спосіб (передати особисто чи кур'єром, поштовим відправленням або в електронному вигляді) у місячний строк з дня настання таких змін. У повідомленні зазначаються тільки ті відомості, які змінилися.

Додаток 7. Приклади документів, що подаються у МОЗ, для відкриття ФОП

Додаток 1 до Ліцензійних умов

(найменування органу ліцензування)

ЗАЯВА про отримання ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики

Здобувач ліцензії _____
(найменування юридичної особи/прізвище, ім'я,
по батькові фізичної особи - підприємця)

_____ (місцезнаходження юридичної особи/місце реєстрації фізичної особи - підприємця)

_____ (місце (міся) провадження медичної практики)*

_____ (для юридичних осіб - код згідно з ЄДРПОУ, для фізичних осіб - підприємців -

_____ ідентифікаційний код або серія, номер паспорта фізичної особи - підприємця,

_____ ким і коли виданий (у разі відмови через свої релігійні переконання від прийняття

_____ реєстраційного номера облікової картки платника податків)

_____ (прізвище, ім'я, по батькові керівника юридичної особи)

e-mail: _____

Прошу видати ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики.

Спосіб отримання повідомлення про прийняте рішення (підкреслити):

нарочно _____ поштовим відправленням _____ в електронному вигляді

Спосіб отримання ліцензії (підкреслити):

нарочно _____ поштовим відправленням _____ в електронному вигляді

Достовірність наданої інформації підтверджую та ознайомлений, що подання недостовірних даних у документах, що додаються до цієї заяви, є підставою для відмови у видачі ліцензії та анулювання ліцензії (відповідно до статей 12, 13 та 16 Закону України "Про ліцензування видів господарської діяльності").

"__" _____ 20__ р.

_____ (підпис здобувача ліцензії)

_____ (прізвище, ініціали)

МП (за наявності)

Дата і номер реєстрації заяви

_____ (підпис особи, яка
прийняла заяву)

_____ (прізвище, ініціали)

"__" _____ 20__ р. № _____

* Зазначаються всі місця провадження господарської діяльності з медичної практики.

ВІДОМОСТІ
суб'єкта господарювання про стан матеріально-технічної
базис, наявність персоналу із зазначенням його освітнього
і кваліфікаційного рівня

(найменування юридичної особи/прізвище, ім'я, по батькові фізичної особи - підприємця)

Організаційні вимоги

1. Інформація про спеціальності медичних працівників, за якими провадитиметься господарська діяльність з медичної практики:

лікарські спеціальності: _____

спеціальності молодших спеціалістів з медичною освітою: _____

2. Інформація про види медичної допомоги (первинна медична допомога, екстрена медична допомога, вторинна (спеціалізована) медична допомога, третинна (високоспеціалізована) медична допомога, паліативна допомога, медична реабілітація), за якими провадитиметься господарська діяльність з медичної практики, та методи, що застосовуватимуться

Порядковий номер	Адреса місця провадження господарської діяльності з медичної практики	Вид медичної допомоги	Лікарські спеціальності та спеціальності молодших спеціалістів з медичною освітою	Методи, що застосовуються у медичній практиці (так/ні)					
				методи профілактики	методи діагностики	методи лікування	методи реабілітації	хірургічні втручання	методи знеболення

3. Вивіска на вході за адресами місць провадження господарської діяльності з медичної практики:

(зазначаються найменування та вид закладу охорони здоров'я (відокремленого структурного підрозділу), найменування юридичної особи, для фізичної особи - підприємця зазначаються медичні спеціальності, за якими провадиться медична практика, прізвище, ім'я, по батькові фізичної особи - підприємця)

4. Інформація про установчі документи та структуру закладу охорони здоров'я*:

реквізити документа про утворення закладу охорони здоров'я:

(статут (положення) закладу охорони здоров'я, відокремленого структурного підрозділу (за наявності) із зазначенням дати та номера розпорядчого документа про утворення закладу охорони здоров'я, відокремленого структурного підрозділу (за наявності))

структура закладу охорони здоров'я (у довільній формі) _____

5. Реквізити документа, що є підставою для користування приміщенням:

(вид, дата та номер документа, який надає право користування приміщенням)

6. Реквізити акта санітарно-епідеміологічного обстеження об'єкта**:

(дата, номер, ким виданий)

**Матеріально-технічна база за адресами провадження
господарської діяльності з медичної практики**

7. Перелік наявних приміщень закладу охорони здоров'я, кабінету (кабінетів) фізичної особи - підприємця та їх оснащення (не зазначаються матеріали, інструментарій, які не можна ідентифікувати)

Порядковий номер	Найменування відокремленого структурного підрозділу та режим роботи	Найменування приміщення (кабінету) із зазначенням лікарських спеціальностей та спеціальностей молодших спеціалістів з медичною освітою, що провадять в ньому медичну практику, та його площа	Перелік оснащення (медичні вироби та вироби медичного призначення) із зазначенням повного найменування виробника, моделі		Технічний стан, рік випуску медичної техніки, виробів медичного призначення, апаратури, приладів, інструментарію
			найменування	кількість	

Загальна площа приміщень _____ кв. метрів.

8. Перелік засобів вимірювальної техніки, що перебувають в експлуатації та підлягають метрологічній повірці

Порядковий номер	Найменування засобів вимірювальної техніки	Дата останньої повірки		Реквізити документа про метрологічну повірку
		місяць	рік	

Кадрові вимоги

9. Відомості про відповідність освітнім та кваліфікаційним вимогам лікарів (зокрема керівника закладу охорони здоров'я) та професіоналів з вищою немедичною освітою, які працюють в системі охорони здоров'я

Порядковий номер	Прізвище, ім'я, по батькові	Посада (у тому числі посада, на яку буде зараховано)	Основна робота або за сумісництвом	Диплом (спеціальність, серія, номер, дата, ким виданий)	Сертифікат спеціаліста (спеціальність, серія, номер, дата, ким виданий)	Посвідчення про присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії (спеціальність, серія, номер, дата, ким видано, категорія) (за наявності)
------------------	-----------------------------	--	------------------------------------	---	---	--

10. Відомості про відповідність освітнім та кваліфікаційним вимогам молодших спеціалістів з медичною (фармацевтичною) освітою

Порядковий номер	Прізвище, ім'я, по батькові	Посада (у тому числі посада, на яку буде зараховано)	Основна робота або за сумісництвом	Диплом (спеціальність, серія, номер, дата, ким видано)	Свідчення про проходження підвищення кваліфікації (спеціальність, номер, дата, ким видано)	Посвідчення про присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії (спеціальність, серія, номер, дата, ким видано, категорія) (за наявності)
------------------	-----------------------------	--	------------------------------------	--	--	--

11. Відомості про стаж роботи керівника закладу охорони здоров'я та фізичної особи - підприємця відповідно до запису в трудовій книжці за останні п'ять років або реквізити ліцензії (для фізичної особи - підприємця)

Прізвище, ім'я, по батькові	Номер запису	Дата			Відомості про прийом на роботу, переведення на іншу роботу і звільнення з роботи із зазначенням причин і посиланням на статтю Кодексу законів про працю України	Реквізити документа (назва, дата та номер)
		число	місяць	рік		

Достовірність наданої інформації підтверджую та ознайомлений, що подання недостовірних даних у документах, що додаються до цих відомостей, є підставою для відмови у видачі

ліцензії та анулювання ліцензії (відповідно до статей 12, 13 та 16 Закону України “Про ліцензування видів господарської діяльності”).

_____ 20__ р.

(підпис заявника)

(прізвище, ініціали***)

* Пункт 4 не заповнюється фізичною особою - підприємцем.

** Пункт 6 не заповнюється здобувачем ліцензії, який звертається за отриманням ліцензії виключно на надання первинної медичної допомоги.

*** Підписується здобувачем ліцензії або іншою уповноваженою на це особою.

{Додаток 2 в редакції Постанови КМ № 1105 від 27.12.2017}

Додаток 3
до Ліцензійних умов

ОПИС
документів, що додаються до заяви про отримання ліцензії на
провадження господарської діяльності з медичної практики

Від _____
(найменування юридичної особи/прізвище, ім'я, по батькові фізичної особи - підприємця)

(для юридичних осіб - код згідно з ЄДРПОУ, для фізичних осіб - підприємців -

ідентифікаційний код або серія, номер паспорта фізичної особи - підприємця,

ким і коли виданий (у разі відмови через свої релігійні переконання від прийняття реєстраційного

номера облікової картки платника податків)

Дата і номер реєстрації заяви “__” _____ 20__ р. № _____

Порядковий номер	Найменування документа	Кількість аркушів у документі
---------------------	------------------------	-------------------------------------

Прийняв _____
(кількість документів
цифрами і словами) (підпис відповідальної особи) (прізвище, ініціали)

“__” _____ 20__ року
(дата)

(підпис здобувача ліцензії)

(прізвище та ініціали)

_____ 20__ р.