

**Міністерство освіти і науки України  
Державний торговельно-економічний університет  
Вінницький торговельно-економічний інститут  
Кафедра менеджменту та адміністрування**

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

на тему:

«Реформування медичної галузі в Україні»

(за матеріалами Департаменту охорони здоров'я

Вінницької міської ради Комунального некомерційного підприємства

«Вінницька міська клінічна лікарня «Центр матері та дитини», м. Вінниця)

Здобувача вищої освіти  
II курсу, групи ПУА-21з(м),  
спеціальності 281 «Публічне  
управління та адміністрування»  
освітньої програми «Публічне  
управління та адміністрування»  
заочної форми навчання

Валерії  
Акінчі

Науковий керівник  
д.е.н., професор

Наталія  
Корж

Гарант освітньої програми  
к.н.держ.упр., доцент

Ірина  
Ніколіна

## ЗМІСТ

ВСТУП3

РОЗДІЛ 1.ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ6

РОЗДІЛ 2 19 ..... 19

2.1 Організаційно-економічна характеристика Вінницької міської клінічної лікарні «Центр матері та дитини» (ВМКЛ ЦМтаД)19

2.2 Характеристика трансформаційних процесів ВМКЛ ЦмтаД27

2.3 Реалії реалізації реформи у Вінницькій міській клінічній лікарні «Центр матері та дитини»29

РОЗДІЛ 3.ШЛЯХИ ПОКРАЩЕННЯ НАДАННЯ ПОСЛУГ ЦЕНТРУ МАТЕРІ ТА ДИТИНИ37

3.1. Розвиток телемедицини на базі ВМКЛ Центр матері та дитини37

3.2 Домашня телемедицина як один з інструментів забезпечення амбулаторної та паліативної видів допомоги40

ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ44

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**Ушибка! Закладка не определена.**

## ВСТУП

*Актуальність дослідження.* Здоров'я посідає виняткове значення в житті кожної людини. Здоров'я людини це не лише відсутність хвороб, але й добре самопочуття, здатність до вирішування таких життєвих завдань як навчання, побудова соціальних зв'язків, розвиток бізнесу і т.д. Цей показник є настільки важливим, що входить до індексу людського розвитку-універсального показника рівня розвитку суспільства. Здоров'я населення та рівень розвитку медицини є індикаторами успішності державної політики у розвинених країнах. Збереження та зміцнення здоров'я населення має стратегічне значення для розвитку суспільства і є актуальним завданням розвитку сучасної України.

У 2018 році в Україні стартувала трансформація системи охорони здоров'я задля забезпечення рівного доступу до якісних медичних послуг усім громадянам країни.

Після проведення трансформації вбачалося підвищення рівня і якості життя населення внаслідок доступності, підвищеної якості та безпеки медичної допомоги, а також продуктивної зайнятості персоналу, що працює у галузі охорони здоров'я та підвищення їх рівня соціального забезпечення, розвитку і оптимізації системи соціальної підтримки.

Питанням реформування системи охорони здоров'я в Україні займалися А.Д. Барзилович, В.М. Лехан, Л.В. Крячкова, М.І. Заярський, І. В. Вошко та інші.

*Об'єктом дослідження.* Департамент охорони здоров'я Вінницької міської ради. Комунальне неприбуткове підприємство «Вінницька міська клінічна лікарня «Центр матері та дитини».

*Предметом* визначено операційні процеси закладу охорони здоров'я та механізми впровадження змін в систему відносин лікар-пацієнт, лікар-лікар, лікар-адміністрація.



*Метою роботи* є розроблення шляхів удосконалення механізму впровадження змін в закладі охорони здоров'я.

У процесі роботи задля реалізації мети необхідно вирішити такі завдання:

- дослідити етапи реформування медичної галузі в Україні за роки незалежності;
- визначити основні напрямки надання медичних послуг;
- дослідити ефективність проведеної реформи для пацієнтів, лікарів та медичних закладів, що надають медичну допомогу;
- вплив реформи на заклади комунальної власності, приватної та ФОП;
- удосконалення надання медичних послуг у сільській місцевості, територіально віддалених закладах;
- розробка шляхів покращення надання паліативної медичної допомоги;

*Гіпотеза дослідження* полягає в тому що зміцнення соціальної ролі закладів, що надають медичні послуги можливе за рахунок збільшення їх доступності для всього населення через механізми адекватного управління медичним закладом у час трансформації сфери охорони здоров'я.

*Методи дослідження:* У ході роботи використовувалися такі методи як: аналогії, індукції і дедукції, синтезу, метод порівняльного аналізу, статистичний, групування та узагальнених даних, експертно-евристичний, економіко-математичний та факторний; узагальнення теоретичних засад у наукових джерелах для визначення теперішнього стану досліджуваної проблеми.

*Інформаційна база дослідження.* Теоретичний аспект даного дослідження побудований на загальновідомих фактах, які узгоджені з опублікованими матеріалами за темою дослідження. Інформаційна база дослідження формувалася на основі нормативних документів, що регламентують та регулюють діяльність галузі охорони здоров'я.

*Наукова новизна* полягає в розробці нових шляхів розвитку та покращення управління у сфері надання медичних послуг для забезпечення

споживачів якісними послугами та популяризацію медичних закладів задля профілактики виникнення і прогресування захворювань; проведення аналізу процесу реформування медичної сфери на різних етапах її розвитку та виявлено системні недоліки у впроваджених змінах.

*Практична цінність.* Механізми управління у розвитку сфери охорони здоров'я в умовах трансформації та цифровізації підвищують рівень управлінських рішень керівника закладу і органів, що регулюють його діяльність, та сприяє задоволенню потреб у більшому обсязі усіх груп населення впроваджуючи нові технології.

Матеріали дослідження *апробовані* на двох конференціях, за результатами яких було опубліковано дві статті:

- 1) на Всеукраїнській студентській науково-практичній конференції «Актуальні проблеми ефективного соціально-економічного розвитку України: пошук молодих» (м. Вінниця, ВТЕІ ДТЕУ, 21.04.2022), на тему «Реформування медичної галузі»;
- 2) на ІХ Всеукраїнській науково-практичній Інтернет-конференції «Менеджмент ХХІ століття: сучасні моделі, стратегії, технології» (м. Вінниця, ВТЕІ ДТЕУ, 06.10.2022), на тему «Реформування медичної галузі в Україні після 2016 року».

Кваліфікаційна робота складається зі змісту, вступу, трьох основних розділів, висновків, пропозицій, переліку посилань та викладена на 55 сторінках друкованого тексту, містить 2 таблиці, 7 рисунків.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ

За часів незалежної України виник ряд питань пов'язаних з медичною галуззю, адже наявна система не задовольняла потребам населення України в умовах ринкової економіки. . Таким чином у 2016 році новий міністр охорони здоров'я Уляна Супрун починає проводити підготовку до реформування даної галузі.

Реформування А.Д. Барзилович визначає як діяльність, у процесі якої відбувається зміна концепції, стратегії та підходів до управління, розвитку системи охорони здоров'я, структури та діяльності основних інститутів системи та здійснюється на основі нормативно правового регулювання, наявних ресурсів, а також їх перерозподілу зокрема матеріально технічних ресурсів, фінансових ресурсів, зміни організаційних структур та кадрового забезпечення [32]

Устимчук О.В. у своїй праці визначила поняття «медична реформа» як стратегію організаційно-правової перебудови системи охорони здоров'я в контексті трансформації пострадянської моделі надання медичної допомоги до Health-сервісної моделі з метою підвищення якості та доступності медичних послуг й мінімізації фінансових ризиків для пацієнтів [8]

До цього часу система охорони здоров'я України, згідно думці багатьох вчених, відповідала моделі Семашка. Дана модель працювала у СРСР, Центральній та Східній Європі, характеризувалася фінансуванням з державного бюджету, контролювалася державою через систему централізованого планування та управління, при цьому був відсутній приватний сектор. Внаслідок трансформації економіки України в ринкову виникла необхідність у реформуванні і системи охорони здоров'я, яка б



враховувала сильні сторони попередньої системи, досвід реформування цієї системи в інших країнах.

Було відмічене негативну тенденцію внаслідок проявленої неефективності наявної системи охорони здоров'я: середня тривалість життя громадянина України на 9 років менше, ніж громадянина ЄС – середня очікувана тривалість життя в Україні – 72 роки, у ЄС – 81 рік; близько 50% пацієнтів після перенесеного інсульту отримують первинну інвалідність, близько 12% померлих від інсульту – особи працездатного віку; наша країна посідає ключове місце в Європі по кількості витрат на здоров'я, що призводять до швидшого збіднення хворих та їхніх родин; оплата витрат на товари медичного призначення здійснюється пацієнтами та їх родинами, що складає 99% загальних витрат; 37.6% госпіталізацій відбувається без належних показань; Україна має найнижчі показники обов'язкової вакцинації серед дітей по всьому світу, до прикладу, рівень вакцинації від поліомієліту станом на 2018 рік склав 69%.

Кабінет Міністрів України схвалив Концепцію реформи охорони здоров'я від 30 листопада 2016р. Пізніше були прийняті відповідні закони України, постанови та розпорядження Кабінету Міністрів України, накази Міністерства охорони здоров'я України та інші нормативно-правові акти для можливості подальшої реалізації даної реформи (табл.1.1).

Таблиця 1.1 - Перелік нормативно-правових актів для подальшої реалізації медичної реформи

Група нормативних документів	Перелік документів
1	2
Закони України	Закон України Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я Закон України Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення Закон України Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості
Постанови КМУ	Про затвердження порядку функціонування електронної системи охорони здоров'я (ПРОЕКТ)

## Продовження табл.1.1

1	2
Накази МОЗ України	Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги. Декларація про вибір лікаря який надає первинну медичну допомогу

Було зроблено висновок, що на сучасному етапі впровадження та розвитку реформи необхідно приділити увагу формуванню страхової моделі медицини в Україні. Ця модель допоможе регламентувати взаємовідносини між учасниками даної моделі, чітко визначити права та обов'язки, а також чітко визначити джерела надходження ресурсів та фінансів на розвиток.

Нова Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я включала появу нового центрального органу виконавчої влади-Національної служби здоров'я України, яка б забезпечувала державну політику медичного обслуговування громадян за програмою медичних гарантій та виступала в ролі національного страховика.

Національна служба здоров'я України була затверджена постановою Кабінета Міністрів України [45], а пізніше зареєстрована як юридична особа публічного права.

Згідно реформи НСЗУ виконує такі завдання і функції, які представлені на рисунку 1.1.

- центральний орган виконавчої влади, який оперує коштами державного бюджету через програму медичних гарантій
- координується з Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я
- управляє програмою медичних гарантій (державним гарантованим пакетом), формує її та розробляє тарифи і коригувальні коефіцієнти на основі стратегічних напрямків та пріоритетних послуг
- головна функція: стратегічні закупівлі медичних послуг, контракування
- укладає договори з надавачами медичних послуг будь-якої форми власності(державними, комунальними та приватними закладами та лікарями-ФОП)

Рисунок 1.1 – Функції НСЗУ[42]



Отже, з появою нової структури в організації центральної влади вирішилося питання фінансування системи охорони здоров'я України

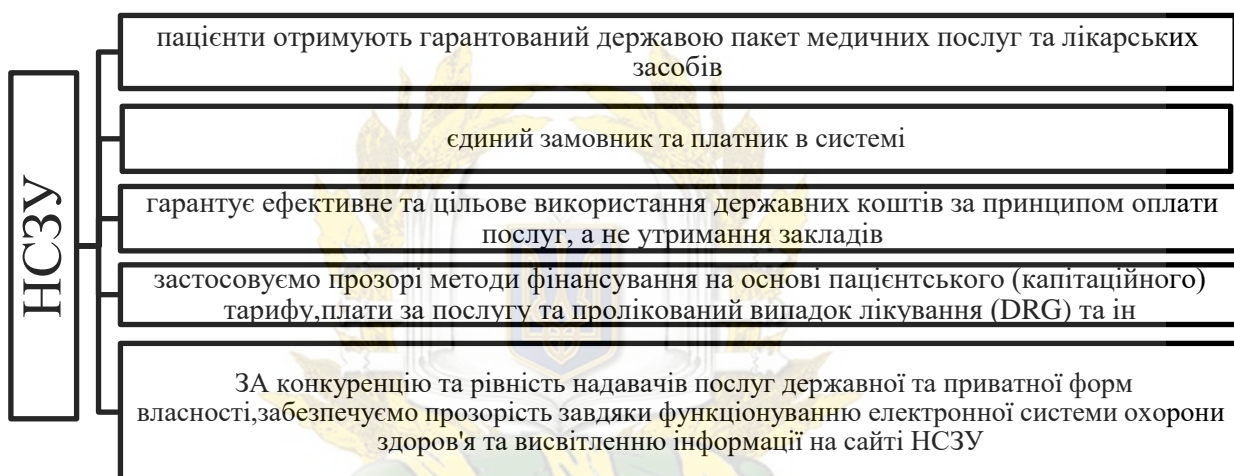


Рисунок 1.2 - Переваги НСЗУ[21]

Наступним кроком після формування Національної служби здоров'я України стало заключення договорів цієї структури з закладами надання первинної медичної допомоги (ПМД) всіх форм власності. Таким чином держава вперше за свої роки існування почала проводити взаємодії як з комунальними закладами, так і з приватними закладами охорони здоров'я (ЗОЗ).

У 2018 році запустився активний процес перетворення медичних закладів у комунальні підприємства, адже заклади які не змінять свій статус у майбутньому мали б проблеми з підписанням договорів про закупівлю послуг з новим розпорядником бюджетних коштів - Національною службою здоров'я України. Вже на цьому етапі було виявлено неготовність закладів до впровадження реформи в дію: роботи у новому статусі як суб'єкта господарювання з можливістю до самофінансування та створенню нових підрозділів інфраструктури: бухгалтерію, господарські служби, планово-фінансового відділу і т.ін.

Уже під час першої хвилі реєстрації була відмічена зацікавленість у роботі з НСЗУ комунальних некомерційних підприємств (КНП), приватних закладів та ФОП, а з плином часу їхня кількість збільшувалася [21].



Рисунок 1.3 - Порівняння кількості укладених договорів закладів різної форми власності з НСЗУ

Реформування медичної галузі почалося з трансформації первинної ланки надання допомоги як основоположної. Первинною ланкою надання медичної допомоги стали спеціалісти загальної практики-сімейні лікарі. Саме ці спеціалісти визначають маршрут пацієнта у системі.

З 1 квітня 2018 року кожний громадянин України отримав змогу обрати сімейного лікаря самостійно і підписати з ним декларацію, незалежно від місця реєстрації проживання. Цей проект отримав назву «Обери свого лікаря» [33].

Відповідно до укладених договорів і відповідних пакетів послуг НСЗУ оплачує рахунки за безпосередньо за виконану роботу і пролікований випадок.

Таким чином, система охорони здоров'я стає пацієнт орієнтованою, адже пацієнт сам обирає заклад в якому хоче лікуватися, спеціаліста якому він довіряє, обирає обсяг допомоги із всіх можливих перелічених у конкретному випадку або взагалі може відмовитися від її надання.

Також, укладена декларація з сімейним лікарем стала умовою для надання багатьох інших послуг: безкоштовна консультація вузьким спеціалістом за направленням, отримання лікарських засобів за програмою «Доступні ліки», безкоштовний певний перелік лабораторних та

інструментальних досліджень, проведення профілактичних втручань щодо пацієнтів з факторами ризику певних захворювань, вакцинації, надання паліативної допомоги, що не входить в повноваження ПМД, призначення лікарських засобів, медичної реабілітації, оформлення довідок та листків непрацездатності та іншої необхідної документації згідно вимог законодавства, медичне спостереження за здоровою дитиною, взаємодія з соціальними службами.

З іншого боку, піднімається статусність первинної ланки і сімейних лікарів, адже кількість укладених декларацій впливає на дохід і конкурентоспроможність як лікаря, так і закладу, а відповідно і зацікавленість закладу в такому спеціалісті.

Згідно нової реформи також з'явилися онлайн-сервіси для реєстрації електронної інформації про стан пацієнта. Це, в свою чергу, зменшує ризики втрати паперових носіїв з необхідною інформацією про пацієнта, а з іншого боку посилює рівень привітності, адже доступ до медичних заключень мають лише лікарі.

Первинна ланка почала свою трансформацію сама перша. Ця реформа також призвела до того що виникла необхідність в перерозподілі лікарів за спеціальностями. Раніше, відмічалася велика кількість лікарів за спеціальністю «акушер-гінеколог», а тепер виникла необхідність в сімейних лікарях.

Медична реформа не оминула і вторинний спеціалізований рівень надання медичної допомоги. З 1 квітня 2020 року Програма медичних гарантій запрацювала і на цьому рівні.

Для того щоб заключити договори з НСЗУ про надання певного переліку послуг необхідно щоб заклад відповідав критеріям, які визначав цей центральний орган. У зв'язку з цим виникла потреба у більшій кількості лікарів-анестезіологів-реаніматологів та лікарів інших спеціальностей, що сприяло підвищенню кваліфікації вже наявних кадрів, отриманню нових



спеціалізацій та залученню лікарів за рахунок пропозиції хороших умов праці і додаткових заохочень.

Згідно цієї програми було визначено 5 пріоритетних напрямків [25]:



Рисунок 1.4 - Пріоритетні напрямки фінансування НСЗУ

Реформування медичної галузі призвело до того що державні заклади стали комерційними неприбутковими підприємствами, які є самоокупними, адже фінансування йде за безпосередньо за надані послуги напряму від НСЗУ.

Це дало змогу фінансово забезпечити населення від надмірних витрат. Медична допомога стала доступнішою для більшої кількості населення, незалежно від статі, місця проживання чи інших соціальних факторів. Створення єдиної електронної системи охорони здоров'я призвела до комп'ютеризації, а відповідно і до вдосконалення матеріально-технічної бази закладу. А децентралізації управління дозволило керівництву самому вирішувати розмір заробітної платні та інших заходів заохочення за виконану роботу лікарем згідно колективного договору, перерозподіл ресурсів і фінансів на місці залежно від потреб закладу і т.ін. без впливу зі сторони.

Під час трансформації медичної системи необхідно було поєднати потреби охорони здоров'я та попит на медичні послуги з наявними ресурсами. Тобто, виникла необхідність визначити пріоритетні напрямки надання медичної допомоги в умовах обмеженості ресурсів. Враховуючи критерії поширеності хвороб, потреби пацієнтів, результативності та економічної

ефективності методів лікування, справедливості розподілу ресурсів, попередження катастрофічних витрат було визначено такі напрямки (табл.1.2):

Таблиця 1.2 - Стратегічні напрямки реформування

Стратегічний напрям	Призначення напрямку
Стратегічний напрям 1	Пріоритет розвитку системи охорони здоров'я має бути наданий профілактиці, первинній медичній допомозі та амбулаторному лікуванню
Стратегічний напрям 2	Підвищення якості надання допомоги пацієнтам в невідкладних станах
Стратегічний напрям 3	Підвищення рівня доступності лікарських засобів

Пріоритетні стани в програмі медичних гарантій:

1. Вагітність та пологи;
2. Неінфекційні захворювання або стани:
  - Астма, хронічне обструктивне захворювання легень
  - Серцево-судинні захворювання
  - Діабет 2 типу;
  - Онкологічні захворювання;
3. Інфекційні захворювання:
  - Вакцино контрольовані захворювання ТБ, ВІЛ та гепатити В і С

1 квітня 2019 року почала працювати урядова програма реімбурсації «Доступні ліки». Тобто, функція відшкодування лікарських засобів перейшло до Національної служби здоров'я України, яка стала єдиним платником. Відшкодування здійснювалося по 3 основним захворюванням-серцево-судинні захворювання, діабет II типу та бронхіальну астму.

Для впровадження роботи цієї системи ввели поняття електронного рецепту. Тепер програма реімбурсації працює виключно на основі та в межах функціоналу електронної системи охорони здоров'я, що дає змогу пацієнту отримати лікарські засоби без прив'язки до місця проживання, а в будь-якій

точці України, де є аптечний заклад-партнер НСЗУ. В свою чергу це підвищило статус лікарів, адже тільки вони мають змогу виписати електронний рецепт на безоплатні ліки на основі укладеної декларації пацієнта з НСЗУ.

У 2018 році по Вінницькій області було заключено 1 202 335 декларацій, серед яких КНП-1 201 411, приватні-332,ФОП-592. Відповідно профінансовано КНП-342 809 002 грн, приватні 31 456 грн, ФОП 20 097. Серед укладених декларацій 94% пацієнтів заключило декларації саме з сімейним лікарем, 4%- з терапевтом, а 2%- з педіатром. Вже у 2020 році оплата надавачам медичної допомоги за Програмою медичних гарантій становила: КНП- 2897037941 грн, приватна-1 334 076 грн, ФОП-6 682 818 грн.

У 2020 році Програма медичних гарантій продовжує вдосконалюватися згідно з потребами пацієнтів у медичних послугах та результативності проведених методів лікування. НСЗУ оплачує комплекс наданих послуг, а не за окрему послугу. Таким чином було чітко визначено критерії надання послуг, що саме фінансується і як оплачується. На той момент Програма медичних гарантій включала 32 пакети.

Того ж року було впроваджено пакет надання послуг з приводу захворювання на COVID-19. Таким чином, НСЗУ показала ефективність роботи Програми медичних гарантій в екстремальних умовах пандемії, а отже і допомагає оперативно реагувати в умовах непередбачуваних та надзвичайних ситуацій. Було успішно реалізовано надання первинної медико-санітарної допомоги в рамках Програми медичних гарантій, так як лікарі саме цієї ланки відіграють велику роль в боротьбі з захворюванням і стають точкою входу в медичну систему для пацієнта. Адже не всі хворі на COVID-19 потребують лікування у стаціонарі, більшість так і лишається на первинній ланці продовжуючи лікування та реабілітацію під наглядом сімейного лікаря. Тому було профінансовано не тільки надавачів стаціонарної допомоги, але і заклади екстреної медичної допомоги та медичні заклади з мобільними



бригадами, які виїжджали до хворих з підозрою на COVID-19 і брали зразки для тестування.

У програмі медичних гарантій на 2022 рік передбачалося 38 пакетів медичних послуг. З'явилися такі пакети як «Хірургічні операції дорослим і дітям в умовах стаціонару одного дня», коли проведене втручання не потребує тривалого перебування в стаціонарі і пацієнт може повернутися додому. Також було введено безоплатне проведення неонатального скринінгу на 21 захворювання усім новонародженим.

Пріоритетним напрямком Програми медичних гарантій так і залишається охорона материнства та дитинства. У 2022 році виріс тариф на оплату неонатальної допомоги з 113 до 135 тис. грн., а максимальна виплата становитиме 161 тис грн за лікування недоношених дітей у закладах, які відповідають додатковим вимогам. Разом з тим зріс тариф на оплату медичної допомоги при пологах на 5 тис. Грн і становить 15 тис. грн, а для закладів зі спеціальними додатковими умовами-до 20 тис грн.

Паралельно з трансформацією системи охорони здоров'я відбувається цифрова трансформація. Відбуваються зміни і у електронній системі охорони здоров'я. Введення інформації про пацієнта в єдину систему сприяє її збереженню в базі, доступу за необхідності до даних пацієнта, а відкрита статистика дозволяє керівникам та власникам закладів бачити картину щодо попиту на відповідних лікарів та обстеження. Відбувається розробка і запуск таких сервісів і функціоналу, як:

1. Електронний лікарняний( спрощення процедури оформлення листка непрацездатності)
2. План лікування(полегшує контроль за виконанням призначень)
3. Електронний кабінет пацієнта(пацієнт має змогу бачити власну електронну карту, подавати декларацію та доступ до даних)
4. Модуль чутливих даних(введення електронних медичних записів з особливо чутливих нозологій як розлади психіки та ВІЛ/СНІД.

5. Нові модулі програми реімбурсації(отримання інсуліну чи лікарських засобів для лікування розладів психіки та поведінки за електронним рецептом)

Трансформація медичної галузі стимулювала грандіозні зміни у цій сфері. До цього моменту керуюча влада не приділяла значної уваги до потреб не тільки медичних закладів, але і пацієнтів та лікарів. Якість надання послуг була вкрай низькою із-за відсутності необхідних ресурсів у закладах і зацікавленості лікарів у роботі та професійному розвитку. Медична реформа вирішила фінансову складову, було організовано пацієнт орієнтовану систему охорони здоров'я. Пацієнт постав в центрі цієї системи: тепер він має змогу обрати лікаря з яким заключити декларацію, заклад в якому хоче отримати кваліфіковану допомогу, обсяг наданої допомоги, отримати ліки за програмою реімбурсації, доступ до онлайн сервісу.

Заклади охорони здоров'я отримали змогу самостійно перерозподіляти фінанси, що має також підвищувати якість надання медичної допомоги, заохочувати своїх спеціалістів до співпраці та професійного розвитку, розвиток «позитивної» конкуренції, яка б стимулювала до зростання і привабливості медичного центру для професіоналів.

У 2022 році Верховною Радою України було ухвалено законопроект який дає дозвіл на запуск інфраструктурної частини реформи охорони здоров'я. Було створено новий підхід за яким усі заклади охорони здоров'я об'єднали в один госпітальний округ та додатково розділили на госпітальні кластери враховуючи межі адміністративно-територіальних одиниць, географічні особливості регіону та стану автомобільних доріг, поточних прогнозованих демографічних показників чисельності населення, структури захворюваності і смертності, оптимальні клінічні маршрути для пацієнтів задля своєчасного доступу до медичної та реабілітаційної допомоги, що базується на доказовій медицині, навантаження медичних працівників та фахівців з реабілітації. Відповідно до наданих медичних послуг у медичних закладах госпітального кластера, медичні центри було поділено на над

кластерні, кластерні та загальні лікарні. Такий розподіл допоміг остаточно розпрощатися зі старим баченням та застарілими підходами до формування мережі лікарень, у візуальному сприйнятті медичного закладу та їхньої матеріально-технічної бази. Сформована мережа лікарень в госпітальному окрузі за кластерним типом чітко визначає лікарні, в яких має бути чітко визначене обладнання і його кількості, а відповідно і вид послуг, що будуть надаватися. Тому саме на ці лікарні і на це обладнання буде сфокусований пріоритети під час відновлення України. Це нововведення продовжує реалізацію базового принципу про те, що лікарні мають бути однаково комфортні що для пацієнтів, що для медичного персоналу, який там працює. При цьому лікуванням простих чи неускладнених випадків буде відбуватися якомога ближче до пацієнтів, в загальних лікарнях. При цьому буде вестися такий розрахунок: 50-80 тисяч населення на один медичний заклад. Якщо пацієнт потребуватиме іншого виду допомоги, який не зможуть забезпечити у загальній лікарні, то його доставлятимуть у кластерні та над кластерні лікарні, що будуть надавати високоспеціалізовані послуги. Відповідно до свого рівня у мережі лікарень, медичний заклад буде забезпечуватися обладнанням, щоб наявні ресурси використовувалися ефективніше. Госпітальне планування спрощує доступ пацієнтів до медичних послуг, покращує їх якість та дозволяє ефективніше використовувати наявні ресурси.

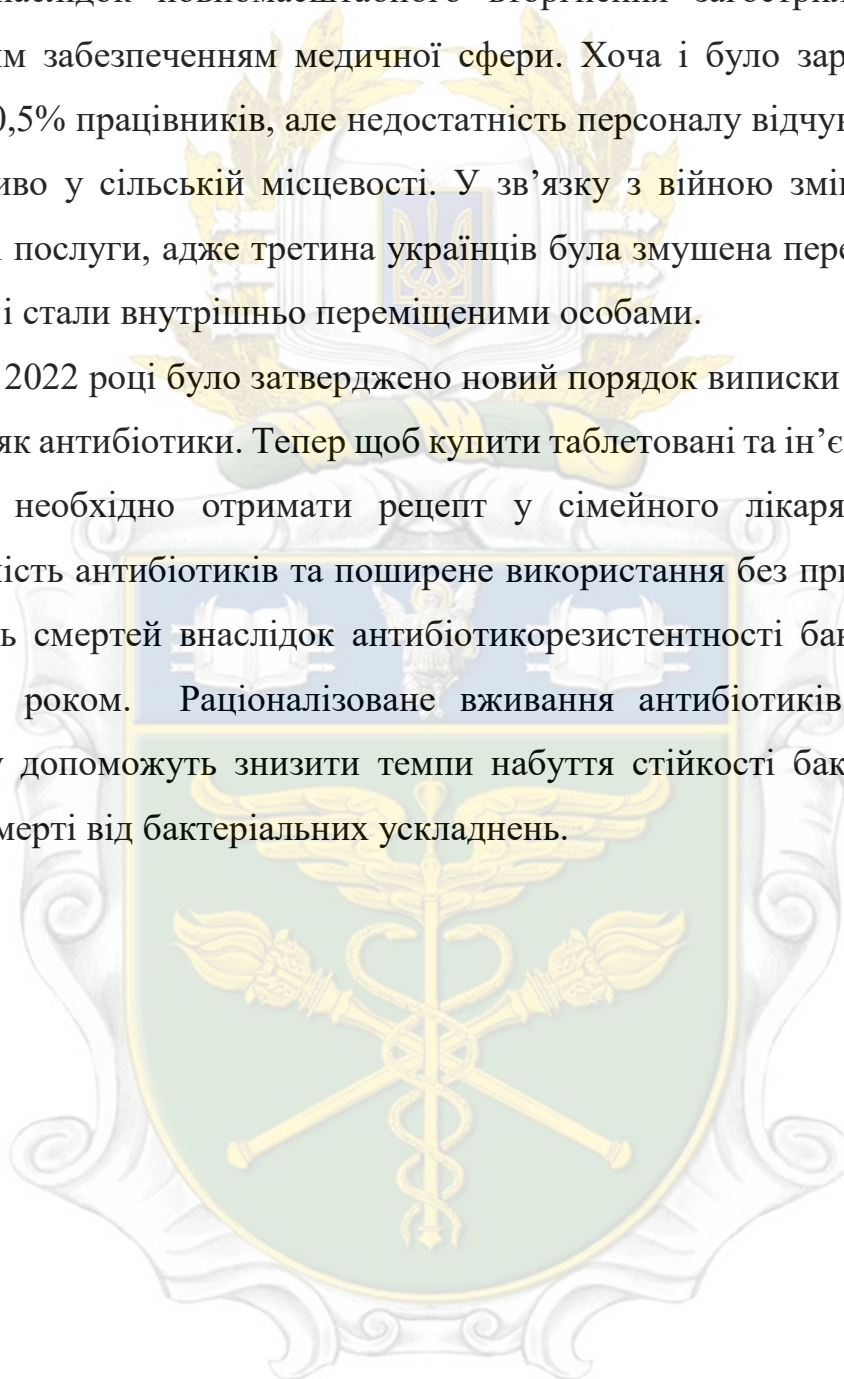
Після такого значного прогресу у реформуванні медичної галузі дана сфера зазнала великих фінансових втрат внаслідок повномасштабної агресії проти України та напади на заклади медичної допомоги. Системою спостереження ВООЗ за нападами на медустанови було зареєстровано 503 напади на систему охорони здоров'я з 24 лютого до 3 вересня, унаслідок яких 129 людей поранено та 100 людей загинуло, але ця статистика не відображає реальних цифр, адже неможливо оцінити ситуацію на тимчасово окупованих територіях. Завдана шкода українській системі охорони здоров'я сягає 1,6 млрд. доларів. Це нанесло колосальної шкоди і знадобляться десятиліття щоб відбудувати ці установи. Позитивним моментом лишається будівництво цих



закладів за новими стандартами, що допоможе уникнути недоліків та викоринити стару систему з урахуванням найкращого світового досвіду та технологій.

Внаслідок повномасштабного вторгнення загострилася проблеми з кадровим забезпеченням медичної сфери. Хоча і було зареєстровано виїзд всього 0,5% працівників, але недостатність персоналу відчувалася ще до того, особливо у сільській місцевості. У зв'язку з війною змінився і попит на медичні послуги, адже третина українців була змушена переміститися в інші регіони і стали внутрішньо переміщеними особами.

У 2022 році було затверджено новий порядок виписки таких лікарських засобів як антибіотики. Тепер щоб купити таблетовані та ін'єкційні форми цих засобів необхідно отримати рецепт у сімейного лікаря. Через широкую доступність антибіотиків та поширене використання без призначення лікаря, кількість смертей внаслідок антибіотикорезистентності бактерій зростала з кожним роком. Раціоналізоване вживання антибіотиків та контроль їх випуску допоможуть знизити темпи набуття стійкості бактерій та знизити ризик смерті від бактеріальних ускладнень.



## РОЗДІЛ 2

### ХАРАКТЕРИСТИКА ТРАНСФОРМАЦІЙНИХ ПРОЦЕСІВ ВІННИЦЬКОЇ МІСЬКОЇ КЛІНІЧНОЇ ЛІКАРНІ «ЦЕНТР МАТЕРІ ТА ДИТИНИ»

2.1 Організаційно-економічна характеристика Вінницької міської клінічної лікарні «Центр матері та дитини» (ВМКЛ ЦМтаД)

Вінницька міська клінічна лікарня «Центр матері та дитини» є унікальним закладом, в якому надають спеціалізовану допомогу жінкам до моменту вагітності, під час виношування, пологів, новонародженим, немовлятам та дітям старшого віку. Тут проходить повний цикл від моменту планування дитини до моменту досягнення нею 18 років. Вінницька міська клінічна лікарня Центр матері та дитини надає спеціалізовану допомогу по пакетам медичних послуг за програмою медичних гарантій:

- хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня
- медична допомога при пологах;
- профілактика, діагностика, спостереження, лікування та реабілітація пацієнтів в амбулаторних умовах;
- мамографія;
- гістероскопія;
- стаціонарна паліативна допомога дорослим та дітям;
- неонатальний скринінг.

В структурі ВМКЛ ЦМтаД лежать такі підрозділи як Перинатальний центр II рівня акредитації (табл.2.1), педіатрична служба та допоміжні підрозділи.

До складу Перинатального центру входить: пологове відділення з індивідуальними та сімейними пологовими залами та приймальним блоком потужністю на 8 пологових залів, відділення сумісного перебування матері та новонародженого на 30 ліжок, відділення патології вагітності та

екстрагенітальної патології з ліжками для невиношування - 30 ліжок, відділення гінекології з малоінвазивними операціями - 20 ліжок, відділення інтенсивної терапії та виходжування недоношених та хворих новонароджених - 6 р.м., відділення постнатальної реабілітації та другого етапу виходжування недоношених-10 ліжок законсервовано, анестезіологічне відділення та ПІТ для жінок - 6 р.м., жіночої консультація з консультативним блоком та денним стаціонаром-10 ліжок денного стаціонару.

Таблиця 2.1 - Показники потужності ВМКЛ ЦМтаД Перинатального центру

Структура	Потужність
1.Пологове відділення з індивідуальними та сімейними пологовими залами та приймальним блоком	8 пологових зал
2.Відділення сумісного перебування матері та новонародженого	30 ліжок
3.Відділення патології вагітності та екстрагенітальної патології з ліжками для невиношування	30 ліжок
4.Відділення гінекології з малоінвазивними операціями	20 ліжок
5.Відділення інтенсивної терапії та виходжування недоношених та хворих новонароджених	6 р.м.
6.Відділення постнатальної реабілітації та другого етапу виходжування недоношених	10 ліжок законсервовано
7.Анестезіологічне відділення та ПІТ для жінок	6 р.м
8.Жіноча консультація з консультативним блоком та денним стаціонаром	10 ліжок денного стаціонару
9.Централізоване стерилізаційне відділення	
Всього	90 ліжок

Жіноча консультація з денним стаціонаром обслуговує усіх жінок м. Вінниця та надає висококваліфіковані послуги за Програмою медичних гарантій. На базі жіночої консультації наявний консультативно-діагностичний блок з кабінетом ультразвукової перинатальної діагностики, де щорічно проводять велику кількість таких досліджень, як трансвагінальне та трансабдомінальне ультразвукове обстеження матки і придатків, комбінований пренатальний скринінг першого триместру, скринінгові УЗО у



II і III триместрі вагітності, доплерометрія, ехокардіографія у плода, консультативні огляди в реальному часі при складних вадах розвитку у плода за допомогою технологій телемедицини, ультразвукове дослідження молочних залоз та щитоподібної залози.

Пологове відділення з індивідуальними та сімейними пологовыми залами і приймальним блоком функціонує на базі ВМКЛ ЦМтаД з 2014 року та має в своєму складі 7 індивідуальних пологових зал та 1 палату з окремим входом для госпіталізації породіль з інфекційними захворюваннями в стадії гострих клінічних проявів. Відділення оснащено сучасною апаратурою для надання спеціалізованої допомоги в плановому та ургентному порядку жінкам та новонародженим.

Відділення гінекології з малоінвазивними операціями спеціалізується на наданні допомоги жінкам з порушеннями репродуктивної функції, та яким необхідне інтенсивне лікування з використанням новітніх технологій при введенні вагітною з ускладненим перебігом вагітності до 22 тижнів, невиношування вагітності чи неплідді. У відділенні проводяться в повному об'ємі лапароскопічні, лапаротомічні, гістероскопічні та черезпіхвові оперативні втручання.

Відділення патології вагітності та екстрагенітальної патології з ліжками для невиношування спеціалізується на проблемі невиношування вагітності, ускладнення вагітності, екстрагенітальних патологій, надає перинатальну допомогу від 22 тижня до 34 тижня терміну гестації та вагітним жіночої консультації від 22 тижня гестації. Відділення обслуговує 1600-1700 вагітних за рік та надає допомогу відповідно до обсягу перинатального центру II рівня.

Відділення інтенсивної терапії та виходжування недоношених та хворих новонароджених запрацювало у 2008 році на 6 ліжок та спеціалізується на наданні допомоги недоношеним. У відділенні щороку проводиться лікування приблизно 150 дітей, з яких близько 100 недоношених з вагою від 500 грам.

Анестезіологічне відділення та палати інтенсивної терапії спеціалізується на наданні допомоги пацієнткам після гінекологічних

операцій, породіллям після операцій кесарського розтину та хворим, що потребують лікування у відділенні інтенсивної терапії. Відділення потужністю 6 ліжок та оснащене сучасними ліжками та апаратами для моніторингу стану пацієнта.

Відділення сумісного перебування матері та новонародженого має потужність у 30 ліжок. У своїй роботі відділення дотримує принципи теплового ланцюжка, грудного вигодовування, надає консультації по догляду за немовлям, особливості перебігу післяпологового періоду та надання необхідного обсягу медичних втручань за допомогою малоінвазивних методів обстежень за сучасними технологіями.

До складу педіатричної служби входить: відділення патології новонароджених потужністю 20 ліжок, педіатричне відділення молодшого дитинства на 35 ліжок, педіатричне відділення старшого дитинства потужністю на 40 ліжок, відділення анестезіології з ПІТ для дітей - 6 р.м., діагностичне відділення, лікувально-реабілітаційне відділення, клініка, дружня до молоді (табл.2.2)

Таблиця 2.2 - Показники потужностей Педіатричної служби ВМКЛ ЦМтаД

Назва структурного підрозділу	Потужність
1.Відділення патології новонароджених	20 ліжок
2.Педіатричне відділення молодшого дитинства	35 ліжок
3.Педіатричне відділення старшого дитинства	40 ліжок
4.Відділення анестезіології з ПІТ для дітей	6 р.м
5.Амбулаторно-діагностичне відділення	
6.Діагностичне відділення	
7.Лікувально-реабілітаційне відділення	
8.Клініко-діагностична лабораторія	
9.Клініка, дружня до молоді	
Всього	95ліжок

Амбулаторно-діагностичне відділення на базі ВМКЛ ЦМтаД почало функціонувати у січні 2012 року. Це відділення спеціалізується на консультативно-діагностичній та лікувальній роботі з дитячим населенням за направленнями лікарів загальної практики-сімейної медицини ЦПМСД.

Також амбулаторно-діагностичне відділення надає організаційно-методичну допомогу з різних питань консультативно-діагностичної та лікувальної допомоги на вторинному рівні. Амбулаторно-діагностичне відділення взаємодіє зі спеціалістами як первинної, так і третинної ланки надання медичних послуг.

Приймальне відділення почало працювати з 1998 року. Відділення надає цілодобову спеціалізовану допомогу населенню від 0 до 18 років з соматичними захворюваннями за само зверненням або доставлених каретою ШМД.

Відділення анестезіології з палатами інтенсивної терапії для дітей має потужність 6 ліжок. Відділення устатковане необхідною апаратурою для проведення реанімаційних заходів, моніторингу вітальних функцій та тривалого підтримання життєвих функцій пацієнта.

Відділення патології новонароджених відкрилося у 1998 році. Функціонал розрахований на 20 ліжок. У 2018 році було оновлено умови для спільного перебування мам та дітей. Палати оснащені централізованою подачею кисню, кімнатою зберігання грудного молока та приготування молочних сумішей, лампами для фототерапії, моніторами вітальних функцій. Відділення спеціалізується на наданні допомоги новонародженим з інших пологових будинків, відділення інтенсивної терапії та виходжування недоношених та хворих новонароджених Перинатального центру, за само зверненням або за направленням сімейного лікаря каретою ШМД.

Педіатричне відділення молодшого дитинства спеціалізується на наданні допомоги дітям від 1 місяця до 3 років з різними захворюваннями.. Відділення засноване у 1998 році та має потужність у 35 ліжок.

Педіатричне відділення старшого дитинства надає медичні послуги у віці від 3 до 18 років. У даному відділенні лікують патології органів дихання, серцево-судинної системи, захворюваннями нервової системи, хвороби нирок, алергічні захворювання , хвороби ШКТ.



Клініка, дружня до молоді була заснована у грудні 2009 року за ініціативи Дитячого фонду ООН ЮНІСЕФ. Клініка спеціалізується на питаннях збереження здоров'я та комплексній медико-психосоціальній допомозі, обумовлений специфікою підліткового віку, на засадах доступності, добровільності, доброзичливості та конфіденційності.

Лікувально-реабілітаційне відділення надає кваліфіковану допомогу на базі центру корекції зору задля профілактики, лікування проблем очей та порушення співдружньої роботи м'язів очей.

Для покращення якості надання медичних послуг в рамках інформатизації галузі охорони здоров'я заклад впровадив використання інформаційної системи «Доктор Елекс».

Джерела та суми фінансування ВМКЛ ЦМтаД у 2021 р. наведені в таблиці 2.2.

Таблиця 2.3 – Джерела та суми фінансування ВМКЛ ЦМтаД у 2021 р

Джерело фінансування	Сума, тис.грн.	Структура надходжень, %
1	2	3
Кошти державного бюджету України від НСЗУ	62735,7	78,304
Кошти від надання послуг з медичної діяльності	1125,5	1,405
Отриманих від реалізації продукції молочної кухні	472,0	0,589
Отриманих від надання послуг(платні палати, стажування інтернів, відшкодування від страхової)	542,4	0,677
Кошти державного бюджету (відшкодування лікарям-інтернам за проходження інтернатури)	71,6	0,089
Кошти бюджету Вінницької міської територіальної громади	12568,3	15,687

Продовження табл. 2.3.

1	2	3
Отриманих від реалізації в установленому порядку майна(крім нерухомого)	1,8	0,002
Відшкодування коштів від орендарів за енергоносії	31,8	0,040
Надходження від відсотків за залишками коштів на поточних рахунках	33,6	0,042
Залишок коштів на кінець 2020 року	2535,1	3,164

Шляхами надходження фінансів у ВМКЛ ЦМтаД у 2021 році є кошти з державного бюджету України від Національної служби здоров'я (78%), кошти від надання послуг з медичної діяльності (1,4%), кошти, отримані від реалізації продукції молочної кухні (0,5%), отриманих від надання послуг (0,67%), кошти бюджету Вінницької міської територіальної громади (15,6%); отриманих від реалізації в установленому порядку майна, відшкодування коштів від орендарів за електроносії, надходження від відсотків за залишками коштів на поточних рахунках, залишки коштів на кінець 2021 року.

Динаміку надходжень коштів можна простежити за допомогою таблиці 2.3.

Таблиця 2.4 -Динаміка надходжень по КНП ВМКЛ ЦМ та Д

Показник	2019	2020	2021	Абсолютне відхилення 2021 р. від 2019р.	Темп росту 2021р. до 2020р, %%
Доходи всього	60673,9	76001,0	77582,7	+166908,8	102
Надходження від інвестиційної діяльності	4033,7	7334,4	9723,8	+5690,1	241
Надходження від фінансової діяльності	-	26,5	33,6	+33,6	100
Благодійні внески	3082,7	-	3148,5	+65,8	103

Для того щоб проаналізувати фінансові показники діяльності по ВМКЛ ЦМтаД було проведено діагностику фінансового стану по даним звітностей.

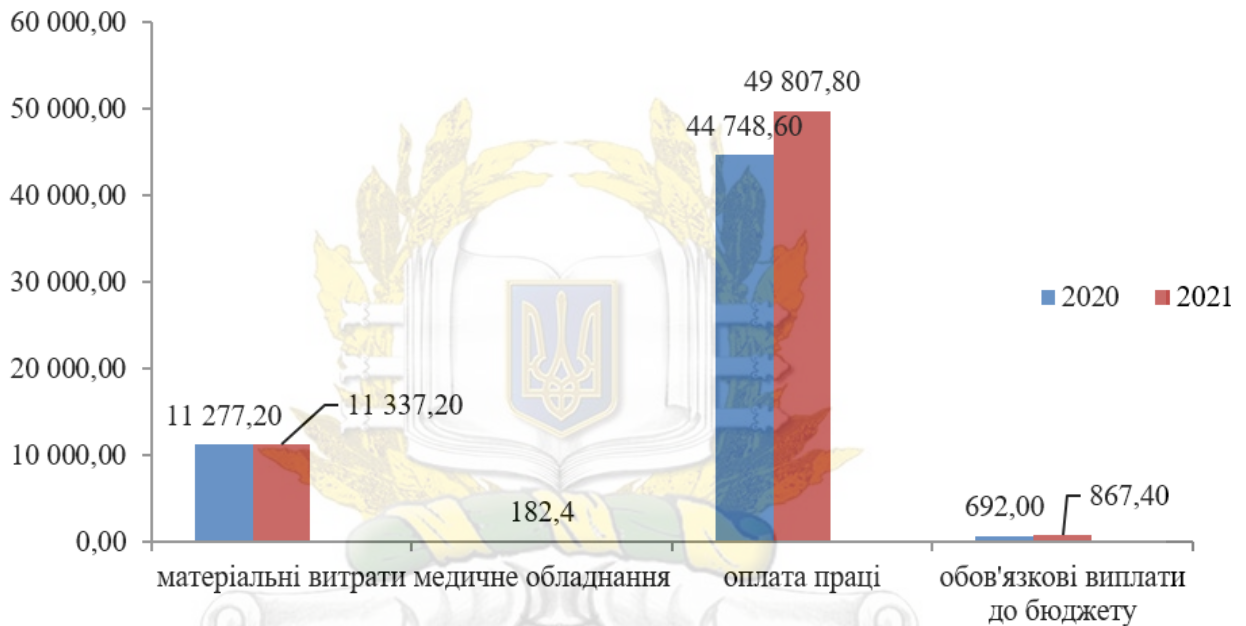


Рисунок 2.1 – Динаміка та структура витрат по ВМКЛ ЦМтаД

У 2021р на утримання лікарні було витрачено 77582,7 тис.грн з них

1. Матеріальні витрати-11 372,7тис грн
2. Витрати на оплату праці-49 807,8 тис грн
3. Відрахування на соціальні заходи-10 818,0 тис грн
4. Інші операційні витрати-5 584,2 тис грн

За програмою медичних гарантій за надання послуг заклад отримав 542.4 тис грн(платні палати, стажування інтернів, відшкодування від страхової компанії). Благодійна допомога у грошовому еквіваленті становила 418,7 грн, а в натуральній формі-2729,8 грн. У 2021 році збільшилися витрати по оплаті заробітної плати працівникам на 5059,2 тис грн, що становить 11,3% приросту порівняно з 2020 роком. Відповідно до цього зросла середньомісячна оплата праці працівника на 745 грн. Також збільшилося фінансування на харчування на 144,2 грн порівняно з минулим роком. У звітності також відображено збільшення рівня обов'язкових платежів до бюджету на 175,4 грн.

Керівництво слідкує за професійним розвитком своїх співробітників. У штаті лікарні наявні кандидати медичних наук, професори спеціалісти



обласного значення. На базі лікарні проходять навчання студенти Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова та Вінницького медичного коледжу ім. акад. Д.К. Заболотного.

Штат лікарні нараховує 157 лікарів, серед яких лікарі-акушери-гінекологи, лікарі-педіатри-неонатологи, лікарі-анестезіологи дорослі та дитячі, лікар-генетик, лікарі-терапевти, лікарі-педіатри, лікарі-хірурги дитячі, лікарі-дерматовенерологи дитячі, лікарі-отоларингологи дитячі, лікарі-офтальмологи дитячі, фахівці з базовою та неповною вищою освітою-227, молодшого медичного персоналу-124, спеціалістів-18, інший персонал-40.

## 2.2 Характеристика трансформаційних процесів ВМКЛ ЦмтаД

Для того щоб забезпечити безперебійну роботу закладу під час реформування медичної галузі, надавати кваліфіковану медичну допомогу та укладати договори про надання медичних послуг з Національною службою здоров'я України медичний заклад трансформувався у комунальне некомерційне підприємство. Постанова Кабінету Міністрів України №741 «Про внесення змін до деяких постанов КМУ щодо забезпечення реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення» від 1.07.2022 року та Закон України від 01.07.2022 №2347-IX «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги» вносить суттєві зміни у такі Закони України як «Основи законодавства України про охорону здоров'я» та «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». З липня 2022 року НСЗУ поновило виплати медичним закладам по принципу фактично наданих послуг та пролікованих пацієнтів.

14 вересня на розгляд медичної ради була представлена інформація щодо економічного стану справ у лікарнях Вінниці і яким чином демографічні показники та якість надання послуг впливають на них та реорганізувати

нестабільні підприємства до більш фінансово стійких та рентабельних закладів.

Вже неодноразово піднімалося питання реорганізації акушерсько-гінекологічної служби Вінницької громади, так як у державі був зафіксований демографічний спад. За останні 5 років зменшилася кількість пологів на 20%. У 2016 році зареєстровано 5332 пологів, у 2021-4260, а у 2022 році-3990( з розрахунку по факту 11 місяців). Через зменшення показнику кількості пологів відповідно зменшувалася оплата за фактично надані послуги. Це призвело до того, що у липні НСЗУ виплатило ВМКЛ «Центр матері та дитини» 6,6 млн грн., а витрати на заробітну плату колективу становили 6,8 млн грн. Загалом, питома вага зарплат від усієї нарахованої суми за липень 2022 року від НСЗУ складає 98% у Центрі матері та дитини, тоді як у Пологовому будинку №1 м. Вінниці - 80%, а в КНП «Вінницький клінічний клінічний пологовий будинок №2» - 122%. У майбутньому ці процеси можуть призвести до скорочення кількості персоналу, адже зменшиться кількість наданих послуг і пролікованих випадків.

Для забезпечення безперебійної роботи медичних закладів під час військової агресії російської федерації Уряд вніс зміни до Порядку реалізації програми медичних гарантій у 2022 році, затвердженого постановою №1440. Ця постанова регламентує фінансування закладів у надзвичайній ситуації. Відповідно до неї Національна служба здоров'я України має перераховувати фіксовану суму коштів у перших числах місяця.

Також, Кабінетом Міністрів України було затверджено Порядок надання роботодавцю компенсації витрат на оплату праці за працевлаштування внутрішньо переміщеної особи внаслідок проведення бойових дій під час воєнного стану в Україні. Згідно цього Порядку за кожен працевлаштовану особу з числа внутрішньо переміщених осіб, за яких сплачується єдиний внесок на загальнообов'язкове державне соціальне страхування, надається компенсація витрат у розмірі 6500 грн щомісячно.

Під час воєнного стану за програмою реімбурсацій «Доступні ліки» та інсуліни були внесені зміни згідно яким можна реалізовувати препарати за електронним або паперовим рецептом( раніше тільки за електронним).

Відбувся запуск нового сервісу «єМаляко», який дозволяє батькам новонародженої дитини за наявності однієї заяви отримати певні послуги від різних органів влади без їх відвідування: державна реєстрація народження, належність до громадянства України, реєстрація проживання, реєстрація в електронній системі охорони здоров'я. Завдяки цій системі неможливо підробити чи змінити інформацію, а також це сприяє швидшому обміну даними між державними установами.

### 2.3 Реалії реалізації реформи у Вінницькій міській клінічній лікарні «Центр матері та дитини»

Після запуску реформи медичної галузі Вінницька міська клінічна лікарня Центр матері та дитини стикнулася з певними питаннями у процесі реорганізації роботи по нових принципах. На початку роботи реформи лікарня стикнулася з проблемою недостатнього фінансування закладу, адже початок реформування вторинної ланки припав спочатку з пандемією коронавірусу, а потім з початком повномасштабного вторгнення в Україні. Хоча були внесені зміни до закону «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», що дозволило отримати фінансування у 2020 році не менше ніж у 2019, а також здійснилося додаткове фінансування екстреної медичної допомоги.

Але при цьому всьому, рівень фінансування лишився незадовільним, адже Національна служба здоров'я України збільшила фінансування по таким пріоритетним напрямкам як лікування коронавірусної інфекції, інфарктів та інсультів, яких не надає ВМКЛ ЦмтаД за своїм профілем.



Під час перших шести місяців від початку коронавірусної інфекції лікарня не мала змоги обслуговувати дитяче населення у плановому порядку. Медичний заклад продовжив надавати послуги з екстреної медичної допомоги для дитячого та жіночого населення Вінниччини.

Медичний персонал в цей час зіткнувся з проблемою відсутності достатньої кількості засобів індивідуального захисту від коронавірусної інфекції. Лікарня не була профільною в лікуванні Covid-19, відповідно хворих з підозрою чи позитивним швидким тестом чи ПЛР доставляли у Вінницьку дитячу інфекційну лікарню, пізніше і у Вінницьку обласну дитячу клінічну лікарню. Але при цьому ризик зараження коронавірусною інфекцією лишався на високому рівні, бо захворювання мало атиповий перебіг, приховані симптоми або стерту симптоматику, що виявляли хворих через декілька днів після результатів обов'язкового тестування, коли відбувся контакт персоналу з хворою дитиною чи жінкою. У зв'язку зі збільшенням фінансування закладів, що знаходяться на передовій у боротьбі з вірусом, в черговий раз загострилося питання підвищення заробітної плати усій медичній галузі, а не тільки окремим представникам. Адже цього разу підвищення не стосувалося закладів, які не надають послуг по пакетах пов'язаних з лікуванням коронавірусної інфекції.

Недостатнє фінансування та погане управління коштами призвело до того що медичні заклади змушені економити та засобах індивідуального захисту для лікарів та пацієнтів, таких як маски та рукавички для проведення огляду пацієнтів, одноразових пелюшок, шпательів чи серветок. Також це стосується і інших матеріалів та обладнання. Лікарі вимушені за свій рахунок купляти необхідні інструменти, лікарські засоби та апарати для своєї повсякденної роботи щоб надавати якісні медичні послуги своїм пацієнтам. Також це стосується надання допомоги в стаціонарі, адже пакетами Національної Служби Здоров'я України є не затверджені медикаментозні засоби, які не підпадають у перелік послуг медичних гарантій, а відповідно купівля лягає на плечі пацієнтів та їх близьких. Це в свою чергу заперечує

поняття «повної безоплатності» медичної галузі та поняття що гроші ходять за пацієнтом.

Також слід зауважити, що у зв'язку з реформуванням первинної ланки і внесенням змін у її роботу збільшилася кількість сімейних лікарів і зменшилася кількість вузьких спеціалістів. Сімейними лікарями поставали колишні інтерни, а також перекваліфікувалися інші спеціалісти, такі як педіатри, терапевти, інфекціоністи або інші вузькі спеціалісти дорослі чи дитячі. Так як сімейний лікар повинен вміти діагностувати та лікувати і ЛОР-патологію, і нервові захворювання і так далі, але не вміє цього робити, адже шестимісячних курсів недостатньо щоб надолужити брак знань у колишнього терапевта чи педіатра. Відтак, сімейні лікарі часто направляють до вузьких спеціалістів, брак яких вже відчувається через реформу. До того ж, це призвело до того, що сімейні лікарі не направляють пацієнтів до вузьких фахівців вчасно, що призвело до пізньої діагностики багатьох захворювань, швидкого прогресування та тривалішого лікування патологій.

Це явище негативно повпливало і на організацію екстреної медичної допомоги. Від початку реформування були скасовані спеціалізовані служби швидкої: кардіореанімаційні, педіатричні, психіатричні, протишоккові бригади. Тепер більшість бригад швидкої допомоги складаються з фельдшерів, а не лікарів. До того ж, слід розуміти, що надавати допомогу дитині і надавати її дорослому це різний обсяг допомоги і навичок, адже дитячий організм має свої анатомічні особливості, які необхідно враховувати при діагностиці, лікуванні та призначенні лікарських засобів.

Наразі очільники МОЗ України намагаються нав'язати суспільству парамедичну систему надання екстреної медичної допомоги замість вдосконалення і розвитку вже існуючої. Ліквідування цілісної системи з висококваліфікованими професіоналами призведе до непоправних наслідків, особливо у сільській місцевості. В Україні не до кінця сформована первинна медична допомога і не сформований інститут сімейного лікаря, тому в

інтересах пацієнтів медичні працівники екстреної служби інколи виконують функції своїх колег первинної ланки.

Введення поняття «парамедик» підірве імідж медичного працівника в цілому, посилить кадровий дефіцит лікарів та фельдшерів з медицини невідкладних станів, що призведе до погіршення якості та своєчасності надання екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі, а в майбутньому до збільшення кількості ускладнень та смертності та скомпрометує медичну галузь в загальному.

Підписання декларацій стало пріоритетним завданням для сімейного лікаря, а ніж надання необхідної допомоги пацієнтам. Лікарі вимушені постійно звітувати перед начальством за кількість підписаних декларацій, адже від цього залежить розмір фінансування медичного закладу, хоча першопочатково декларація не мала б бути самоціллю реформи.

Також це призвело до виникнення нездорової конкуренції за дітей та осіб похилого віку, адже коефіцієнти для фінансування цієї когорти більші, ніж для дорослого.

Ще однією проблемою, яка виникла після реформування медичної галузі новий метод фінансування заробітної плати медичним працівникам. На первинній ланці це виглядає так, що за однакової кількості задекларованих пацієнтів та відносно однакової їх вікової структури доходи сімейних лікарів у різних Центрах первинної медико-санітарної допомоги кардинально відрізняються. Те ж саме відбувається і на вторинній та третинній ланці: ті ж самі вузькі спеціалісти за однакового кількісного навантаження пацієнтами отримують різну заробітну плату за свою працю. Або лікар який виконує більше роботи за свою встановлену норму отримує ту ж саму фіксовану плату і не має ніякої грошової мотивації для подальшої роботи. Цьому посприяло те, що одержувачем бюджетних коштів став медичний заклад, а не лікар. Відповідно до цього, керівник закладу сам складає кошторис і визначає статі фінансування, щоб забезпечити необхідні витрати за рахунок наявних доходів. Тому, в одному закладі більше фінансуються витрати на заробітну плату, а в



інших-на ремонт та інші витрати. Також, таке розпорядження коштами вплинуло на вчасне зарахування заробітної плати, відпускних та оздоровчих коштів та премій своїм працівникам. Тепер керівництво медичного закладу само вирішує у доцільності таких виплат, а відповідно, частіше за все, не на користь персоналу закладу. Лікар в цьому випадку не є фондо розпорядником.

Внаслідок такого відношення керівництва до медичного персоналу знижується мотивація останніх у наданні медичних послуг поза встановленою нормою та заробляти кошти шляхом надання платних послуг, які могли б приносити додатковий прибуток медичному закладу, популяризувати лікарню серед населенню та збільшити обсяги наданої допомоги і фінансування у майбутньому.

Під час пандемії коронавірусної інфекції значно постраждало населення, яке хворіє хронічними захворюваннями, гострими вірусними інфекціями, інваліди та інші пацієнти, які потребували послуги денного стаціонару. На сьогоднішній день існує дуже багато медикаментозних засобів які не мають таблетованих аналогів і потребують внутрішньовенного введення під контролем медичної сестри та лікаря задля запобігання виникненню негативних явищ і швидкого їх усунення. В таких випадках пацієнти і лікарі використовували потужності медичного закладу для надання медичної допомоги в умовах денного стаціонару. Однак під час боротьби з коронавірусною інфекцією лікарні змушені були зупинити надання такого виду послуг, згідно розпорядження вищих органів управління, відповідно пацієнти не мали змоги отримувати якісну медичну допомогу за умовами Програми медичних гарантій, що порушує їх права згідно Конституції України.

На превеликий жаль, реформа медичної галузі так і не вирішила питання про юридичний захист лікаря. Згідно нововведень, пацієнт має право на вільний вибір лікаря та безоплатну медичну допомогу в державних та комунальних закладах охорони здоров'я. Але згідно ч. 2 ст. 284 Цивільного кодексу України пацієнт має право на вибір лікаря за умови що останній може

запропонувати їх. А на вторинному та третинному рівні лікуючого лікаря в закладі охорони здоров'я визначає керівник закладу або уповноважена для прийняття таких рішень особа. Спираючись на ст. 6 та ст. 38 Основ законодавства України про охорону здоров'я надання медичної допомоги поза межами програми медичних гарантій регламентується саме цим документом.

Наступна проблема з якою стикнулися надавачі медичних послуг-впровадження національних протоколів лікування та єдиних стандартів якості. Більшість уніфікованих протоколів МОЗ України втратили свою чинність ще багато років тому та не переглядалися. Іноземні протоколи не мають юридичної сили, хоча є рекомендованими для використання у практиці. Ці документи є лише практичними рекомендаціями, а лікар на свій розсуд обирає як поступити у конкретній ситуації. Стандартизація дій у кожному випадку призвела б до того що лікаря надавали однаково якісні послуги незалежно від розташування, статусу чи фінансової спроможності, а серед лікарів поменшаться випадки лікарських помилок. Серед пацієнтів це зменшить рівень хвилювання, адже в схожих клінічних ситуаціях лікарі призначали схоже лікування відповідно до потреб. А також гарантуватиме юридичний захист для лікарів, адже їхні дії були чітко регламентовані офіційними документами, що визначають порядок дій у тій чи іншій ситуації.

Також введення єдиних медичних протоколів вирішить питання з використанням лікарських засобів з недоведеною ефективністю та тих, які становлять безпосередню загрозу життю пацієнтів. Це в свою чергу врегулює питання у принципах роботи лікарів, адже Програма медичних гарантій не буде покривати лікарські засоби, які не показані при даному захворюванні і економити кошти Національній службі здоров'я України, кошти медичного закладу та кошти самих пацієнтів та їх родичів. До того ж, зменшиться вплив фармацевтичної індустрії на роботу лікаря, адже в таких умовах зникне мотивація призначати лікарські засоби без доведеної ефективності, бо за ці дії не тільки не буде ніякого заохочення, а ще й може бути покарання.

Поява електронної системи охорони здоров'я e-Health внесла позитивні зміни у роботу медичних закладів. Лікарі можуть отримати доступ до особистої картки пацієнтів з любого куточку України. Але медичні заклади працюють у двох системах: у єдиній спільній системі e-Health та другій системі-на вибір керівництва медичного закладу. Відповідно, доступ до інформації яка була внесена в другу систему мають лише працівники цієї лікарні і не можуть проглянути цю внесену інформацію у іншій лікарні. Також є певні труднощі в роботі у зв'язку з технічними перебоями в роботі системи, внаслідок чого лікарі змушені або скасовувати свої прийоми або вести їх не в повному обсязі.

Впровадження електронних направлень у роботу лікаря допомагає структурувати прийом пацієнтів. На сьогоднішній день пацієнту не можливо надати медичну послугу без e-направлення від сімейного лікаря або іншого суміжного спеціаліста. Це направлення дає змогу внести дані про пацієнта в систему і зафіксувати цей факт для реєстрації у системі Національної служби здоров'я України. За кількістю погашених e-направлень та наданих медичних послуг відбувається проплата від НСЗУ. Також це сприяє більшій дисциплінованості самих пацієнтів, адже тепер їх шлях до вузького спеціаліста лежить через сімейного лікаря, який визначає в цьому необхідність.

Впровадження електронних рецептів на антибіотики зменшило кількість їх застосування в якості самолікування у дитячого та дорослого населення. Проблема антибіотик резистентності загострюється з кожним роком все більше і більше. Самостійне вживання без призначення лікаря та неправильне використання призвело до того, що група резервних антибактеріальних засобів скорочується з кожним днем. Даний захід допоможе обмежити та контролювати використання цієї групи лікарських засобів серед населення.

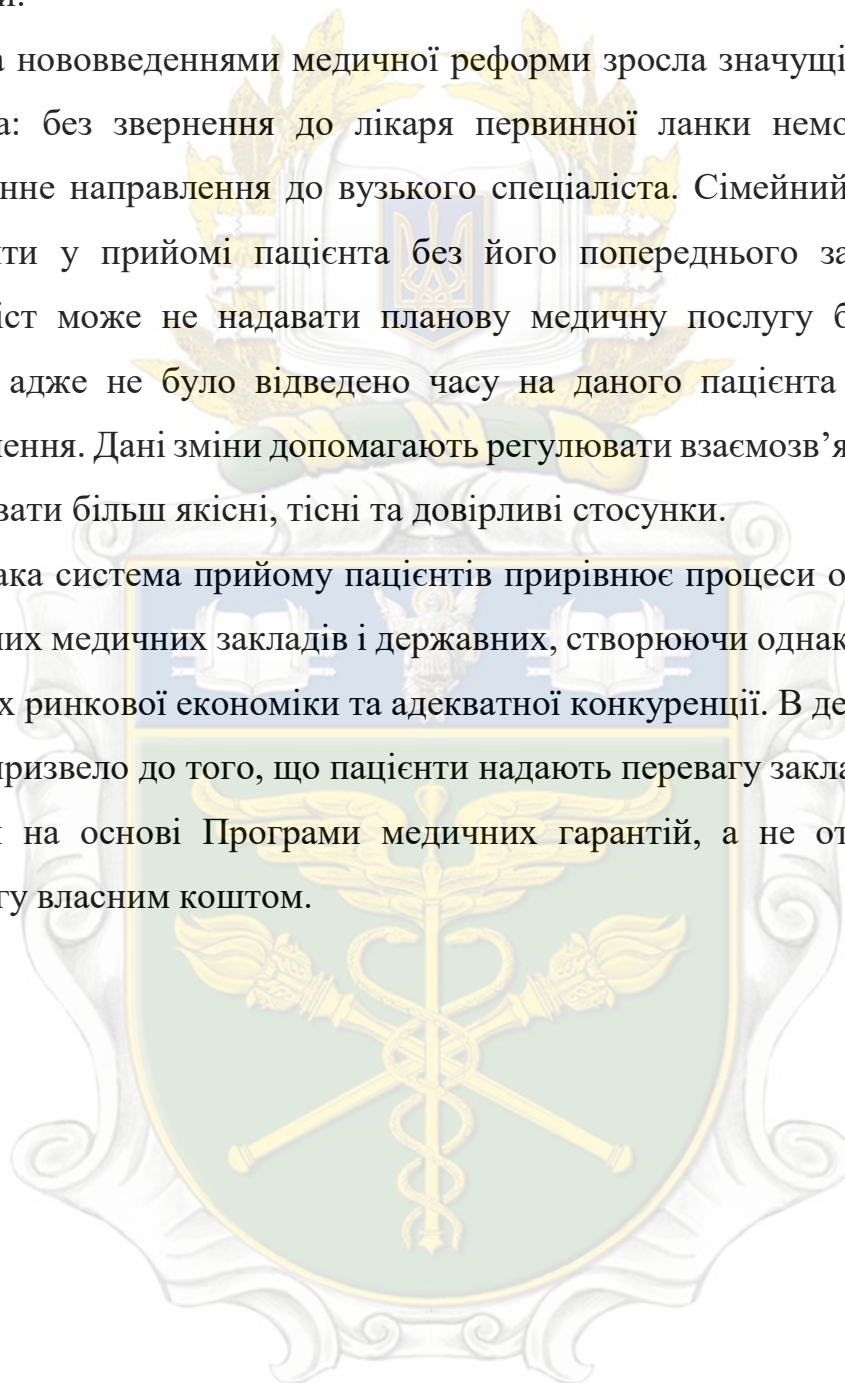
Внесення змін у роботу медичного закладу шляхом розробки нових оптимальних маршрутів пацієнтів допомогло випрацювати чіткий алгоритм руху пацієнта при кожній патології. Але є негативна сторона цих змін, адже



медичні працівники почали маніпулювати цими маршрутами і перекидати відповідальність за життя та здоров'я пацієнта один на одного. Це призводить до того що медична допомога надається не вчасно і не в повному обсязі, як могла би.

За нововведеннями медичної реформи зросла значущість лікаря в очах пацієнта: без звернення до лікаря первинної ланки неможливо отримати електронне направлення до вузького спеціаліста. Сімейний лікар має право відмовити у прийомі пацієнта без його попереднього запису, а вузький спеціаліст може не надавати планову медичну послугу без попереднього запису, адже не було відведено часу на даного пацієнта та електронного направлення. Дані зміни допомагають регулювати взаємозв'язок пацієнт-лікар та будувати більш якісні, тісні та довірливі стосунки.

Така система прийому пацієнтів прирівнює процеси організації роботи приватних медичних закладів і державних, створюючи однакові умови роботи в умовах ринкової економіки та адекватної конкуренції. В деяких випадках це явище призвело до того, що пацієнти надають перевагу закладам, що надають послуги на основі Програми медичних гарантій, а не отримати медичну допомогу власним коштом.



## РОЗДІЛ 3

### ШЛЯХИ ПОКРАЩЕННЯ НАДАННЯ ПОСЛУГ ЦЕНТРУ МАТЕРІ ТА ДИТИНИ

#### 3.1. Розвиток телемедицини на базі ВМКЛ Центр матері та дитини

Задля забезпечення високоефективного надання медичних послуг в системі охорони здоров'я необхідно створити умови, за яких відбувається взаємодія цієї системи з можливостями цифрової галузі, забезпечивши взаємодію на рівні міністерства та областей.

Таким чином, можна вирішити питання комунікації з лікарями-консультантами із закладів охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану), екстрену, паліативну медичну допомогу, медичну реабілітацію. Надання медичної допомоги із застосуванням методів телемедицини забезпечує надання таких послуг як консультування, діагностика та лікування, використовуючи засоби дистанційного зв'язку шляхом обміну електронними повідомленнями чи проведенням відеоконференції.

Застосування телемедицини вирішує питання про забезпечення пацієнта медичною допомогою належної якості, коли час і відстань є критичними критеріями для її надання.

Шляхами надання допомоги засобами телемедицини є телемедичне консультування, телемедичний консилиум, телеметрія, домашнє консультування, виконання медичних маніпуляцій та операцій.

Під час проведення телемедичного консультування, консилиумів, телеметрії, телеконсультування, телеметрії, виконання медичних маніпуляцій та операцій за допомогою електронних та програмних засобів проводиться їх запис, включаючи аудіо-, відео-, параметри медичного обладнання, визначені центральним органом виконавчої влади задля забезпечення моніторингу якості надання медичної допомоги.

Використовуючи інструменти телемедицини можна надавати допомогу двома шляхами «лікар-лікар-консультант» та «лікар-пацієнт».

Перший варіант активно знаходиться у практиці лікарів і реалізується шляхом відстроченого консультування або відеоконференцій для обговорення кейсу та побудови ефективного протоколу обстежень і лікування пацієнтів.

Також, таким чином забезпечується контроль кваліфікації лікаря шляхом виявлення прогалин у знаннях, формування персоніфікованої освітньої програми та безперервний професійний розвиток медичного персоналу задля підвищення надання якості медичних послуг у лікувальному закладі без відриву від місця роботи.

Контроль за якістю надання медичних послуг за допомогою інструментів телемедицини та телекомунікації дозволяє сформувати системи комплексного оцінювання професійних знань та навичок, результатів діяльності лікаря та закладу, що надає медичні послуги, моніторити і виявляти дефекти в організації наданні допомоги та складенні програми підвищення кваліфікації спеціаліста та моніторингу його діяльності.

Підвищення попиту у використанні цифрових технологій за схемою «лікар-пацієнт» відбулося під час пандемії Covid-19. Саме в цей час медичні заклади стали тим місцем, де була висока ймовірність розповсюдження вірусу, що могло посприяти зараженню інших. Таким чином, пацієнти почали отримувати якісні медичні послуги у вигляді консультування не виходячи з дому. Лікарі, в свою чергу, зменшили навантаженість лікарні пацієнтами, які потребують допомоги в плановому порядку.

Інструментами телемедицини розв'язуються такі проблеми як доступність медичної допомоги для мешканців віддалених куточків, повторні консультування хворих з хронічними захворюваннями, які знаходяться на диспансерному нагляді, корекція назначеного лікування, діагностика, ведення та лікування хворих на Covid-19 та інших гострих інфекційних процесів, що не потребують госпіталізації, діагностика і визначення тактики лікування рідкісних, важких або захворювань з атиповим перебігом, необхідність



виконання нового та/або рідкісного виду оперативного (лікувального або діагностичного) втручання, повторні консультації пацієнтів після додаткового до обстеження для встановлення коректного діагнозу та плану лікування, економія часу та ресурсів для надання медичних послуг, вчасна консультація пацієнтів на ранніх етапах захворювання, що попереджує виникненню важких ускладнень, розв'язання сумнівів пацієнта у вірності поставленого або не поставленого діагнозу, рекомендованого або не рекомендованого лікування, зниження економіко-фінансових витрат на діагностику та лікування пацієнта без шкоди для їхньої якості та ефективності або надання допомоги при значному віддаленні від медичних центрів пацієнта і відповідного спеціаліста (авіапереліт, мореплавання, гірські умови, бойові травми).

Було проведено дослідження Світовим банком на прохання Міністерства охорони здоров'я України та Міністерства регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України в рамках проєкту «Підтримка реформ та ефективного урядування в сфері охорони здоров'я в Україні», що фінансується Трастовим фондом за підтримки Швейцарської агенції з розвитку й співробітництва.

Онлайн анкетування 1108 лікарів первинної ланки, які працювали у населених пунктах з чисельністю населення до 100 тис. осіб у п'яти областях України ( Дніпропетровській — 245, Кіровоградській - 196, Полтавській - 237, Рівненській — 214, Харківській - 216) виявило, що в середньому витрачається лікарем 2.5 години робочого дня для відвідування пацієнтів на дому. Певну частину цього часу можна зекономити шляхом застосування інструментів телемедицини. Таким чином, середня кількість випадків коли виникала потреба у телеконсультуванні склала п'ять разів на місяць, а це - частіше ніж 1 раз на тиждень.

### 3.2 Домашня телемедицина як один з інструментів забезпечення амбулаторної та паліативної видів допомоги

Домашня телемедицина включає в себе діагностично-лікувальні прилади, послуги та технології, які інтегруються за допомогою спеціального пристрою (монітора) та домашнього персонального комп'ютера та використовуються для дистанційної підтримки пацієнтів та їхніх близьких медичним персоналом в домашніх умовах.

До переліку медичних послуг, що надає Вінницька міська лікарня «Центр матері та дитини» входять медичні послуги та маніпуляції по наданні паліативної допомоги важкохворим дітям. Для контролю надання цих послуг та покращення їх якості можна використовувати методи телемедицини.

Метою домашньої або індивідуальної телемедицини є контролювання стану здоров'я, перебігу патологічних процесів, фіксація відхилень, контроль лікування та внесення змін у нього в разі необхідності.

Сучасна система домашнього моніторингу включає в себе датчики чи діагностичні пристрої, комп'ютерів або комп'ютеризованих пристроїв, лінію зв'язку та клінічний сегмент.

Прилади для моніторингу вітальних функцій хворого є максимально простими у використанні та адаптованими для потреб пацієнтів .Це контроль електрокардіограми , сатурації, артеріального тиску, рівня глюкози, коливань показників крові чи коливань ваги, і т.д )

Прилади для асистування, контролювання та керування допомагають пацієнту чи його близьким у процесі лікування, виконанні призначень лікаря, обліку проведених маніпуляцій та контроль стану пацієнта. Наприклад, система контролю прийому медикаментів завдяки повідомлень сповіщають про прийом лікарських засобів пацієнтів або система відеоспостереження з аналізом зображень надає інформацію про рухи пацієнта протягом певного проміжку часу і автоматично сповіщає службу швидкої допомоги в разі можливого несвідомого стану.

Прилади тривоги включають в себе датчики життєво важливих функцій, які пацієнт носить постійно і в разі виникнення станів, які загрожують життю, фіксують показники, передають в центр обробки для вживання екстрених заходів.

Монітор-інтегратор - це спеціальний прилад, який об'єднує данні з приладів та має функцію модему і комунікатора з підтримкою голосового спілкування, електронного обміну інформацією та можливість відеоконференцій. Монітори є простими у використанні для пацієнтів та мають функцію щоденного заповнення простого опитувальника про їх загальний стан з варіантами відповідей «так/ні» для кращого відслідковування динаміки процесу лікування медичним персоналом.

Клінічний сегмент включає в себе поняття центру моніторингу домашньої телемедицини або call-центр. До складу входять персональні комп'ютери, модеми та засоби зв'язку. Працюючим персоналом є патронажні медсестри, які слідкують за станом пацієнтів та надають послуги консультування згідно визначених протоколів та стандартів надання медичних послуг.

Основою call-центру виступає прийомна станція, яка аналізує, дешифрує, накопичує та обробляє інформацію з певної кількості моніторів-інтеграторів та створює певну базу даних по кожному з пацієнтів.

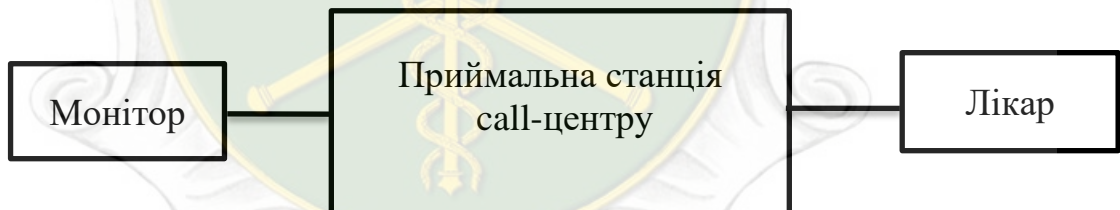


Рисунок 3.2 Схема організації надання медичних послуг в умовах домашньої телемедицини

Приймальна станція при цьому розташовується або в лікувально-профілактичній установі, або в спеціальному підрозділі компанії. Лікар має змогу працювати з даними пацієнтів, контролює їх та приймає рішення щодо



діагностики та лікування віддалено працюючи з базою даних через веб-інтерфейс.

Телемоніторинг являє собою метод спостереження, оцінки та прогнозування завдяки біотелемедичній передачі даних пацієнта у консультативний центр за необхідності тривалого чи довічного контролю вітальних функцій пацієнта та його супроводу в домашніх умовах. Також телемоніторинг вирішує питання ранньої діагностики різних ускладнень чи загострень, надання невідкладної допомоги в критичних ситуаціях, профілактика виникнення небажаних процесів, економіко-організаційну оптимізацію, адже збільшується кількість пацієнтів під наглядом без втрати якості надання медичних послуг.

Телемоніторування дозволяє контролювати перебіг ранового процесу завдяки цифровим зображенням і структурованому опису: форма, колір, набряк, запах, площа раньової поверхні, стан грануляцій, і т.д.

Для організації та проведення даного заходу необхідна організація робочого місця медсестри, що включає в себе цифрову фотокамеру, канал інтернету, укладка для виконання перев'язок та медичних маніпуляцій, та робочого місця лікаря з комп'ютером, програмним забезпеченням та каналом Інтернету).

Під час свого візиту патронажна медсестра здійснює огляд пацієнта, рани, перев'язку, інших необхідних маніпуляцій та фотофіксацію. Надалі всі данні заносить у базу даних та заповнює формалізований опитувальник, а керуючий лікар в цей час має змогу відслідковувати динаміку.

Технічний прогрес не стоїть на місці і для того щоб надавати високоякісні послуги необхідно впроваджувати новітні технології у діяльність медичного закладу. Постійний прогрес призводить до того що втручання стають менш інвазивними, підвищується точність діагностики та лікування певних захворювань, підвищується комфорт умов надання медичних послуг для населення. У Вінницькій міській клінічній лікарні «Центр матері та

дитини» слідкують за технічними інноваціями та намагаються їх як найшвидше впроваджувати у діяльність медичного закладу.

З кожним роком зростає кількість дітей, які мають офтальмологічну патологію. Показники захворюваності збільшуються із-за прогресування генетичної схильності до виникнення патологічного стану, демонстрації гаджетів у ранньому віці, дистанційного навчання та зростання ролі мобільних пристроїв як необхідних для повсякденної життєдіяльності дітей і дорослих. З метою ранньої діагностики захворювань органу зору є необхідним розглянути купівлю додаткового обладнання для роботи кабінету офтальмолога та Центру реабілітації дітей з офтальмологічною патологією. На сьогоднішній день, в умовах військового стану та пандемією коронавірусної інфекції, фінансування таких проектів з бюджету громади є проблематичним. Тому необхідно залучити благодійні фонди чи організації для реалізації даного проєкту.

Для КНП «Вінницька міська клінічна лікарня «Центр матері та дитини» актуальне придбання авторефкератометра HUVITZ HRK-7000A для здійснення такого дослідження як авторефрактометрія-комп'ютерне дослідження для усіх пацієнтів з виявленими порушеннями зору. Це дослідження необхідне для визначення рефракції у пацієнтів на вузьку та широку зіницю, що допомагає у пошуку прихованих патологій акомодації, підбору окулярів для дітей та дорослих, вимірювання показників рогівки та її кривизни для виготовлення спеціальних лінз, перевірка посадки контактних лінз, контроль динаміки у дітей з встановленою офтальмологічною патологією, виявлення вроджених вад розвитку у дітей.

Сучасний авторефкератометр HUVITZ HRK-7000A - універсальний пристрій, який є необхідним у кабінеті офтальмолога для повсякденної роботи. Він надає можливість лікарю отримати повну та детальну інформацію про стан рогівки і зору у пацієнтів та є незамінним у діагностиці таких розповсюджених захворювань як міопія, гіперметропія, та астигматизм та їх корекції.

## ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ

В ході роботи було проаналізовано етапи реформування медичної галузі в Україні в умовах ринкової економіки. Визначено відповідні закони України, постанови та розпорядження Кабінету Міністрів України, накази Міністерства охорони здоров'я України та нормативно-правові акти, що регламентують реалізацію даної реформи.

Також було систематизовані теоретичні аспекти діяльності закладів, що надають медичні послуги в умовах ринкової економіки та її цифровізації. В теперішніх умовах вкрай необхідним є визначення пріоритетних напрямків розвитку медичних закладів задля забезпечення високої якості надання послуг, наявності відповідного матеріально-технічного оснащення спираючись на новітні технології.

Розглянуто поняття Національної служби здоров'я України як центрального органу виконавчої влади, що забезпечує державну політику медичного обслуговування громадян за Програмою медичних гарантій та виступає в ролі національного страховика.

Розкрито процеси трансформації медичної галузі на первинній, вторинній та третинній ланках та їх взаємозв'язки один з одним задля координації дій в процесі обслуговування населення та визначення шляхів покращення надання медичних послуг.

У другому розділі кваліфікаційної роботи був проведений аналіз трансформаційних процесів, що відбуваються в галузі охорони здоров'я на прикладі вторинної ланки на базі КНП «Вінницька міська клінічна лікарня «Центр матері та дитини»» м. Вінниця, яка виступила об'єктом проведеного дослідження. Було виділено наявність таких визначальних змін у фінансуванні роботи закладу:



- медичний заклад отримує кошти від Національної служби здоров'я України згідно з укладеними договорами про надання певних медичних послуг, що визначені цими документами.

-заклад охорони здоров'я отримав фінансову та управлінську незалежність, наразі сам визначає пріоритетні напрямки своєї діяльності, шляхи та розмір заохочення працівників та розпорядження своїми фінансами згідно з нагальними потребами.

-пацієнти отримали фінансові гарантії від держави на весь час проведеного лікування і можуть вибирати-будь-який заклад для отримання медичних послуг, лікаря в якого хочуть отримати ці послуги та обсяг наданої допомоги, а також можливість лікуватися у приватних медичних закладах безкоштовно, за умови що ці заклади заключили договір з Національною службою здоров'я України.

-трансформаційні процеси в організації роботи медичного закладу відбуваються одночасно з цифровізацією та впровадження в роботу персоналу електронної системи охорони здоров'я.

Вінницька міська клінічна лікарня «Центр матері та дитини» надає послуги екстреної медичної допомоги недоношеним, новонародженим, дітям малого та старшого віку, жінкам з гінекологічною та акушерською патологією, планової допомоги у амбулаторно-діагностичному відділенні, відділенні молодшого та старшого дитинства, жіночій консультації. Загалом медичний заклад має потужність 185 ліжок об'єднує у своїй структурі Перинатальний центр та Педіатричну службу та надає якісні послуги, що забезпечуються ультразвуковою діагностикою, функціональною діагностикою, малоінвазивними методами діагностики акушерської та гінекологічної патології, рентгенологічними методами, електрокардіографією та електроенцефалографією.

У штаті медичного центру нараховується 157 лікарів, що включає в себе як фахівців з вищою освітою, так і кандидатів медичних наук та заслужених лікарів. Керівництво контролює процеси безперервного професійного

розвитку медичного персоналу та заохочує до нього. Вінницька міська клінічна лікарня Центр матері та дитини є однією з клінічних баз для проходження навчання студентів Вінницького національного медичного Університету ім М.І.Пирогова та Вінницького медичного коледжу ім. Акад. Д.К.Заболотного.

Задля ефективної організації праці та надання медичних послуг в медичному закладі був створений інформаційно-аналітичний відділ медичної статистики та впроваджено електронну систему охорони здоров'я e-Health та сервіс «Доктор Елекс».

Під час проведення дослідження було проаналізовано ресурсне забезпечення розвитку системи e-здоров'я на основі Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я, яка передбачала в широкому застосуванні інформаційних технологій. Внаслідок цього відбулася цифровізація галузі охорони здоров'я і розробка сучасних електронних систем, що забезпечують безперервну роботу медичної галузі та доступ до важливої медичної документації за необхідності. Такі системи покращують роботу медичної галузі, підвищують якість надання допомоги, дають змогу фіксувати і відстежувати необхідну інформацію за рахунок використання центральної бази даних. Завдяки електронній системі охорони здоров'я відбувається заключення декларацій з сімейним лікарем, виписування електронних направлень на консультації вузьких спеціалістів, направлення на необхідні дослідження, виписування лікарських засобів за системою «Доступні ліки», введення лікарської інформації про стан пацієнта, виписування електронних лікарняних. Тим самим, було продемонстровано доцільність використання адаптативних систем та алгоритмів для формування визначальних факторів зросту економічної ефективності надавача медичних послуг, що зв'язаний функціональною залежністю з технологіями управління інтелектуально-креативними ресурсами та іншими активами.

Проаналізовано вплив реформи та трансформаційних процесів на первинну та вторинну ланку надання медицини. Було виявлено що

впроваджені зміни мають свої негативні сторони як для пацієнтів, так і для лікарів. Відсутність єдиних протоколів надання кваліфікованої та спеціалізованої допомоги призводить до того, що медичні послуги надаються у неоднакових обсягах у різних медичних закладах, а лікарі не мають документів з юридичною силою для обґрунтування своїх дій.

Некоректне управління фінансами та відсутність досвіду управління у керівників закладів призвело до того що медичний персонал недостатньо вмотивований для кращої та ефективної роботи на місцях. Такі процеси можуть призвести до катастрофічної втрати висококваліфікованого персоналу медичними закладами.

Була розглянуто моделі надання послуг завдяки ресурсам телемедицини. Виявлено, що впровадження і застосування засобів Телекомунікаційного центру облегшують надання кваліфікованої допомоги пацієнтам будь-якої соціальної групи. Модель «Лікар-пацієнт» допомагає вирішити дистанційно важливі питання пов'язані зі здоров'ям, знижує ризик зараження пацієнтів в медичних закладах гострими респіраторними захворюваннями, відфільтрувати інформацію для якісного синтезу даних, підвищити якість надання медичних послуг шляхом експертизи кожного окремого випадку, виявити наявність дефектів в знаннях та уміннях медичного персоналу та за необхідності побудувати персоналізовані програми підвищення кваліфікації.

Цифровізація медичної галузі створила умови за яких формується особиста потреба у спеціалістів в розвитку та вдосконаленні надаваних послуг, що в свою чергу призводить то підвищення якості та зростанні професійної компетентності лікаря та закладу в цілому у процесах своєї діяльності.

Розглянуто питання впровадження засобів телемедицини для надання додаткових послуг у розрізі паліативної допомоги населенню. Застосування домашньої телемедицини допоможе у моніторингу стану пацієнта 24/7 у домашніх умовах, фіксації відхилень у показниках вітальних функцій та їх реєстрацію, негайна реакція медичного персоналу за умов виникнення невідкладних ситуацій чи ускладнень захворювання. Також ці заходи



допомагають у процесі лікування, контролю виконання лікарських призначень та обліку виконаних маніпуляцій.

Також у роботі було досліджено питання необхідності у придбанні медичного обладнання - авторефкератометру HUVITZ HRK-7000A для покращення роботи та збільшення обсягу надання медичних послуг в кабінеті офтальмолога дитячого та реабілітаційного відділення «Центр відновлення зору» КНП Вінницька міська клінічна лікарня «Центр матері та дитини». Цей проєкт може бути реалізований за рахунок благодійних фондів чи фінансуванням з бюджету Вінницької територіальної громади, на балансі якої стоїть даний медичний заклад.



## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я. *Відомості Верховної Ради*. 2017. № 21. ст.245.
2. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення. Закон України. URL. : <https://portal.ehealth-ukraine.org/uploads/2017/09/15/doc-429494.pdf>
3. Закон України Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості. *Відомості Верховної Ради (ВВР)*,2018,№5, ст.32 URL. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19#Text>
4. Про затвердження порядку функціонування електронної системи охорони здоров'я (ПРОЕКТ) URL. [https://web.archive.org/web/20180430045702/https://portal.ehealth-ukraine.org/uploads/2018/03/28/Pro\\_zatverdzhennia\\_poriadku\\_funktsionuvannia\\_elektronnoi\\_systemy\\_okhorony\\_zdorovia.pdf](https://web.archive.org/web/20180430045702/https://portal.ehealth-ukraine.org/uploads/2018/03/28/Pro_zatverdzhennia_poriadku_funktsionuvannia_elektronnoi_systemy_okhorony_zdorovia.pdf)
5. Наказ від 19.03.2018 № 503 “Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу” URL. [https://web.archive.org/web/20180430045648/https://portal.ehealth-ukraine.org/uploads/2018/03/28/Poriadok\\_vyboru\\_likaria\\_PMD.pdf](https://web.archive.org/web/20180430045648/https://portal.ehealth-ukraine.org/uploads/2018/03/28/Poriadok_vyboru_likaria_PMD.pdf)
6. Наказ від 19.03.2018 №504 “Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги.” URL. [https://web.archive.org/web/20180430045621/https://portal.ehealth-ukraine.org/uploads/2018/03/28/Poriadok\\_nadannia\\_PMD.pdf](https://web.archive.org/web/20180430045621/https://portal.ehealth-ukraine.org/uploads/2018/03/28/Poriadok_nadannia_PMD.pdf)
7. Наказ МОЗ України від 19.03.2018 №503 “Декларація про вибір лікаря який надає первинну медичну допомогу” URL. [https://web.archive.org/web/20180430045652/https://portal.ehealth-](https://web.archive.org/web/20180430045652/https://portal.ehealth-ukraine.org/uploads/2018/03/28/Poriadok_nadannia_PMD.pdf)

ukraine.org/uploads/2018/03/28/Deklaratsiia\_pro\_vybir\_likaria\_yakyi\_nadaie\_PM  
D.pdf

8. Звіт Національної служби здоров'я України за 2018р, ст.11 URL.  
<https://nszu.gov.ua/storage/files/zvit-2018.pdf?1664105805>
9. Звіт Національної служби здоров'я України за 2018р, ст.12 URL.  
<https://nszu.gov.ua/storage/files/zvit-2018.pdf?1664105805>
10. Звіт Національної служби здоров'я України за 2018р, ст.14 URL.  
<https://nszu.gov.ua/storage/files/zvit-2018.pdf?1664105805>
11. Постанова КМУ №1101 «Про утворення Національної служби здоров'я України»
12. А. Д. Барзилович «Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти» № 2 2020, стор. 134 – 140 URL.  
[http://www.investplan.com.ua/pdf/2\\_2020/23.pdf](http://www.investplan.com.ua/pdf/2_2020/23.pdf)
13. Устимчук О.В. «Комунікація в сучасних моделях державного управління охороною здоров'я: організаційно-правові аспекти» ст.2, ст.23-24. URL. [http://www.dridu.dp.ua/nauka/sv\\_rada\\_D/dis/Ustymchuk\\_dissertation.pdf](http://www.dridu.dp.ua/nauka/sv_rada_D/dis/Ustymchuk_dissertation.pdf)
14. В.М. Лехан, Л.В. Крячкова, М.І. Заярський “Аналіз реформ охорони здоров'я в Україні: від здобуття незалежності до сучасності” ст.5-11. URL. <https://repo.dma.dp.ua/4969/1/%D0%9B%D0%B5%D1%85%D0%B0%D0%BD.pdf>
15. Долгіх М.В. «Теоретичні засади реформування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я» ст.15-16,ст.101-108.[https://ztu.edu.ua/ua/science/files/onelife/diser\\_Dolghih.pdf](https://ztu.edu.ua/ua/science/files/onelife/diser_Dolghih.pdf)
16. Звіт Національної служби охорони здоров'я за 2020р.<https://nszu.gov.ua/storage/files/nhsu-annual-report-2020-ua-web.pdf?1666436507>
17. Дайджест змін в охороні здоров'я № 7(31) 2022
18. Закон України “Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості” від 14 листопада 2017 року №2206-VIII
19. Реформа системи охорони здоров'я в очікуванні перших результатів.



URL. <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/ukraine/14938.pdf>

20. Спільний звіт ВООЗ та Світового банку «Україна: Огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016–2019» URL. [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0018/425340/WHO-WB-Joint-Report\\_UKR\\_Full-report\\_Web.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/425340/WHO-WB-Joint-Report_UKR_Full-report_Web.pdf)
21. Стаття 6 Закону України Основи законодавства охорони здоров'я України
22. Стаття 38 Закону України Основи законодавства охорони здоров'я України
23. Стаття 284 частина 2 Цивільного кодексу України
24. Наказ МОЗ України "Про затвердження порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу" від 19.03.2018 № 503
25. Постанова Кабінету Міністрів «Про затвердження методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування» від 27.12.2017 № 1075
26. Закон України «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» від 19.10.2017 № 2168-viii
27. Нові підходи до фінансування системи охорони здоров'я
28. Лілія Криничко, Олексій Мотайло Аспекти публічного управління Том 9. № 2 202 86-100
29. Конституція України, Стаття 49
30. Постанова КМУ «Про затвердження Положення про організацію освітнього процесу у закладах охорони здоров'я за участю науково-педагогічних працівників закладів вищої освіти, що здійснюють підготовку здобувачів вищої освіти у сфері охорони здоров'я « від 28 грудня 2020 року № 1337
31. Скріпкін С.В. «Правове регулювання публічних видатків в галузі охорони здоров'я в Україні.» 2021р
32. Ракомін О.А. «Медична реформа в Україні: Управлінсько-правовий аспект» 2021р URL. <https://krs.chmnu.edu.ua/jspu/bitstream>

33. Щербінська О.С. «Обґрунтування функціонально-організаційної моделі інтеграції акушерсько-гінекологічних послуг в систему первинної медичної допомоги» 2021р.
35. Лебедев А.О. «Державна підтримка системи охорони здоров'я України» 2021р
36. Волосовець О.П. , Заболотько В.М. , Волосовець А.О. «Кадрове забезпечення галузі охорони здоров'я в Україні та світі: сучасні виклики.»
37. Офіційний сайт КНП «Вінницька міська клінічна лікарня «Центр матері та дитини» <https://vmklcmd.lic.org.ua/>
38. Надюк З. О. Механізми державного регулювання ринку медичних послуг в Україні : дис. ... д-ра наук: 25.00.02. 2019.
39. Стрельченко О. Г. Надання адміністративних послуг у сфері Охорони здоров'я. *Наука і правоохорона*. 2018. № 3. С. 5–15.
40. Щербінська О. С, Слабкий Г. О. Алгоритм підготовки системи первинної медико-санітарної допомоги до надання комплексної медичної допомоги жінкам. *Україна. Здоров'я нації*. 2020. 60(3). С.30-44.
41. Лебедев А. О. Реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я через державні соціальні програми. *Держава та регіони. Серія: Державне управління*. 2019. № 2. С. 202–206
42. Лебедев А. О. Науково-практичний підхід до формування стратегічного механізму державного управління охороною здоров'я. *KELM* . 2020. № 6(34). Р. 39–43
43. Т. І. Пискливець, А. Г. Шульгай, Р. Д. Левчук, Г. С. Сатурська, Муніципальне замовлення як механізм реформування охорони здоров'я м.Тернополя за умов децентралізації» *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2019. № 1 (79 ) 55-61
44. Долгіх М. В. «Закордонний досвід формування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я.» *Право та державне управління*. 2020. № 1 том 2. С. 107-114

45. Долгіх М. В. «Проблеми реформування системи охорони здоров'я України як аспект національної безпеки. Трансформація системи публічного управління створенням здоров'язбережувального та безпечного простору України (модернізація, інновації, розвиток)»: матеріали міжнародної науково-практичної конференції (22 червня 2020 р.) / за заг. ред. О. І. Пархоменко-Куцевіл. Київ: *Міжрегіональна Академія управління персоналом*. 2020. С. 26-29
46. Турчак Д.В. «Механізми державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я». 2019. 315 с.
47. Супрун розповіла про переваги й недоліки охорони здоров'я Франції. *Укрінформ*. 08.04.2019  
URL. <https://www.ukrinform.ua/rubric-culture/2676870-suprun-rozpovila-pro-perevagi-j-nedoliki-ohoroni-zdorova-francii.html>
48. Сокирко О. С., Кобзар І. А., Ханалієва І. С. «Розвиток медичного страхування: зарубіжний досвід та можливості його використання в Україні.» *Економіка і суспільство*. 2018. Вип. No 19. С.1139–1145.  
URL.[http://economyandsociety.in.ua/journal/19\\_ukr/171.pdf](http://economyandsociety.in.ua/journal/19_ukr/171.pdf)
49. Сазонець І. Л., Зима І. Я. «Дослідження проблеми трансформації державної системи охорони здоров'я та діяльності соціальних інститутів.» *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. No 21. С. 109–113.  
URL.[http://www.investplan.com.ua/pdf/21\\_2018/22.pdf](http://www.investplan.com.ua/pdf/21_2018/22.pdf).
50. Резнікова Н. В., Іващенко О. А., Войтович О. І. «Моделі конкуренції на ринку послуг в сфері охорони здоров'я: проблема використання потенціалу медичної галузі та її регулювання в умовах глобалізації.» *Ефективна економіка*. 2018. URL.  
<http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=6277>
51. В.М. Князевич «Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи» *Наукова думка*, 2021. С. 250.
52. Щербінська ОС. Характеристика забезпечення системи охорони здоров'я України лікарями загальної практики-сімейними лікарями. Україна.



Здоров'я нації. 2019. 54(1). С.126-30. URL. :  
[https://knmu.edu.ua>2021/11>csherbynskia\\_og](https://knmu.edu.ua>2021/11>csherbynskia_og)

