

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ АГРАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ЕКОНОМІКИ І МЕНЕДЖМЕНТУ

Кафедра публічного управління та адміністрування

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

ОСВІТНІЙ СТУПІНЬ «МАГІСТР»

тема: ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ
ОРГАНІЗАЦІЄЮ АКУШЕРСЬКО-
ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

Виконала: студентка заочної форми навчання
спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування»
ОП «Публічне управління та адміністрування»
(шифр і назва напряму підготовки, спеціальності)

Бундак Любов Миколаївна

Керівник

Маслак Олександр Миколайович
к.е.н., доцент кафедри економіки публічного
управління та адміністрування

Рецензент

Нагорна Ксенія Олександрівна
Лікар загальної практики – сімейний лікар
КНП «Центр первинної медико-санітарної
допомоги №1» СМР

Суми - 2022 р.

АНОТАЦІЯ

Бундак Л.М. Публічне управління організацією акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні

Кваліфікаційна робота зі спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування», СНАУ, Суми-2022 р. – Рукопис.

В першому розділі кваліфікаційної роботи досліджено, що в частині організації надання акушерсько-гінекологічної допомоги перспективним напрямом визначено максимальну інтеграцію на рівень первинної медичної допомоги. Наслідком змін в сфері охорони здоров'я є політика посилення ролі первинної медико-санітарної допомоги, й, відповідно, підвищення кваліфікації медичних працівників. Удосконалена система надання медичних послуг населенню потребує нового поєднання досвіду та навчання для професіоналів, здатних виконувати нові завдання в рамках викликів. Проектний підхід відповідає потребам у нових формах публічного управління.

В другому розділі дослідження підтверджено, що доступ населенню до акушерсько-гінекологічної допомоги забезпечується в розрізі всіх функціональних напрямів, процедури отримання послуг є чіткими та зрозумілими, однак, потребує посилення консультативна складова. В розрізі удосконалення публічного управління організацією надання акушерсько-гінекологічної допомоги важливим є впровадження моделі співпраці КНП "Центр первинної медико-санітарної допомоги №2" СМР та КНП «КПБ Пресвятої Діви Марії» СМР. Недостатня кількість сімейних лікарів первинної ланки негативно впливає на доступність і безперервність надання первинної медичної допомоги та послуг, а також знижує можливості надання інтегрованих акушерсько-гінекологічних послуг. Ситуація з укомплектованістю штатів сімейних лікарів залишається не вирішеною, особливо у сільській місцевості, що ускладнює сімейним лікарям надання послуг акушерства та гінекології.

В третьому розділі кваліфікаційної роботи, обґрунтовано впровадження управлінсько-організаційних змін в системі публічного управління організацією акушерсько-гінекологічної допомоги в розрізі п'яти функціональних етапів. Окреслені етапи визначають провідну роль департаменту (управління, відділу) охорони здоров'я для забезпечення реалізації кожного з них. Результатом реалізації буде зростання результативності публічного управління організацією надання акушерсько-гінекологічної допомоги в розрізі наступних складових: а) ефективне управління процесом організації медичної допомоги, інтеграція, планування, ресурсне забезпечення; б) інтегроване управління якістю медичної допомоги; в) мінімізація ризиків впроваджених змін, що відповідає напрямам реформування вітчизняної системи охорони здоров'я та сучасним та міжнародним підходам. Підтверджено пріоритетність діагностичних напрямів для інтеграції на рівень первинної медичної допомоги.

Ключові слова: публічне управління, акушерсько-гінекологічна допомога, управлінсько-організаційні зміни.

SUMMARY

Bundak L.M. Public management of the organization of obstetric and gynecological care in Ukraine

Qualification work on specialty 281 "Public management and administration", SNAU, Sumy-2022 - Manuscript.

In the first section of the qualification work, it was investigated that in the part of the organization of the provision of obstetric and gynecological care, maximum integration at the level of primary medical care was determined as a promising direction. The consequence of changes in the field of health care is the policy of strengthening the role of primary health care and, accordingly, improving the qualifications of medical workers. An improved system of providing medical services to the population requires a new combination of experience and training for professionals capable of performing new tasks within the framework of challenges. The project approach meets the needs of new forms of public administration.

In the second section of the study, it was confirmed that the population's access to obstetric and gynecological care is provided across all functional areas, the procedures for obtaining services are clear and understandable, however, the advisory component needs to be strengthened. In order to improve the public management of the organization of providing obstetric and gynecological care, it is important to implement a model of cooperation between the CNP "Center of primary medical and sanitary care No. 2" of the SMR and the CNP "CPC of the Blessed Virgin Mary" of the SMR. The insufficient number of primary care family physicians negatively affects the availability and continuity of primary care and services, as well as reduces the ability to provide integrated obstetric and gynecological services. The staffing situation of family doctors remains unresolved, especially in rural areas, which makes it difficult for family doctors to provide obstetrics and gynecology services.

In the third section of the qualification work, the implementation of managerial and organizational changes in the system of public management of the organization of obstetric and gynecological care in the corner of five functional stages is substantiated. The outlined stages determine the leading role of the department (management, division) of health care to ensure the implementation of each of them. The result of the implementation will be an increase in the effectiveness of public management of the organization of obstetric and gynecological care in terms of the following components: a) effective management of the process of organization of medical care, integration, planning, resource provision; b) integrated management of the quality of medical care; c) minimizing the risks of implemented changes, which corresponds to the directions of reforming the domestic health care system and modern and international approaches. The priority of diagnostic directions for integration at the level of primary medical care has been confirmed.

Keywords: public administration, obstetrics and gynecology care, management and organizational changes.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ПРОГРАМНІ ПІДХОДИ В СФЕРІ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ОРГАНІЗАЦІЄЮ НАДАННЯ АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ.....	7
РОЗДІЛ 2. ОЦІНКА ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ОРГАНІЗАЦІЄЮ НАДАННЯ АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ СУМСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ.....	16
2.1 Стан організації надання акушерсько-гінекологічної допомоги населенню Сумської міської ради	16
2.2 Оцінка діяльності об'єкту впливу в сфері публічного управління організацією акушерсько-гінекологічної допомоги населенню Сумської міської ради.....	23
2.3 Аналіз діяльності об'єкту впливу в сфері публічного управління організацією медичної допомоги матерям та новонародженим Сумської міської ради.....	36
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ОРГАНІЗАЦІЄЮ АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ.....	41
3.1 Формування функціональних напрямів інтеграції первинної медичної допомоги в систему організації надання акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні.....	41
3.2 Розробка управлінсько-організаційних змін в системі публічного управління організацією надання акушерсько-гінекологічної допомоги	48
3.3 Посилення регіональної складової в системі публічного управління організацією акушерсько-гінекологічної допомоги	55
ВИСНОВКИ.....	63
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	66
ДОДАТКИ.....	69

ВСТУП

Актуальність теми. Пріоритети захисту матері та дитини встановлюються стандартизованими міжнародними документами, ключовими завданнями реалізації яких, є повага до здоров'я та репродуктивних прав жінок, забезпечення доступу до належних умов для народження здорових дітей, впровадження профілактичних і лікувально-діагностичних технологій тощо. Міжнародні документи передбачають подальшу їх ратифікацією в правовому полі кожної країни, а це означає, що вони окреслюють вектор державної політики та визначають базові позиції соціально-економічної діяльності для забезпечення якості життя жінок та їх дітей. В частині публічного управління організацією надання акушерсько-гінекологічних послуг населенню, слід враховувати базові концепти щодо єдності охорони здоров'я матері та дитини та пріоритетність забезпечення якісного медичного обслуговування вагітних жінок, жінок та дівчат. Міжнародні документи з питань захисту матерів і дітей є методичними інструментами для кожної країни при формуванні національних стратегій захисту матерів і дітей та розробки національної політики.

Визначені заходи державної політики імплементуються в діяльність лікувальних закладів та можуть бути реалізовані за умови функціонування жіночої консультації, акушерського та гінекологічних відділень та передбачають реалізацію програмного підходу для залучення додаткових фінансових ресурсів. В рамках функціонування інституцій в сфері публічного управління організації надання акушерсько-гінекологічних послуг населенню, окрему увагу слід приділити департаменту (управлінню або відділу) охорони здоров'я органу місцевого самоврядування, до функціональних завдань якого, зокрема, належить здійснення контролю в сфері розробки та реалізація державних і місцевих програм у визначених пріоритетних сферах. В якості позитивного прикладу виступає реалізація регіональних програм, в рамках виконання яких, було досягнуто результативності виконання показників щодо

забезпеченням безпеки матері та збереження репродуктивного здоров'я населення. Реалізація окреслених програм забезпечила тісну співпрацю між державними органами, органами місцевого самоврядування та медичними працівниками в частині надання якісних медичних послуг населенню.

Метою кваліфікаційної роботи є дослідження системи публічного управління організацією акушерсько-гінекологічної допомоги та розробка напрямів щодо її удосконалення. Відповідно до визначеної в кваліфікаційній роботі мети дослідження визначено наступні **завдання**:

- дослідження програмних підходів в сфері публічного управління організацією надання акушерсько-гінекологічних послуг в Україні;
- проведення оцінки стану організації надання акушерсько-гінекологічної допомоги населенню Сумської міської ради;
- проведення оцінки діяльності об'єкту впливу в сфері публічного управління організацією акушерсько-гінекологічної допомоги населенню Сумської міської ради;
- здійснення аналізу діяльності об'єкту впливу в сфері публічного управління організацією медичної допомоги матерям та новонародженим Сумської міської ради;
- формування функціональних напрямів інтеграції первинної медичної допомоги в систему організації надання акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні;
- розробка управлінсько-організаційних змін в системі публічного управління організацією надання акушерсько-гінекологічної допомоги та проведення оцінки результативності їх впровадження.

Об'єктом дослідження є управління охорони здоров'я Сумської міської ради.

Предметом дослідження є теоретичні положення, методологічні засади та практичні аспекти оцінки результативності публічного управління організацією надання акушерсько-гінекологічної допомоги населенню.

Теоретичні і методологічні засади кваліфікаційного дослідження були сформовані на основі положень, категорій і концепцій публічного управління. Важливе значення мали закони і нормативно-правові акти, які є регуляторами в сфері організації акушерсько-гінекологічної допомоги. Для аналізу та оцінки явищ щодо розробки управлінсько-організаційних змін в системі публічного управління організації надання акушерсько-гінекологічної допомоги було використано аналіз і синтез, загальнонаукові методи і методи соціально-економічних досліджень, зокрема, абстрактно-логічний, статистико-аналітичні методи тощо.

Інформаційною базою дослідження стали нормативно-правові акти, які регламентують організацію надання акушерсько-гінекологічної допомоги, Накази Міністерства охорони здоров'я України, нормативні акти Кабінету Міністрів України, монографії і науково-аналітичні статті вітчизняних та зарубіжних вчених, Internet-ресурси, матеріали дискусій на наукових конференціях, аналітичні розробки та довідки, особистості спостереження автора.

Наукова новизна одержаних результатів роботи полягає в розробці управлінсько-організаційних змін в системі публічного управління організацією надання акушерсько-гінекологічної допомоги.

Практична значущість одержаних результатів роботи виражене в тому, що автором визначено систему взаємодії об'єктів та суб'єктів впливу публічного управління організацією надання акушерсько-гінекологічної допомоги, сформовано функціональні напрями інтеграції первинної медичної допомоги в систему організації надання акушерсько-гінекологічної допомоги, обґрунтовано комплекс управлінсько-організаційних змін в системі публічного управління організації надання акушерсько-гінекологічної допомоги. Окреслені напрями мають практичну цінність та актуальність для удосконалення публічного управління організації надання акушерсько-гінекологічної допомоги.

Основні положення і результати наукових досліджень пройшли апробацію на двох міжнародних науково-практичних конференціях:

1. Скубира Л.М. Інституційні аспекти публічного управління організацією акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні. *Актуальні проблеми науки, освіти і суспільства в Україні та світі*: збірник тез доповідей міжнародної науково-практичної конференції (Полтава, 29 вересня 2022 р.). Полтава: ЦФЕНД, 2022. С. 43-45.

2. Скубира Л.М. Впровадження регіональних мотиваційних механізмів в систему публічного управління організацією акушерсько-гінекологічної допомоги. *Актуальні питання науки, освіти і суспільства: теорія і практика*: збірник тез доповідей міжнародної науково-практичної конференції (м. Умань, 28 жовтня 2022 р.): у 2 ч. Умань: ЦФЕНД, 2022. Ч. 1. С. 76-77.

Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатку. Основний зміст роботи викладено на 66 сторінках комп'ютерного тексту. Список використаних джерел нараховує 23 найменування. Робота містить 15 таблиць, 14 рисунків, додатку.

РОЗДІЛ 1

ПРОГРАМНІ ПІДХОДИ В СФЕРІ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ОРГАНІЗАЦІЄЮ НАДАННЯ АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ

Пріоритети захисту матері та дитини встановлюються стандартизованими міжнародними документами, ключовими завданнями реалізації яких, є повага до здоров'я та репродуктивних прав жінок, забезпечення доступу до належних умов для народження здорових дітей, впровадження профілактичних і лікувально-діагностичних технологій тощо. Міжнародні документи передбачають подальшу їх ратифікацією в правовому полі країни, а це означає, що вони окреслюють вектори державної політики та визначають базові позиції соціально-економічної діяльності для забезпечення якості життя жінок та їхніх дітей [1, с. 72].

Міжнародні документи з питань захисту матерів і дітей є методичними інструментами для кожної країни, при формуванні національних стратегій захисту матерів і дітей та розробки конкретної державної політики. Перш за все, важливо реалізувати стратегію відповідно до міжнародно-правових документів, які стосуються цього питання [2, с. 13]. Такі документи повинні відповідати документам, представленим на рисунку 1.1. Стратегія ВООЗ визначає, що питання збереження здоров'я новонароджених лежить в площині відповідальності його батьків, що передбачає регламентацію даного питання в сфері державної політики. Крім того, забезпечення надання базових послуг робить систему охорони здоров'я більш чутливою до змін зовнішнього середовища, а надання комплексної підтримки підвищує загальну ефективність державної політики. Саме тому, наразі актуальним є формування ефективної моделі публічного управління організацією надання акушерсько-гінекологічних послуг, з урахуванням діючих міжнародних практик щодо їх інтеграції на рівень первинної медичної допомоги.

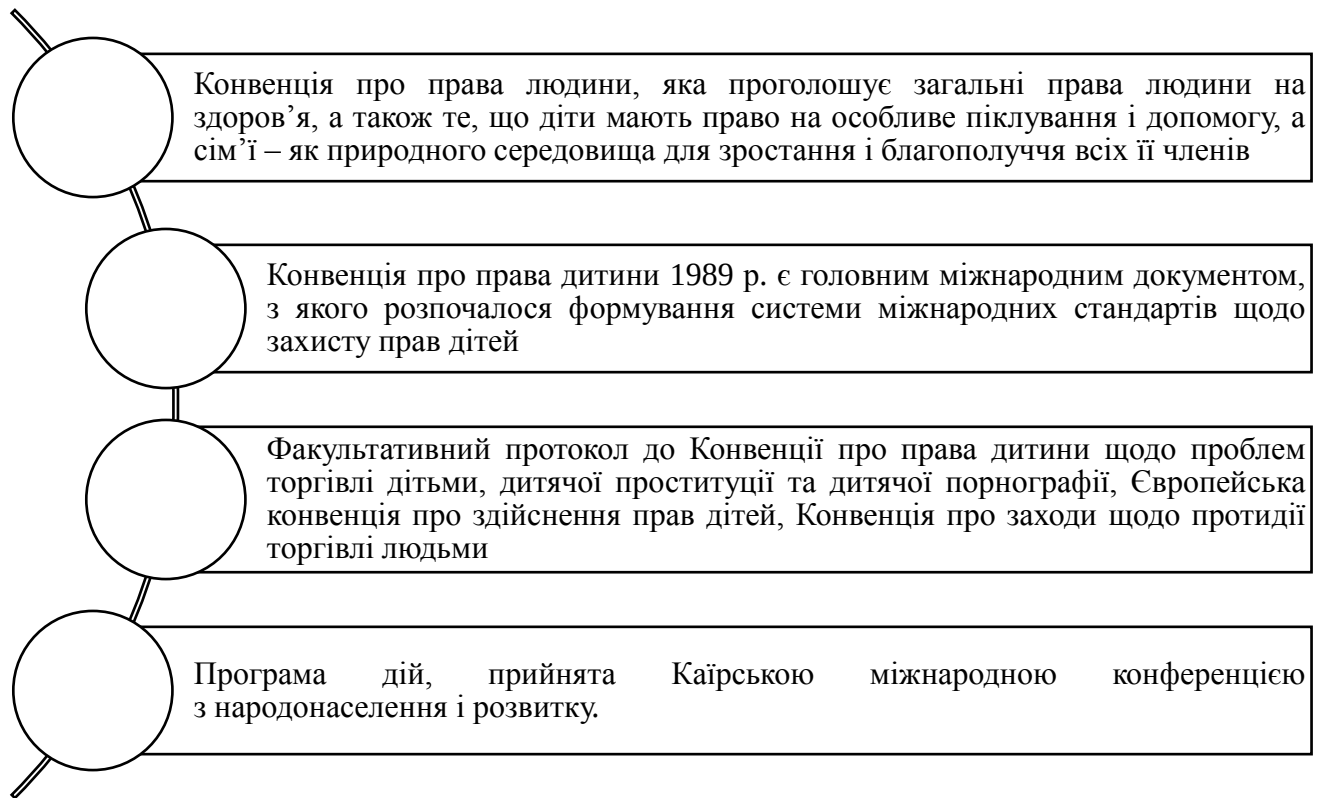


Рисунок 1.1 – Міжнародні нормативно-правові акти в сфері регламентації прав з питань захисту матерів і дітей

Джерело: згруповано автором за даними [1, 2]

Міжнародні концепти в сфері організації надання акушерсько-гінекологічних послуг визначають переважну роль державної політики щодо захисту та розширення прав громадян на безпечне відтворення потомства, наприклад право контролювати репродуктивне життя та доступ до сімейної медицини та інших медичних послуг. Такий підхід визначено довгостроковим стратегічним орієнтиром розвитку досліджуваної галузі в багатьох країнах [3, с. 66].

Вирішальну роль у підвищенні якості медичних послуг населенню відіграє програмний підхід шляхом підготовки, реалізації та моніторингу виконання загальнодержавних та місцевих програм у різних сферах. Регуляторні процедури в системі охорони здоров'я набувають особливого значення у зв'язку з інноваційними методами реформування галузі щодо

забезпечення якості надання медичних послуг та формування ефективних моделей їх фінансування [4, с. 43].

Основою публічної політики в сфері надання акушерсько-гінекологічної допомоги виступає концепт безпечного материнства, що передбачає збереження здоров'я матері (в тому числі і фізичне), психічне та соціальне благополуччя вагітних жінок до, під час і після пологів, а також здоровий розвиток дітей. Заходи публічного управління в сфері реалізації даного концепту імплементовані в правовому полі країни, шляхом затвердження Розпорядженням Кабінету Міністрів України № 161-р від 2002 року "Про затвердження Концепції безпечного материнства"[5]. Ключові завдання публічного управління в сфері реалізації Концепції безпечного материнства представлено на рисунку 1.2.



Рисунок 1.2 - Ключові завдання публічного управління в сфері реалізації Концепції безпечного материнства

Джерело: згруповано автором за даними [5]

Основними напрямками контролю репродуктивного здоров'я населення є державна підтримка сімей з дітьми, створення умов для поєднання батьківських

прав з професійною трудовою діяльністю, зниження захворюваності та смертності, збільшення тривалості життя, поліпшення якості життя, забезпечення житлом, контроль за міграційними процесами, соціальна підтримка інвалідів, людей похилого віку тощо. Дані аспекти повинні узгоджуватись із такими векторами соціальної політики як зайнятість, контроль доходів, освіта, охорона здоров'я, професійний розвиток, житло, розвиток сфери послуг і соціальне забезпечення [6, с. 55].

Наступним базовим документом, котрий імплементує діяльність суб'єктів та об'єктів впливу публічного управління в сфері організації надання акушерсько-гінекологічних послуг населення є Державна програма «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року, дія якої продовжена до 2022 р. Дана Програма містить детальні заходи щодо вирішення проблем у сфері репродуктивного здоров'я населення України та є важливою частиною реалізації загальнонаціональної концепції безпечного батьківства. Одним із завдань програми є впровадження системи планування сім'ї та проведення низки просвітницьких заходів серед підлітків, молоді та жінок репродуктивного віку. Реалізація даного програмного документу орієнтована на досягнення результативних ознак в частині зменшення кількості абортів та збільшення використання сучасних надійних методів запобігання небажаної вагітності на 20% [7].

В контексті формування публічного управління організацією надання акушерсько-гінекологічних послуг, необхідним є дослідження перспектив впровадження програмного підходу. Так, загальнодержавна цільова програма - це комплекс завдань, пов'язаних із заходами, спрямованими на вирішення основних проблем розвитку країни, галузі, адміністративно-територіальної одиниці, що реалізуються за рахунок державного бюджету України та регламентує умови реалізації, ієрархію взаємодії та забезпечення ресурсами [8, с. 22].

Законодавчі вимоги щодо розробки, фінансування загальнодержавних програм, та принципи їх реалізації тощо, відображені в таких нормативних

документах, як: Закони України «Про державні цільові програми» [9] та «Про державне прогнозування та розроблення програм економічного і соціального розвитку України» [10]. В частині узгодження державної та регіональної складової діє Закон України «Про місцеве самоврядування в Україні» [11]. Слід відмітити й Постанову Кабінету Міністрів України від 31 січня 2007 року № 106 «Про порядок розроблення та виконання державних цільових програм» [12], яка визначає перспективи регіонального розвитку через призму комплексного розвитку шляхом поєднання національних і регіональних соціально-економічних програм. Фінансування цільових програм забезпечується шляхом розроблення та затвердження загальнодержавних, регіональних та цільових програм у сфері охорони здоров'я.

В сфері публічного управління, у відповідності до державної програми «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 р. необхідним є розробка й місцевих програм. Так, відповідні регіональні програми «Репродуктивне здоров'я» були розроблені та затверджені рішеннями обласних рад в кожній області України. Реалізації програмного підходу дозволяє побудувати загальну стратегію шляхом реалізації конкретних державних програм на національному та місцевому рівнях, а також забезпечує більш якісний моніторинг та контроль програмної діяльності і результатів. В умовах децентралізації та реформування в сфері охорони здоров'я, фінансування місцевих програм здійснюється за рахунок коштів місцевих бюджетів, що відповідно, розширює їх можливості в частині формування перспективних напрямів [7]. Алгоритм розробки місцевої програми в сфері охорони здоров'я включає низку етапів, котрі представлені на рисунку 1.3.

Одним із аспектів публічного управління організації надання акушерсько-гінекологічної допомоги є проведення оцінки ефективності реалізації програми. Відповідно до звичайного тлумачення ефективності, поняття ефективність управління, розглядається як результат між отриманими вигодами та витратами на його досягнення (вони включають не тільки прямі витрати на систему управління, а й витрати на реалізацію управлінських рішень).



Рисунок 1.3 – Алгоритм розробки місцевих програм як складової системи публічного управління організацією надання акушерсько-гінекологічної допомоги

Джерело: згруповано автором за даними [9-12]

В Україні контроль за станом охорони здоров'я здійснюється через органи виконавчої влади, наділені спеціальними повноваженнями щодо забезпечення контролю та управління законодавством про охорону здоров'я, державними стандартами, критеріями та вимогами, спрямованими на забезпечення здорового та гігієнічного довкілля, епідеміологічне благополуччя населення та рівень професійної діяльності у сфері охорони здоров'я [2, с.113].

Критерії ефективності — ознаки, елементи, функції управління, за якими можна визначити рівень і якість управління та його відповідність потребам та інтересам суспільства. Критерій ефективності публічного управління повинен забезпечувати надання оцінки задоволення нагальних потреб, інтересів та цілей суспільства, певної групи зацікавлених осіб та конкретної людини. З точки зору

раціональності та ефективності в публічному управлінні, важливо задовольняти потреби і вирішувати завдання з належною повнотою і в належний час, при оптимальному використанні [8, с. 38]. Оскільки оцінка ефективності публічного управління безпосередньо залежить від людського чинника, виникає проблема не лише до компетентності цієї оцінки, а й щодо її достовірності. Завжди є певні ризики, наприклад, погані знання в досліджуваній сфері. Важливою є результативна та ефективна оцінка виконання державних програм зовнішніми експертами та громадськими інституціями або представниками громадськості.

Для чіткого визначення системи оцінювання ефективності діяльності інституцій публічного управління в сфері організації надання акушерсько-гінекологічної допомоги, необхідно створити модель оцінювання, котра враховує всі складники: доступність, ефективність, якість та рівень задоволення отриманою послугою в сфері акушерсько-гінекологічної допомоги [4, с. 45]. Параметром ефективності публічного управління в сфері безпечного материнства виступає задоволення потреб громадян у медичній допомозі, а також базові показники репродуктивного здоров'я населення. Як правило в якості індикаторів оцінки результативності публічного управління організацією надання акушерсько-гінекологічних послуг виступають кількість абортів, рівень материнської та дитячої смертності. Пріоритетними також є і показники профілактичної роботи з молоддю та сім'ями, які планують вагітність.

В рамках функціонування інституцій публічного управління організацією надання акушерсько-гінекологічних послуг населенню, окрему увагу слід приділити Департаменту (управлінню або відділу) охорони здоров'я органу місцевого самоврядування, до функціональних завдань якого належить здійснення контролю в сфері розробки та реалізація державних і місцевих програм у визначених пріоритетних сферах. В якості позитивного прикладу виступає реалізація Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 р. та аналогічних регіональних програм, в рамках виконання яких, було досягнуто результативності виконання показників щодо забезпеченням безпеки матері та збереження репродуктивного здоров'я

населення. Реалізація окреслених програм забезпечила тісну співпрацю між державними органами, органами місцевого самоврядування та медичними працівниками в частині надання якісних медичних послуг населенню [7].

Враховуючи активні процеси в сфері реформування системи охорони здоров'я в Україні, важливо ретельно вивчити механізм контролю як складової реалізації функцій публічного управління для ефективної організації медичного обслуговування населення. Це питання є особливо важливим на місцевому рівні, оскільки регіональні особливості країни визначають підходи до впровадження систем контролю результативності публічного управління, у тому числі і в сфері охорони здоров'я. В частині організації надання акушерсько-гінекологічних послуг, слід зауважити про наявність трьох складників (рисунок 1.4), котрі її формують та повинні бути враховані в сфері публічного управління, а також функціональну сутність досліджуваної галузу.

Так, акушерство (від фр. «accoucher» – народжувати) – це галузь клінічної медицини, що розглядає фізіологічні та паталогічні процеси в організмі жінки, пов'язані з зачаттям, вагітністю, пологами та післяпологовим періодом, а також методи діагностики, лікування та профілактики вагітності і пологи [13, с. 104]. Гінекологія (від грец. «gynе» – жінка і «logos» – наука) – це наука, що вивчає анатомічні особливості та фізіологічні процеси, які відбуваються у статевих органах жінки від дитинства до старості, та захворювання жіночих статевих органів, котре виникає поза вагітністю та пологами, включаючи діагностику, лікування та профілактику [13, с. 104].

Всі окреслені складові імплементуються в діяльність лікувальних закладів третього рівня та можуть бути реалізовані за умови функціонування жіночої консультації, акушерського та гінекологічних відділень в структурі закладу.

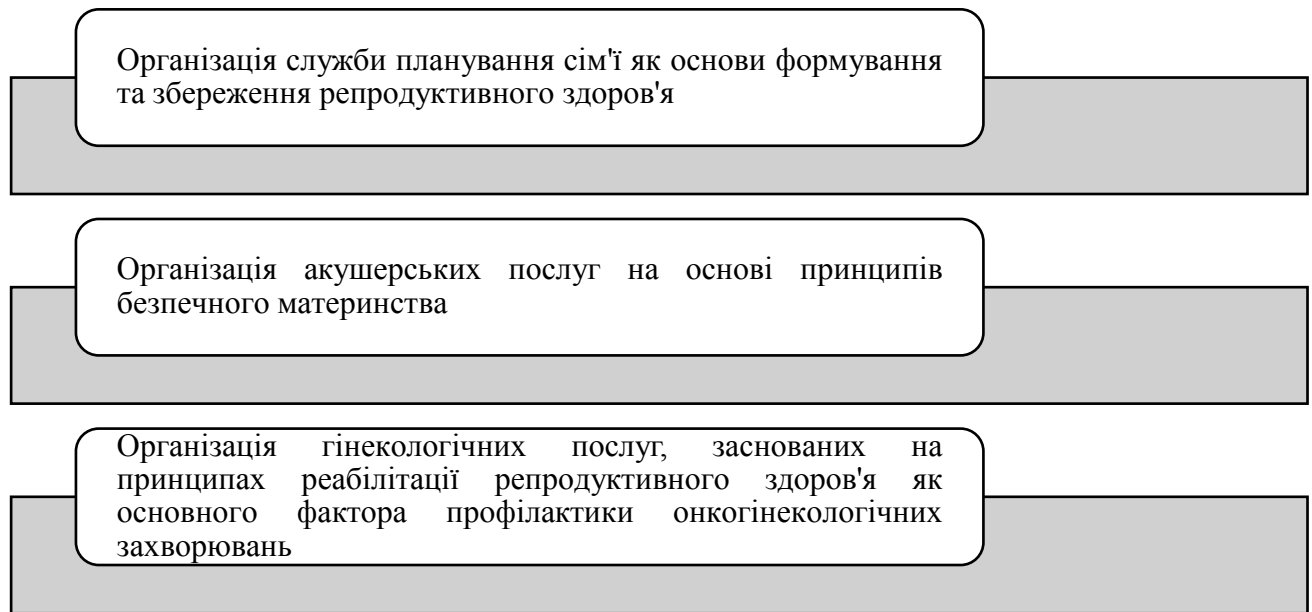


Рисунок 1.4 – Концептуальні складові елементи організації надання акушерсько-гінекологічних послуг

Джерело: згруповано автором за даними [14]

За даним напрямом реалізації програмного підходу можливим є залучення додаткових фінансових ресурсів для покращення його матеріально-технічної бази, підвищення рівня кваліфікації персоналу, впровадження інформаційних інструментів взаємодії лікаря та пацієнта тощо. В частині організації надання акушерсько-гінекологічної допомоги, перспективним напрямом визначено максимальну інтеграцію на рівень первинної медичної допомоги. Наслідком змін в сфері охорони здоров'я є політика посилення ролі первинної медико-санітарної допомоги, й, відповідно, підвищення кваліфікації медичних працівників. Удосконалена система надання медичних послуг населенню потребує нового поєднання досвіду та навчання для професіоналів, здатних виконувати нові завдання в рамках викликів. Міждисциплінарний підхід відповідає потребам у нових формах догляду. Послуги, що надаються в сфері функціонування первинної медичної допомоги можуть розширюватися за рахунок підвищення професійних компетентностей персоналу та набувати нових навичок у сфері медичної освіти та профілактики. Мультидисциплінарна

первинна медична допомога стосується також і пацієнтів із захворюваннями в сфері акушерства та гінекології.

РОЗДІЛ 2

ОЦІНКА ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ОРГАНІЗАЦІЄЮ АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ СУМСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ

2.1. Стан організації надання акушерсько-гінекологічної допомоги населенню Сумської міської ради

Національні системи акушерської допомоги базуються на рекомендаціях ВООЗ, згідно з якими, їх основне завдання - надання висококваліфікованої фахової допомоги жінкам, вагітним та породіллям. У більшості випадків ефективність організації акушерсько-гінекологічної допомоги визначається її практичною складовою та орієнтацією на використання сучасних наукових досягнень. Технологією, котра набула широкого розповсюдження серед Європейських країн є реалізація концепції організації охорони здоров'я матері та дитини в регіональному розрізі, основою якої є безперервне та поступове надання медичних послуг на основі чіткого розподілу медичних центрів різних рівнів; встановлення єдиних стандартів, рекомендацій та порядку госпіталізації вагітних до пологових будинків; забезпечення належного обсягу супроводу вагітних та новонароджених; задоволеність населення якістю та доступністю медичної допомоги [3, с. 66].

Також слід враховувати, що ключовим вектором державної політики організацією надання акушерсько-гінекологічної допомоги є зміцнення здоров'я матері та новонародженого, попередження материнських і репродуктивних втрат, що робить акцент на належному догляді за матір'ю [5]. Крім того необхідною складовою, в частині реалізації публічного управління, є забезпечення послідовності надання медичної допомоги на всіх рівнях із урахуванням результатів діагностичного процесу та видів медичної допомоги. В якості бази для забезпечення нормативної регламентації організації надання

акушерсько-гінекологічних послуг населенню виступають наступні Накази МОЗ, котрі представлені на рисунку 2.1.

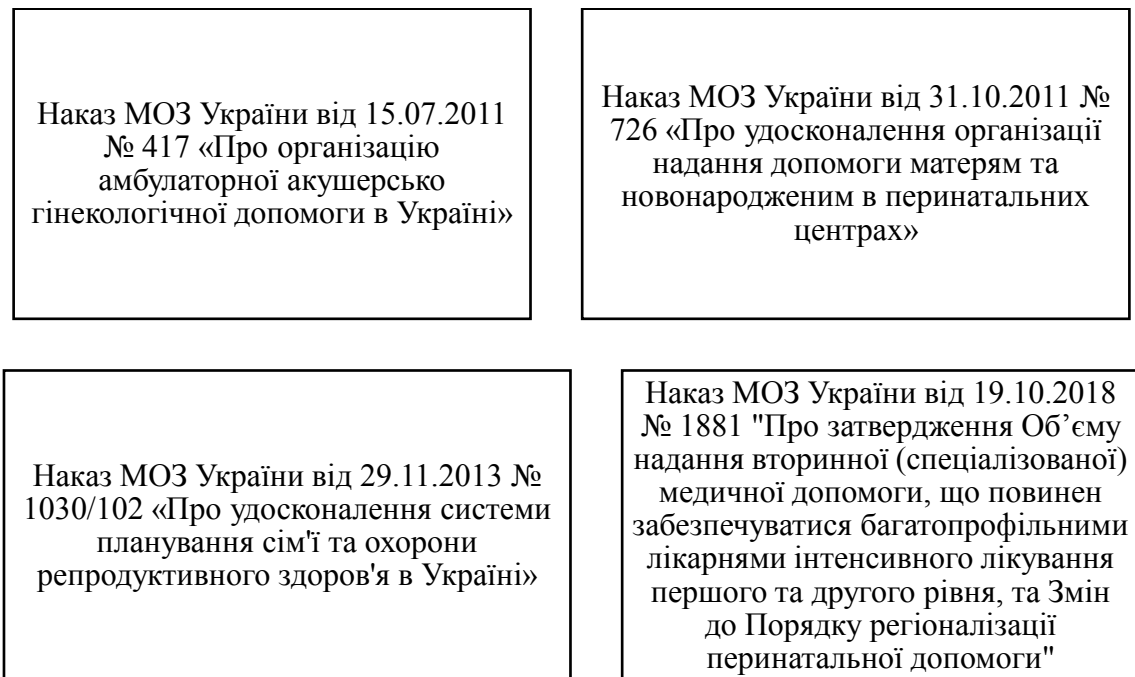


Рисунок 2.1 – Нормативна база організації надання акушерсько-гінекологічної допомоги

Джерело: згруповано автором за даними [14-17]

Регламентация організації надання акушерсько-гінекологічної допомоги в розрізі нормативних актів, представлених на рисунку 2.1, орієнтована на забезпечення вільного доступу жінкам будь-якого віку до послуг з планування сім'ї та гінекологічно-акушерської допомоги. У більшості випадків, своєчасне та якісне пологове обслуговування дає можливість зберегти вагітність, забезпечити повноцінний розвиток плоду, захистити здоров'я й життя матері та дитини. Організація пологового обслуговування та допологового догляду, за сучасними методиками, вважається основною частиною надання спеціальних послуг, моніторингу стану здоров'я та обслуговування жінок під час вагітності, пологів і після пологів, а також надання спеціальних медичних послуг недоношеним дітям [17].

Реформування в сфері охорони здоров'я окреслило впровадження нових підходів в частині посилення уваги до попередження захворювань та проведення профілактичних заходів. В сфері організації акушерсько-гінекологічної допомоги даний аспект регламентується заходами з планування сім'ї, забезпеченням регулярного доступу до контрацептивних послуг для жінок, незалежно від віку та місця проживання, поетапного надання репродуктивних послуг та медичних послуг, а також безперервності медичних послуг для збереження здоров'я, визначаючи обов'язковість процесу перевірки на всіх етапах, а також типу і обсягу допомоги, що надається на кожному етапі [18, с. 72].

Відповідно до стратегічного напрямку розвитку медичних послуг та послуг для матері та новонародженого, триває планова робота з оновлення мережі та структури закладів, що надають медичні послуги та послуги для жінок та немовлят. Ці зміни, безсумнівно, пов'язані з соціально-економічними процесами та демографічними умовами. Водночас визначено основні напрямки реформування системи охорони здоров'я та заходи державних програм, пов'язані з охороною матері та дитини. Тому для підвищення якості та доступності материнства, створення можливості зосередитися на найкращому використанні існуючої системи медичного обслуговування та обслуговування жінок репродуктивного віку, вагітних, породіль, дітей грудного та раннього віку важливим є забезпечення якісного публічного управління організацією акушерсько-гінекологічної допомоги населенню.

Позитивними змінами в сфері публічного управління є забезпечення роботи репродуктивних центрів III рівня, які організовують допомогу новонародженим з дуже низькою вагою. Однією з найважливіших функцій гінекологічних стаціонарів для вагітних, породіль, немовлят та стаціонарних хворих є повне задоволення їх основних і спеціалізованих потреб у здоров'ї та облаштування ліжок для цих груп населення. Забезпечити повний ранній догляд можна під час належного допологового догляду, і це має бути зроблено

шляхом розвитку відповідних знань про вплив раннього медичного обстеження вагітних жінок і раннього консультування розвитку вагітності.

Для забезпечення координації дій в сфері публічного управління організацією акушерсько-гінекологічної допомоги, важливим є формування алгоритму взаємодії між суб'єктами та об'єктами впливу, котрі представлені на рисунку 2.2.



Рисунок 2.2 – Система взаємодії суб'єктів та об'єктів впливу в сфері публічного управління організацією надання акушерсько-гінекологічної допомоги

Джерело: розробка автора

Представлена на рисунку 2.2, система взаємодії, вказує на те, що до складу об'єктів впливу в сфері публічного управління організацією надання акушерсько-гінекологічної допомоги входять департаменти, управління або відділи охорони здоров'я, профільні лікувальні заклади та населення.

Розглянемо більш детально функції Управління охорони здоров'я Сумської міської ради, як органу виконавчої влади, метою діяльності якого є забезпечення координації дій, в межах визначених законодавством повноважень, щодо надання якісної медичної допомоги і медичних послуг населенню через мережу пов'язаних лікувальних закладів, установ і організацій, шляхом розробки та реалізації державних та місцевих профільних програм.

Виходячи із мети діяльності Управління охорони здоров'я Сумської міської ради (далі – УОЗ СМР), визначено їх завдання, ключовими з яких є:

- забезпечення реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я;
- проведення оцінки стану розвитку мережі медичних закладів для забезпечення регулярного медико-санітарного обслуговування населення;
- здійснення заходів, спрямованих на запобігання та ліквідацію інфекційних захворювань та спалахів;
- регулювання діяльності організацій, установ та підприємств, котрі знаходяться у підпорядкуванні УОЗ СМР;
- впровадження національних стандартів, критеріїв та вимог, спрямованих на захист законних дій сфери охорони здоров'я, навколишнього середовища, зростання добробуту населення, а також медичних послуг, що відповідають стандартам професійної діяльності в цій сфері, вимогам державної фармації, санітарним стандартам щодо медичних виробів та технологій;
- сприяння матеріально-технічному забезпеченню та розвитку медичних центрів, організацій і підприємств сфери охорони здоров'я СМР;
- забезпечення доступності для пацієнтів медичної допомоги в розрізі лікувальних закладів всіх рівнів відповідно до Закону України «Основи законодавства України у сфері охорони здоров'я»;
- впровадження досягнень медичної науки та передового досвіду;
- забезпечення реагування на звернення та скарги громадян з питань, що належать до повноважень УОЗ СМР, прийом громадян згідно з установленим графіком;

виконання інших повноважень, відповідно до чинного законодавства.

забезпечення координації між лікувально-профілактичними закладами комунальної власності СМР, вжиття заходів щодо зміцнення матеріально-технічної бази, фінансового та кадрового забезпечення;

сприяння і здійснення заходів щодо запобігання захворюванню, зниження захворюваності, інвалідності та смертності населення;

забезпечення проведення суворих протиепідемічних заходів щодо запобігання поширенню інфекційних захворювань;

сприяння своєчасному впровадженню науково-технічних результатів і передового досвіду в практику лікувально-профілактичних організацій;

розробка і реалізація спільно з комерційними підприємствами заходів щодо охорони матері і дитини, заходи щодо поліпшення охорони праці жінок і молоді, фізичного і гігієнічного виховання дітей; здійснення контролю за станом здоров'я дітей дошкільного і шкільного віку;

визначення потреби у виробах медичного призначення, лікарських засобах, бактеріальних і вірусних препаратах, офтальмології, медичних технологічних виробах, запасних частинах до них та санітарно-технічному обладнанні для відповідних медичних закладів, організацій, підприємств та установ СМР;

підтримка розвитку фізичної культури і спорту серед населення, контроль, в установленому порядку, стану здоров'я осіб, які займаються фізичною культурою і спортом;

відповідно до Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» прийняття участі у розвитку всіх видів медичного обслуговування, розвиток та вдосконалення мережі підпорядкованих медичних закладів, організацій та підприємств;

затвердження списку працівників лікувальних закладів, організацій, підприємств, що підпорядковуються УОЗ СМР;

здійснення контролю за дотриманням кадрових нормативів, кадрової дисципліни та кошторису лікувальних закладів, організацій, підприємств, що підпорядковуються УОЗ СМР;

формування пропозицій щодо визначення вимог посадових інструкцій для медичних закладів, організацій і підприємств; укладення договорів про навчання спеціалістів, розробка планів з підвищення кваліфікації працівників та проведення їх атестації в установленому порядку;

сприяння розвитку платних медичних послуг відповідно до чинного законодавства, добровільних внесків юридичних і фізичних осіб та іншим надходженням, що не суперечать чинному законодавству.

У відповідності до штатного розпису в УОЗ СМР працює: начальник управління, заступник начальника управління, три головні спеціалісти, головний бухгалтер централізованої бухгалтерії, начальник інформаційно-аналітичного центру медичної статистики, провідний юрисконсульт інформаційно-аналітичного центру медичної статистики.

Перелік лікувальних закладів, котрі знаходяться в підпорядкуванні УОЗ СМР, представлено на рисунку 2.3.



Рисунок 2.3 – Лікувальні заклади, котрі знаходяться в підпорядкуванні управління охорони здоров'я Сумської міської ради

Джерело: [19]

Лікувальні заклади (рисунк 2.3), котрі знаходяться в підпорядкуванні УОЗ СМР забезпечують надання первинної, вторинної та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги населенню. Саме КНП "Клінічний пологовий будинок Пресвятої Діви Марії" СМР (далі – КНП «КПБ Пресвятої Діви Марії» СМР) є закладом третього рівня, котрий знаходиться в підпорядкуванні УОЗ СМР та забезпечує надання акушерсько-гінекологічних послуг та неонатальної допомоги населенню. Отже, Сумська міська територіальна громада, має всі відповідні інституції в сфері публічного управління організацією надання акушерсько-гінекологічної допомоги.

2.2 Оцінка діяльності об’єкту впливу в сфері публічного управління організацією акушерсько-гінекологічної допомоги населенню Сумської міської ради

Об’єктом впливу в сфері публічного управління організацією акушерсько-гінекологічної допомоги населенню Сумської міської ради, виходячи із даних рисунку 2.1, виступає КНП «КПБ Пресвятої Діви Марії» СМР. У складі закладу функціонує жіноча консультація, гінекологічне відділення та анестезіологічне відділення, що забезпечує реалізацію державної політики в сфері надання акушерсько-гінекологічної допомоги населенню.



Рисунок 2.3 – Ключові напрями діяльності жіночої консультації КНП «КПБ Пресвятої Діви Марії» СМР

Джерело: згруповано автором за даними [19]

В рамках діяльності жіночої консультації надаються послуги щодо планування сім'ї, супроводу вагітності та післяпологового відновлення тощо, котрі представлені на рисунку 2.4. Слід зауважити, що Згідно Положення КНП «КПБ Пресвятої Діви Марії» СМР та клінічних протоколів, на виконання Наказу МОЗ України № 417 [14], ведеться надання консультативних послуг населенню за напрямками відповідального батьківства, в рамках відповідної школи та збереження репродуктивного здоров'я.

Діяльність гінекологічного відділення КНП «КПБ Пресвятої Діви Марії» СМР орієнтована на забезпечення надання стаціонарної допомоги пацієнтам по веденню вагітності та проведення хірургічних операцій. Дослідимо результативність діяльності жіночої консультації КНП «КПБ Пресвятої Діви Марії» СМР (таблиця 2.1).

Таблиця 2.1 – Динаміка результативності діяльності жіночої консультації КНП «КПБ Пресвятої Діви Марії» СМР, 2020-2021 рр.

№	Показники	2020 рік		2021 рік		Відхилення 2021 р. до 2020 р., од., +/-
		од.	%	од.	%	
1	Надійшло для спостереження, усього в т. ч.	990	100	889	100	-101
	до 12 тижнів	822	83,0	738	83,0	-84
	Вибуло	66	6,7	55	6,2	-11
	Доспостереження	27	2,7	26	2,9	-1
2	Закінчили вагітність, усього	966	100	895	100	-71
	в т. ч. пологи вчасно	922	95,4	847	94,6	-75
	переношування	-				
	передчасні пологи	28	2,9	37	4,1	9
3	Аборти, всього, в т. ч.:	16	1,6	11	1,2	-5
	Самовільні аборти	5	0,5	5	0,6	0
	в т. ч. за медичними показами	11	1,1	6	0,7	-5
	за соціальними показами	-		-		
	ВІПР	13	1,3	6	0,7	-7

Джерело: згруповано автором за даними КНП «КПБ Пресвятої Діви Марії»

Так, у складі гінекологічного відділення функціонує: операційна, мала операційна, післяопераційні палати, палати для хворих та приймально-оглядовий підрозділ. Належність КНП «КПБ Пресвятої Діви Марії» СМР до

високоспеціалізованого медичного закладу передбачає функціонування анестезіологічне відділення, котре включає, як палати інтенсивної терапії (9 ліжок), так і клініко-діагностичну лабораторію, кабінет ультразвукової діагностики, центральна стерилізаційна. Результативність діяльності роботи жіночої консультації у спостережуваному періоді, характеризується динамікою зменшення кількості звернень до огляду в КНП «КПБ Пресвятої Діви Марії» СМР. Частка звернень вагітних протягом аналізованого періоду не змінилась і складала 83,0%. Серед негативних чинників, слід відмітити зростання частки передчасних пологів з 2,9% в 2020 р. до 4,1 % в 2021 р. За моніторинговий період зареєстровано 889 вагітних, що на 101 менше, ніж у 2020 році. Дана динаміка обумовила й зменшення кількості новонароджених на 71 дитину. У порівнянні з 2020 роком кількість передчасних пологів зросла на 9 од. в абсолютному вираженні та на 1,2% у відсотковому відношенні. Станом на 01.01.2022 р. на «Д» обліку по вагітності в КНП «КПБ Пресвятої Діви Марії» СМР перебуває 477 майбутніх матерів, що на 35 менше, ніж у 2021 році.

Зауважимо, що значна увага в роботі жіночої консультації в КНП «КПБ Пресвятої Діви Марії» СМР приділяється супроводу пацієнток, котрі зробили переривання вагітності. Такі жінки направляються до «Школи відповідального батьківства», отримують відповідні консультації щодо контрацепції, проведення узі-скринінгу та допологової освіти. Однак активність пацієнток отримувати окреслені консультаційні послуги є вкрай низькою. Група ризику переривання вагітності становить 37%. За ЕГП група ризику – 38%.

Іншим важливим аспектом в діяльності жіночої консультації КНП «КПБ Пресвятої Діви Марії» СМР є проведення заходів щодо профілактики захворювань вагітних. Даний напрям є вкрай важливим адже саме дані захворювання сприяють ускладненню проходження вагітності та можуть негативно вплинути на здоров'я майбутньої дитини. Динаміка кількості випадків захворювання та їх частки в загальній структурі захворювань вагітних КНП «КПБ Пресвятої Діви Марії» СМР в 2020-2021 рр., представлено в таблиці 2.2. Проблемним питанням в частині зростання кількості захворювань в

аналізований період є захворювання щитоподібної галузі, кількість яких в 2021 р. зросла в порівнянні з 2020 р. на 12 од. Дана динаміка свідчить про те, що необхідним є посилення уваги в частині планування вагітності.

Таблиця 2.2 – Динаміка випадків захворювань вагітних КНП «КПБ Пресвятої Діви Марії» СМР, 2020-2021 рр.

№	Показники	2020 рік		2021 рік		Відношення 2021 р. до 2020 р. од, +/-
		Од.	%	Од.	%	
	Всього обстежених	990	100,0	889,0	100,0	-101
1	Сечостатева система	17	1,7	16	1,8	-1
2	Система кровообігу	22	2,2	16	1,8	-6
3	Цукровий діабет	-	-	-	-	0
4	Анемії	352	35,6	284	31,9	-68
5	Захворювання щитоподібної залози	124	12,5	136	15,3	12
6	Венозні ускладнення	68	6,9	33	3,7	-35
	Всього:	583	-	485	-	-98

Джерело: згруповано автором за даними КНП «КПБ Пресвятої Діви Марії»

Найбільша питома вага в загальній структурі нозологічних захворювань належить анеміям, частка яких складала 35,6% та 31,9% в 2020 р. та 2021 р. відповідно. У складі позитивних факторів слід відмітити зменшення кількості венозних ускладнень вагітних в загальній структурі захворювань з 6,9% в 2020 р. до 3,7% в 2021 р. та захворювань систем кровообігу з 2,2% до 1,8% відповідно. Показник захворюваності сечостатевої системи залишився на тому ж рівні, відсутні вагітні із цукровим діабетом.

Негативним наслідком недотримання вимог щодо ведення вагітності є зростання частки гістозів. Розглянемо динаміку зміни їх кількості серед вагітних, котрі отримують медичні послуги у КНП «КПБ Пресвятої Діви Марії» СМР (таблиця 2.3). В цілому частка гістозів в загальній структурі вагітностей була незначною і складала в 2020 р. 4,8%, та зменшилась до 4,0% в 2021 р. У складі позитивних чинників слід відмітити, переважну частку гістозів легкого ступеня, частка яких зросла в 2021 р. в порівнянні з 2020 р. з 1,9% до 2,3%.

Протилежну динаміку має динаміка в розрізі гестозів середньої тяжкості, частка яких знизилась з 2,4% до 1,2%. Досліджені тенденції підтверджують результативність консультаційних послуг щодо планування вагітності, підготовки до вагітності, спостереження вагітності на ранніх строках тощо.

Таблиця 2.3 – Динаміка випадків гестозів у вагітних КНП «КПБ Пресвятої Діви Марії» СМР, 2020-2021 рр.

№	Показники	2020 рік		2021 рік		Відділення 2021 р. до 2020 р., од., +/-
		Од.	%	Од.	%	
	Всього обстежених	990	100,0	889,0	100,0	-101
1	Гестози:	47	4,8	36	4,0	-11
2	Поєднаний гестоз	-	-	-	-	-
	Прееклампсія легкого ступеня	19	1,9	21	2,3	2
	Середнього ступеня	24	2,4	11	1,2	-13
	Тяжкого ступеня	4	0,4	4	0,4	0
	Еклампсія	-	-	-	-	-

Джерело: згруповано автором за даними КНП «КПБ Пресвятої Діви Марії»

Однак, наявність прееклампсії тяжкого ступеня свідчить про наявність прогалин щодо спостереження за вагітними і визначає даний вектор роботи жіночої консультації КНП «КПБ Пресвятої Діви Марії» СМР, як пріоритетний. Наступним напрямом оцінки є діяльність пологового стаціонару, основним завданням якого є невідкладне надання спеціальної медичної допомоги жінкам і немовлятам під час вагітності, пологів і післяпологового періоду, профілактика інфекційних захворювань, що, відповідно, посилює вимоги до кваліфікації медичного персоналу та технічної оснащеності лікувального закладу. На виконання наказу МОЗ України від 10.05.2007 р. № 234 [17] акушерське відділення має у своєму складі: індивідуальні пологові зали – 5 од.; палата для госпіталізації вагітних, роділь та породіль з інфекційними захворюваннями в стадії гострих клінічних проявів боксированого типу – 1 од.; окремі палати після пологів з кращими умовами на 1 ліжко (туалет, ванна, холодильник, телевізор), чоловік або родич можуть перебувати з породіллею

цілодобово - 20 од.; палати на 2 ліжка для спільного перебування матері та дитини – 9 од.; 5 палат та 4 ліжка; 2 палати на 2 ліжка з поліпшеними умовами перебування (сан. вузол, душова кабіна, холодильник, телевізор). Структура пологового стаціонару відповідає вимогам державної політики в частині реалізації програми «Лікарня, дружня до дитини», яка дозволяє матерям і дітям залишатися разом від народження до виписки. Загальна характеристика діяльності пологового стаціонару, представлена в таблиці 2.4.

Таблиця 2.4 – Динаміка результативності діяльності пологового стаціонару КНП «КПБ Пресвятої Діви Марії» СМР, 2020-2021 рр.

№	Показники	2020 рік		2021 рік		Відхилення 2021 р. до 2020 р. од., +/-
		од.	%	од.	%	
1	Кількість пологів	1626	100,0	1523	100,0	-103
2	Кесарів розтин	493	0,3	445	0,3	-48
3	Кількість дітей, народжених живими	1626	-	1524	-	-102
4	Частота черепно-мозкових та спінальних травм у новонароджених	0	0	0	0	0
5	Охоплення новонароджених вакцинацією БЦЖ	1460	0,9	1366	0,9	-94
6	Охоплення 2-х разовим ультразвуковим скринінгом вагітних в термін до 22 тижнів	941	1,0	879	1,0	-62
7	Охоплення обстежень на ВІЛ вагітних жінок	940	1,0	878	1,0	-62
8	Охоплення онко-профілактичними оглядами жінок з 18 років	5651	0,9	2915	0,5	-2736
9	Рівень цитологічного обстеження жінок	5651	1,0	2915	1,0	-2736
10	Питома вага вперше виявленої патології при онко-профілактичних оглядах жінок	543	0,1	303	0,1	-240
11	З них з цитологічним дослідженням	397	0,7	257	0,9	-140
12	Материнська смертність	1	0,6	0	0	-1
13	Пренатальна смертність	6	3,6	7	4,5	1
14	Мертвонароджені, з них:	6	3,6	6	4,8	0
	Антенатальні	5	3,0	5	3,2	0
	Інтрантальні	1	0,6	1	0,6	0
	РНС	0	0	1	0,6	1

Джерело: згруповано автором за даними КНП «КПБ Пресвятої Діви Марії»

Одним із важливих аспектів діяльності пологового стаціонару є кількість операцій кесарева розтину. Так, в 2021 р. ключовим фактором, котрий визначив необхідність кесарева розтину став рубець на матці – 125 випадків, що в абсолютному вимірі склало 28,0%. На другому місці в рамках показання до кесарева розтину стало передлежання тазу плода, а саме 91 випадок, що у відносному вимірі склало 20,4%. Третім за вагомістю напрямом до показання кесарева розтину став дистрес плода, а саме 46 випадків, що склало 10,3%. Усі жінки мали гладкий післяопераційний перебіг. Середня тривалість перебування в пологовому відділенні після операції становила 4,6 доби.

Аналіз даних, наведений у таблиці 2.4, показує, що основні цілі, поставлені перед медичним персоналом КНП «КПБ Пресвятої Діви Марії», були досягнуті. Відсутні випадки перинатальної смертності, неонатальної захворюваності, частоти післяопераційних ускладнень або захворюваності. Клінічна захворюваність на дуже низькому рівні. Особливу увагу приділено профілактиці, своєчасному та повному лікуванні внутрішньоутробних інфекцій у вагітних. Досягнуто повного балансу між матерями та новонародженими. Керівництво лікувального закладу забезпечує імплементацію інструкцій від МОЗ України та клінічних протоколів належним чином. Постійно ведеться робота по вдосконаленню системи консультування профільних спеціалістів пологового будинку щодо вирішення проблем в сфері екстрагенітальної патології та репродуктивного здоров'я, й забезпечено участь провідних спеціалістів у наданні консультаційних послуг населенню.

Питання обрання кесарева розтину, в якості альтернативного варіанту розродження породіль, фахівцями КНП «КПБ Пресвятої Діви Марії» СМР, здійснюється виключно при наявності показань та у відповідності до затверджених клінічних протоколів з акушерства та гінекології. При цьому доцільно зазначити, про своєчасне впровадження в роботу закладу й вимог нових нормативних документів Міністерства охорони здоров'я України, що позитивно впливає на результативність діяльності всіх структурних підрозділів. Випадки післяпологових, післяопераційних ускладнень постійно розглядаються

на засіданні лікарсько-консультативної комісії з обґрунтуванням заходів щодо їх подальшого недопущення. Для визначення динаміки змін в діяльності акушерського відділення КНП «КПБ Пресвятої Діви Марії» СМР в 2020-2021 рр., розглянемо ключові показники, котрі представлено в таблиці 2.5.

Таблиця 2.5 – Динаміка результативності діяльності акушерського відділення КНП «КПБ Пресвятої Діви Марії» СМР, 2020-2021 рр.

№	Показники	2020 рік		2021 рік	
		Од.	%	Од.	%
1	Всього пологів	1626	100,0	1523	100,0
2	<i>Нормальні пологи</i>	1028	63,2	955	62,7
3	<i>Ускладнені пологи</i>	600	36,8	568	37,3
4	ПОНРП та передлежання плаценти	2018	3,7	2816	3,6
5	Пізній токсикоз	85	5,2	68	4,5
6	Кровотечі в пологах і післяпологовому періоді	10	0,6	12	0,7
7	<i>Кесарів розтин</i>	493	30,3	445	29,2
8	<i>Планові операції кесаревого розтину</i>	360	73	333	75
9	Ургентні операції к/р	133	27	112	25
10	Питома вага пологів, проведених з партнерською підтримкою	1525	93,7	338	22,2

Джерело: згруповано автором за даними КНП «КПБ Пресвятої Діви Марії»

Динаміка результативності діяльності акушерського відділення КНП «КПБ Пресвятої Діви Марії» СМР, свідчить про те, що перинатальна смертність складала 6 випадків в 2020 р. та 7 випадків в 2021 р., що у відсотковому співвідношенні склало 3,6% та 4,5% відповідно. Даний аспект знаходиться під контролем, тому всі випадки детально вивчені та обговорені на координаційних радах. Даний підхід дозволяє опрацювати всі можливі помилки, котрі могли мати місце в період ведення вагітності та під час пологів. При цьому окрема увага приділяється проведенню оцінки проведених реанімаційних заходів новонароджених та їх лікування у відділенні новонароджених.

Зауважимо, що показники перинатальної смертності в 2020-2021 рр. є значно меншими за показники попередніх років, що свідчить про наявність

позитивної динаміки в частині впровадження комплексних заходів, орієнтованих на зниження з невинашуванням та перенашуванням з метою антенатальної охорони плода. В даному контексті слід зауважити, що фахівцями закладу здійснюється належний контроль за вагітними, саме тому забезпечується своєчасна їх госпіталізація, й відповідно, впроваджується адекватна терапія вагітних, котрі входять до груп з ризиком. Для таких вагітних передбачено госпіталізація у відділення паталогії вагітних та акушерське відділення. В якості напрямів, котрі забезпечують зниження перинатальної смертності належить й своєчасне проведення скринінгові УЗД плода. Даний інструмент аналізу дозволяє на ранніх етапах виявити відхилення у стані плоду, в тому числі й вроджені вади розвитку та плацентарної дисфункції. Також використання даної методики дозволяє оцінити біофізичний профіль плода, провести оцінку стану плодово-плацентарного та маточно-плацентарного кровотоку. Окрему увагу слід приділити й розширенню напрямів медико-генетичного консультування, що дозволяє попередити виникнення ускладнень під час вагітності.

В частині удосконалення кваліфікаційних навичок щодо первинної реанімації новонароджених та терапевтичних методик, забезпечено проходження фахівцями закладу підвищення кваліфікації. При цьому перспективним напрямом розвитку фахівців в сфері надання акушерсько-гінекологічної допомоги є вдосконалення сучасних методів діагностики материнсько-плодової інфекції та її санація. Підсумовуючи зазначимо, що для забезпечення зниження показників мертвонароджуваності в структурі перинатальної смертності необхідним є своєчасна діагностика ВВР плода шляхом проведення УЗ-скринінга, доплерометричного дослідження та медико-генетического консультування.

В частині технічного оснащення КНП «КПБ Пресвятої Діви Марії» СМР, здійснюється щорічне проведення ремонтних робіт. Також ведеться спостереження за вагітними, котрі перебувають у пологовому стаціонарі на належать до групи ризику з екстрагенітальною патологією. Впроваджено

комплексне обстеження вагітних в розрізі таких складових, як: кардіотокографія, ультразвукові дослідження внутрішньоутробного плода, амніоскопія, амніоцентез. Практична імплементація даних методів в діяльність КНП «КПБ Пресвятої Діви Марії» СМР дозволила зменшити кількість патологічних випадків та досягти позитивного результату. В рамках діяльності КНП «КПБ Пресвятої Діви Марії» СМР забезпечується проведення хірургічних операцій різної складності. Динаміка результативності діяльності хірургічного стаціонару досліджуваного лікувального закладу, представлена в таблиці 2.6.

Таблиця 2.6 – Динаміка результативності діяльності хірургічного стаціонару КНП «КПБ Пресвятої Діви Марії» СМР, 2020-2021 рр.

№	Показники	2020 рік		2021 рік		Відхилення 2021 р. до 2020 р. од.. +/-
		Од.	%	Од.	%	
1	Хірургічна активність у стаціонарі	1610		1591		-19
2	Робота ліжка	185,7		154,2		-31,5
3	Середнє перебування на ліжку	6,2		5,72		-0,48
4	Оборот ліжка	29,9		26,9		-3
5	Поступило хворих	3279		2961		-318
6	Виписано хворих	3290		2963		-327
7	Виконання плану ліжко-днів		90,2		83,0	0

Джерело: згруповано автором за даними КНП «КПБ Пресвятої Діви Марії»

В частині оцінки динаміки результативності діяльності хірургічного стаціонару КНП «КПБ Пресвятої Діви Марії» СМР в 2021 р. в порівнянні з 2020 р. встановлено позитивну динаміку щодо зменшення кількості хворих, котрі перебували на лікуванні. Для покращення діяльності відділення було придбано гістроскоп та лапароскопічний хірургічний комплекс.). Зростання кількості лапароскопічних операцій дозволяє знизити негативний вплив післяопераційних наслідків. Гінекологічний профіль даних операцій дозволяє зменшити обсяг хірургічного доступу, що, відповідно, полегшує течію післяопераційного періоду, зменшує медикаментозне навантаження на пацієнта, зменшує час перебування на лікарняному ліжку, зменшує течію

реабілітаційного періоду, має мінімальний відсоток ранніх та пізніх післяопераційних ускладнень.

Висококваліфіковані працівники КНП «КПБ Пресвятої Діви Марії» СМР забезпечують проведення хірургічних операцій в розрізі наступних напрямів: доброякісні новоутворення матки та придатків; аномалії розвитку полових органів; запальні захворювання жіночих полових органів; безпліддя ендокринного, трубно-перитонеального та неуточненого генезу; гінекологічні ендокринопатії; хворі з патологією вагітності до 22 тижнів вагітності. Згруповані дані щодо діяльності гінекологічного відділення КНП «КПБ Пресвятої Діви Марії» СМР представлено в таблиці 2.7.

Таблиця 2.7 – Динаміка результативності діяльності гінекологічного відділення КНП «КПБ Пресвятої Діви Марії» СМР, 2020-2021 рр.

№ з/п	Найменування	2020 рік	2021 рік	Відхилення 2021 р. до 2020 р., од., +/-
1.	Поступило хворих	1352	1188	-164
2.	Виписано хворих	1351	1188	-163
3.	Виконання плану ліжко-днів, %	88,2	80,0	-8,2
4.	Оборот ліжку	30	26,4	-3,6
5.	Роботи ліжку	218	181,4	-36,6
6.	Середня перебування на ліжку	7,2	6,8	-0,4
7.	Летальність	0	0	0

Джерело: згруповано автором за даними КНП «КПБ Пресвятої Діви Марії»

Відповідно до даних, наведених у таблиці 2.7, кількість госпіталізованих хворих у 2021 році зменшилася порівняно з 2020 роком на 164 особи. Так само кількість ліжко-днів у 2021 році впала на 36,6 порівняно з 2020 роком. Середній час перебування в стаціонарі також скоротився на 0,4 од. У складі позитивних факторів слід відмітити нульову летальність хворих. В частині надання своєчасних консультаційних послуг населенню, важливим є визначити напрями, котрі потребують найбільшої уваги. Так, Динаміка звернень населення гінекологічного напрямку КНП «КПБ Пресвятої Діви Марії» СМР, представлена в таблиці 2.8.

Таблиця 2.8 – Динаміка звернень населення гінекологічного напрямку
КНП «КПБ Пресвятої Діви Марії» СМР, 2020-2021 рр.

№ з/п	Найменування	2020 рік	2021 рік	Відділення 2021 р. до 2020 р., од., +/-
1.	Запальні захворювання	77	51	-26
2.	Доброякісні пухлини	219	165	-54
3.	Аномальні маточні кровотечі	279	270	-9
4.	Аномальні маточні кровотечі в клімактеричному періоді	27	48	21
5.	Аномальні маточні кровотечі в менопаузі	45	45	0
6.	З приводу патології вагітності	290	168	-122

Джерело: згруповано автором за даними КНП «КПБ Пресвятої Діви Марії»

Дані, наведені в таблиці 2.9, свідчать про те, що найбільш поширеними захворюваннями є аномальні маточні кровотечі та патологія вагітності, динаміка яких відрізняється в 20201 р. в порівнянні з 2020 р. Так, кількість аномальних маточних кровотеч зменшилась в 2021 р. в порівнянні з 2020 р. на 9 од., а кількість випадків патології вагітності на 122 од. відповідно. У 2021 році порівняно з 2020 роком спостерігалось наступна динаміка звернень за категоріями запальних захворювань (зменшення на 26 випадків), злоякісних пухлин (зменшення на 54 випадки). Однак встановлено зростання в області аномальних маткових кровотеч під час менопаузи на 21 одиницю. Хоча динаміка кількості полосних операцій має тенденцію до зменшення, з урахуванням тенденцій щодо зростання кількості лапароскопічних операцій, однак є випадки, котрі потребують, виключно, повноцінного хірургічного втручання. Динаміка звернень населення щодо хірургічної допомоги КНП «КПБ Пресвятої Діви Марії» СМР, представлена в таблиці 2.9. Наведені в таблиці 2.9 дані, свідчать про те, що хворі, яким проводиться планове хірургічне лікування, приймаються після повного обстеження у відповідності до, затверджених нормативами, вимог.

Таблиця 2.9 – Динаміка звернень населення щодо хірургічної допомоги
КНП «КПБ Пресвятої Діви Марії» СМР, 2020-2021 рр.

№	Найменування	2020 рік	2021 рік	Відхилення 2021 р. до 2020 р., од., +/-
1.	Екстирпація матки	41	16	-25
2.	Надвлагалищна ампутація матки	12	12	0
3.	Позаматкова вагітність	14	12	-2
4.	Позаматкова вагітність шляхом лапароскопії	14	11	-3
5.	Операція на придатках	2	2	0
6.	Екстирпація матки через піхву	30	23	-7
7.	Вишкрібання	438	461	23
8.	Лапароскопія	102	92	-10
9.	Пластичні операції	6	2	-4

Джерело: згруповано автором за даними КНП «КПБ Пресвятої Діви Марії»

У кожному конкретному випадку обсяг дослідження і підготовки може бути розширений відповідно до характеру супутніх проблем. Післяопераційних гнійно-септичних ускладнень за цей період не було, однак, підтверджено важливість удосконалення напрямів проведення хірургічних операцій за допомогою лапароскопічного методу.

Таблиця 2.10 – Динаміка звернень населення щодо малих гінекологічних операцій та абортів КНП «КПБ Пресвятої Діви Марії» СМР, 2020-2021 рр.

Найменування операцій	2020 рік	2021 рік	Відхилення 2021 р. до 2020 р., од., +/-
Діагностичні вишкрібання	438	461	23
Пункції черевної порожнини через заднє склепіння піхви	14	15	1
Розтин абсцесів зовнішніх статевих органів	25	22	-3
Аборти	196	271	75
З них штучні аборти	32	32	0
Аборти за медичними показаннями	0	0	0
Самовільні аборти	5	3	-2
Вишкрібання у зв'язку з завмерлою вагітністю	90	116	26
Абортів неуточнених	69	66	0

Джерело: згруповано автором за даними КНП «КПБ Пресвятої Діви Марії»

Перевагами досліджуваного закладу є широкий спектр надання акушерсько-гінекологічної допомоги, в тому числі і проведення малих гінекологічних операцій, динаміка виконання яких, представлена в таблиці 2.10. Представлені дані вказують на переважну частку малих операцій щодо діагностичного вишкрябування, кількість яких збільшилась в 2021 р. в порівнянні з 2020 р. на 23 од. Також визначено зростання кількості абортів в 2021 р. в порівнянні з 2020 р. на 75 од., що характеризується як негативна динаміка, адже виникає необхідність проведення додаткової роз'яснювальної роботи щодо планування сім'ї. Серед позитивних чинників, слід зауважити про придбання гітероскопу, використання якого дозволяє покращити якість діагностики акушерських хворих. Обрання хірургічного методу здійснюється виключно у відповідності до вимог МОЗ та клінічних протоколів. В разі виникнення післяопераційних ускладнень, кожен випадок розглядається на засіданнях відповідних комісій.

2.3 Аналіз діяльності об'єкту впливу в сфері публічного управління організацією медичної допомоги матерям та новонародженим Сумської міської ради

Діяльність КНП «КПБ Пресвятої Діви Марії» СМР в сфері організації медичної допомоги матерям та новонародженим набула якісної оцінки в публічному полі після набуття статусу «Лікарня, доброзичлива до дитини» в 2010 року та його подальшого підтвердження в 2016 р. та 2019 р. В рамках реалізації проєкту «Здоров'я матері та дитини», в 2011 р. закладу присвоєне звання «Заклад якісного медичного обслуговування» [19]. Високий рівень КНП «КПБ Пресвятої Діви Марії» СМР в сфері надання акушерсько-гінекологічних та неонатальних послуг було досягнуто, в тому числі і за рахнок впровадження підходу щодо сумісного перебування матері та дитини. Сумісне перебування породілля та новонароджених у післяпологовому періодізначно знижує частоту захворювань новонароджених, що дає змогу забезпечити раннє прикладання до

грудей матері, повністю використовувати молозиво для годування дитини, сприяти становленню лактації. У структурі відділення є палата інтенсивної терапії, яка оснащена новітньою апаратурою для надання допомоги новонародженим дітям.

Одним із факторів, котрий позитивно характеризує діяльність КНП «КПБ Пресвятої Діви Марії» СМР є кількість новонароджених (рисунок 2.4).

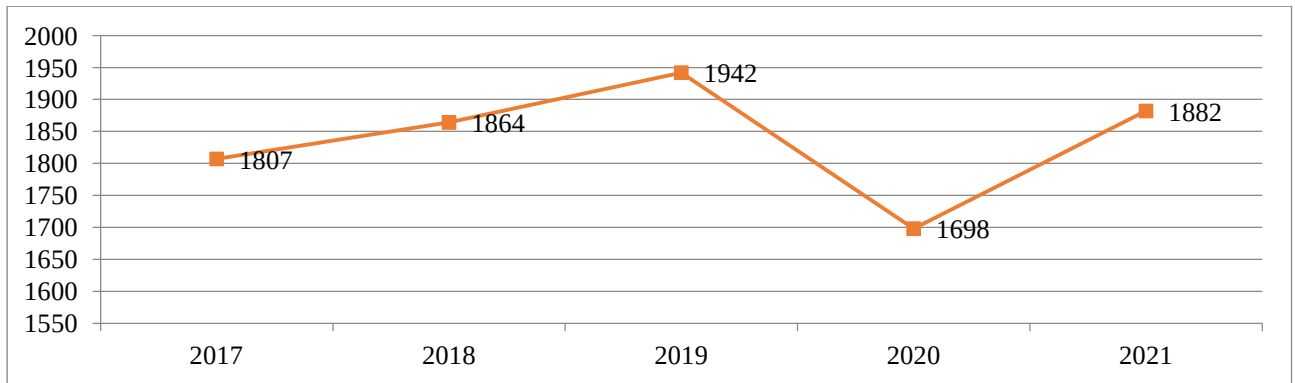


Рисунок 2.4 – Динаміка кількості новонароджених діяльність КНП «КПБ Пресвятої Діви Марії» СМР, 2017-2021 рр.

Джерело: [19]

Представлена на рисунку 2.4 динаміка кількості новонароджених, свідчить про позитивні зміни в 2019 р. в порівнянні з 2017 р. на 7,5%, скорочення досліджуваного показника в 2020 р. в порівнянні з показником 2019 р. на 14,4% та подальше зростання в 2021 р. в порівнянні з 2020 р. на 10,8%. У складі позитивних чинників слід відмітити посилення участі матері в процесі догляду за новонародженими. Реалізація даного підходу дозволяє матерям набути необхідних навичок по уходу за немовлям. Обладнання палат сумісного перебування матері та дитини на базі КНП «КПБ Пресвятої Діви Марії» СМР, дозволяє матерям використовувати стіл для сповивання та настільні ваги для перевірки ваги немовлят. До складу позитивних чинників також належить наявність в кожній палаті інформаційних матеріалів щодо правил догляду за немовлям, правил грудного вигодування, вимоги до санітарно-гігієнічного режиму тощо. Характеристика стану новонароджених КНП «КПБ Пресвятої

Діви Марії» СМР за період 2020-2021 рр., представлена в таблиці 2.11.

Таблиця 2.11 – Динаміка стану новонароджених КНП «КПБ Пресвятої Діви Марії» СМР, 2020-2021 рр.

Рік	Всього народилось дітей	У тому числі недоношені	ДС з переводними дітьми	РНС у пологовому будинку №1	Із них в перші 0-6 діб
2020 рік	1698	41 – 2,4%	1 – 0,6%	0	0
2021 рік	1882	40 – 2,1%	1 – 0,5%	1 – 0,5%	1 – 0,5%

Джерело: згруповано автором за даними КНП «КПБ Пресвятої Діви Марії»

У складі позитивної динаміки слід відмітити зростання кількості новонароджених в 2021 р. в порівнянні з 2020 р. В той же час кількість недоношених дітей майже не змінилась, що свідчить про скорочення їх частки в загальній структурі з 2,4% в 2020 р. до 2,1% в 2021 р. В частині оцінки кількості та напрямів нозологічних захворювань новонароджених КНП «КПБ Пресвятої Діви Марії» СМР, представлено в таблиці 2.12.

Таблиця 2.12 – Динаміка кількості захворювань новонароджених КНП «КПБ Пресвятої Діви Марії» СМР, 2020-2021 рр.

Нозологічна одиниця	2020 рік		2021 рік		Відхилення 2021 р. до 2020 р., +/-	
	Всього	Недоношені	Всього	Недоношені	Всього	Недоношені
Всього дітей народилось	1698	41	1882	40	+184	-1
Усього хворих дітей	229	19	215	20	-14	1
В тому числі з захворюваннями: ГРІ, грип	0	0	0	0	0	0
Уроджені аномалії, деформації та хромосомні порушення	29	5	26	5	-3	0
Окремі стани, які виникають в перинатальному періоді	246	46	238	47	-8	1
З них сповільнений ріст, недостатність живлення плоду	71	5	68	5	-3	0
Родова травма	39	2	36	2	-3	0
Внутрішньоутробна гіпоксія і асфіксія у родах	32	11	31	12	-1	1

Продовження таблиці 2.12

Розлади дихальної системи, що виникають у перинатальному періоді	23	15	28	16	5	1
У тому числі синдром респіраторного розладу (дистрес)	11	11	12	10	1	-1
Уроджені пневмонії	12	4	16	6	4	2
Інфекції, специфічні для перинатального періоду	4	1	4	1	0	0
Гемолітична хвороба плоду та новонародженого	15	0	14	0	-1	0
Неонатальна жовтяниця, обумовлена надмірним гемолізом, іншими та не уточненими причинами	41	10	39	9	-2	-1
Інші порушення церебрального статусу новонародженого	21	2	18	2	-3	0
Крім того, потенційна загроза життю, зв'язана з можливим зараженням: -сифілісом					0	0
-вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ)	1	0	1	0	0	0

Джерело: згруповано автором за даними КНП «КПБ Пресвятої Діви Марії»

Підсумовуючи проведений аналіз діяльності КНП «КПБ Пресвятої Діви Марії» СМР в сфері надання акушерсько-гінекологічної допомоги, згрупуємо всі отримані результати та представимо їх в таблиці 2.13. Представлені в таблиці 2.13 дані, позитивно характеризують публічне управління організацією надання акушерсько-гінекологічних послуг населенню Сумської міської ради. Доступ населенню забезпечується в розрізі всіх функціональних напрямів, процедури отримання послуг є чіткими та зрозумілими, однак, потребує посилення консультативна складова. В розрізі удосконалення публічного управління організацією надання акушерсько-гінекологічної допомоги важливим є впровадження моделі співпраці КНП "Центр первинної медико-санітарної допомоги №2" СМР та КНП «КПБ Пресвятої Діви Марії» СМР.

Таблиця 2.13 – Характеристика публічного управління організацією акушерсько-гінекологічної допомоги населенню Сумської міської ради

Напрямок	Результативна ознака (позитивна або негативна)	Напрямок удосконалення
Реалізація державної політики в сфері організації надання акушерсько-гінекологічної допомоги	+/-	Удосконалення процесу впровадження зміни МОЗ в діяльність лікувального закладу, шляхом зменшення часу на адаптацію
Виконання функцій УОЗ СМР	+	Удосконалення стилю і методів керівництва. Налагодження взаємодії між КНП "Центр первинної медико-санітарної допомоги №2" СМР та КНП «КПБ Пресвятої Діви Марії» СМР
Результативність діяльності жіночої консультації	+/-	Посилення вагомості консультативної складової щодо планування сім'ї та проведення профілактичних оглядів
Результативність діяльності пологового стаціонару	+/-	Посилення контролю за дотриманням санітарно-гігієнічного режиму в закладі для зниження ймовірності виникнення внутрішньолікарняних інфекцій
Результативності діяльності акушерського відділення	+/-	Посилення контролю за дотриманням протоколів діагностики та лікування
Результативності діяльності хірургічного стаціонару	+/-	Оптимізація лікувально-діагностичної роботи з використанням досягнень сучасних наукових досліджень
Динаміка кількості захворювань новонароджених	+/-	Формування груп підтримки грудного вигодовування у складі лікарів та середнього медичного персоналу

Джерело: згруповано автором

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ОРГАНІЗАЦІЄЮ АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

3.1 Формування функціональних напрямів інтеграції первинної медичної допомоги в систему організації надання акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні

Оновлена Глобальна стратегія ВООЗ щодо здоров'я жінок, дітей та підлітків зобов'язує країни-члени узгодити Цілі сталого розвитку до 2030 року [20] та підтверджує глобальний пріоритет здоров'я жінок. Молодь також включена до Глобальної стратегії (2016–2030), оскільки допомога в реалізації її права на повну та рівну участь у сфері охорони здоров'я, освіти та соціального життя дозволяє їй повністю розвинути свій потенціал у дорослому віці [20]. Саме тому пріоритетними є інтеграція напрямів роботи з підлітками на рівень первинної медичної допомоги. Міжнародна стратегія використовує комплексний міжгалузевий підхід в сфері публічного управління, де забезпечення належного стану харчування, освіти, екологічної складової, санітарії, гігієни та інфраструктури є важливими для досягнення цілей сталого розвитку [20] поєднані із профілактикою в практиці сімейної медицини.

Реформування в сфері охорони здоров'я та прийняття Закону України від 19 жовтня 2017 року №2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», дозволили удосконалити систему надання медичних послуг населенню [21]. Наслідком проведених реформ, зокрема, стало виокремлення рівнів надання медичної допомоги та формування ефективної первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики сімейної медицини, основою якої став вільний вибір жителями України свого сімейного лікаря. Згідно з пакетом державних гарантій,

обов'язком сімейного лікаря є створення для кожного пацієнта медичного маршруту, оформлення направлення для планових візитів пацієнтів на отримання спеціальної медичної допомоги. Даний алгоритм діє і щодо отримання акушерсько-гінекологічної допомоги, визначаючи при цьому переважне право сімейного лікаря на вибір напрямку спеціалізованої допомоги.

Враховуючи розширення повноважень органів місцевого самоврядування в тому числі і в частині забезпечення ефективного функціонування галузі охорони здоров'я, актуальності набуває розширення співпраці між закладами, котрі знаходяться у підпорядкуванні департаменту (управління, відділу) охорони здоров'я та посилення функціональності первинної ланки медичної допомоги як базової інституції в сфері надання медичних послуг населенню. Правова регламентація в сфері охорони здоров'я України визначає вільний вибір сімейного лікаря кожним пацієнтом. В рамках реалізації останнього етапу пакету реформ галузі охорони здоров'я, було закладено передачу частині функцій в сфері надання акушерсько-гінекологічної допомоги на рівень первинної медико-санітарної допомоги. Однак, наразі встановлено наявність лише поодиноких випадків щодо впровадження певних консультаційних акушерсько-гінекологічних послуг на рівень первинної медичної допомоги. У відповідності до Наказу МОЗ України № 417 [14] згрупуємо функціональні блоки та напрями надання послуг, котрі можуть бути інтегровані на рівень первинної медичної допомоги (рисунок 3.1).

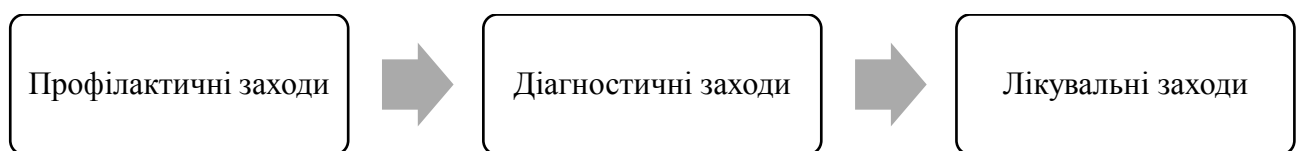


Рисунок 3.1 – Функціональні блоки акушерсько-гінекологічної допомоги, котрі можуть бути інтегровані на рівень первинної медичної допомоги

Джерело: згруповано автором за даними [14]

Представлені на рисунку 3.1 функціональні блоки дозволяють інтегрувати максимальну кількість напрямів на первинний рівень. Даний підхід відповідає концепції громадського здоров'я, де, саме сімейному лікарю, визначена ключова роль у збереженні здоров'я пацієнтів, як в частині попередження захворювань, так і в частині надання якісних медичних послуг. Розглянемо більш детально кожен із представлених функціональних блоків, адже важливим є досягнення послідовності взаємодії сімейного лікаря з лікарем-акушером, що надає вторинну медичну допомогу, а також порядок переведення пацієнтки до високоспеціалізованих закладів. Саме висновок сімейного лікаря виступає основою для подальших рекомендацій профільних фахівців. Враховуючи те, що профілактичні заходи є основою для збереження здоров'я населення, в сфері надання акушерсько-гінекологічної допомоги у складі даного блоку передбачено надання послуг, котрі представлені на рисунку 3.2.



Рисунок 3.2 – Базові напрями надання акушерсько-гінекологічної допомоги за функціональним блоком «профілактичні заходи» на рівні первинної медичної допомоги

Джерело: згруповано автором за даними [14]

Представлені на рисунку 3.2 базові напрями є найбільш адаптованими до діяльності сімейних лікарів та не потребують додаткових професійних компетентностей. В частині реалізації організаційної складової важливим є встановлення контакту між сімейним лікарем та пацієнтом. Міжнародні документи, затверджені ВООЗ, визначають профілактику, як ключовий фактор збереження здоров'я населення, що в свою чергу, підтверджує вірність обрання інтеграційного вектору імплементації акушерсько-гінекологічної допомоги в діяльність лікувальних закладів первинної ланки. Представлені на рисунку 3.2 напрями, зокрема, можуть бути імплементовані шляхом функціонування «Школи відповідального батьківства»

В розрізі напрямів, котрі передбачені за функціональним блоком «діагностичні заходи» (рисунок 3.3) очевидною є необхідність набуття сімейними лікарями додаткових професійних компетентностей в розрізі окреслених послуг. Особливою актуальності питання надання медичних послуг в розрізі даного функціонального блоку набуває для сільських жителів, для яких доступ до вторинної та третинної медичної допомоги є обмеженим.

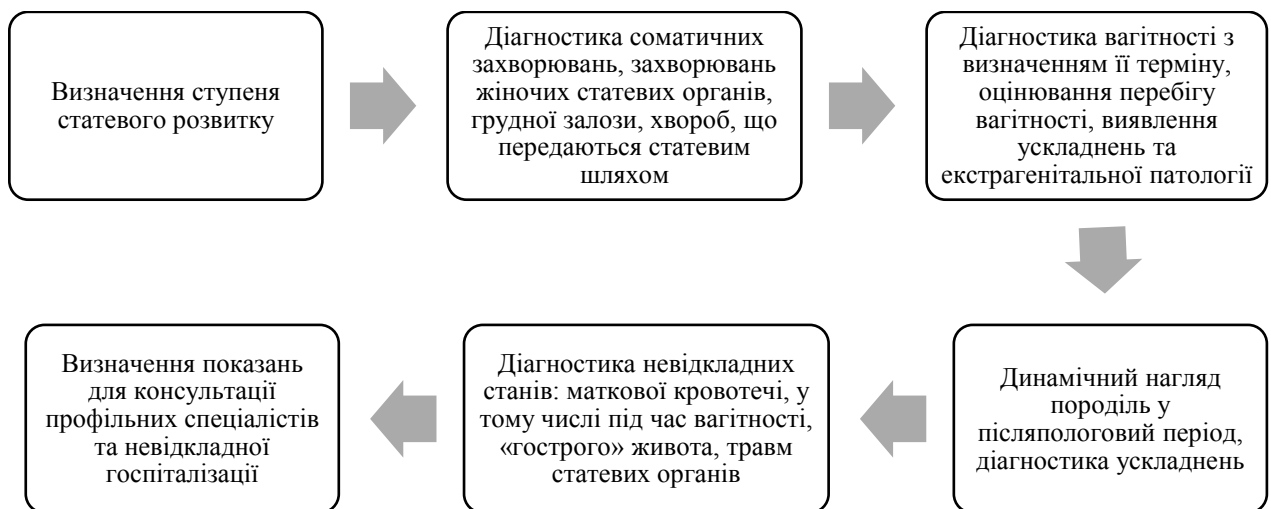


Рисунок 3.3 - Базові напрями надання акушерсько-гінекологічної допомоги за функціональним блоком «діагностичні заходи» на рівні первинної медичної допомоги

Джерело: згруповано автором за даними [14]

В частині позитивної динаміки інтеграції напрямів, представлених на рисунку 3.3, є підвищення кваліфікації сімейних лікарів. Однак набуття необхідних компетентностей за даним напрямом передбачає ретельну розробку плану підготовки, виходячи із наявної потреби щодо їх надання, котра лежить в сфері функціональних обов'язків департаменту (управління, відділу) охорони здоров'я органу місцевого самоврядування. Визначені Наказом МОЗ №417 базові напрями надання акушерсько-гінекологічної допомоги за функціональним блоком «лікувальні заходи», котрі можуть бути інтегровані на рівень первинної медичної допомоги, представлені на рисунку 3.4.

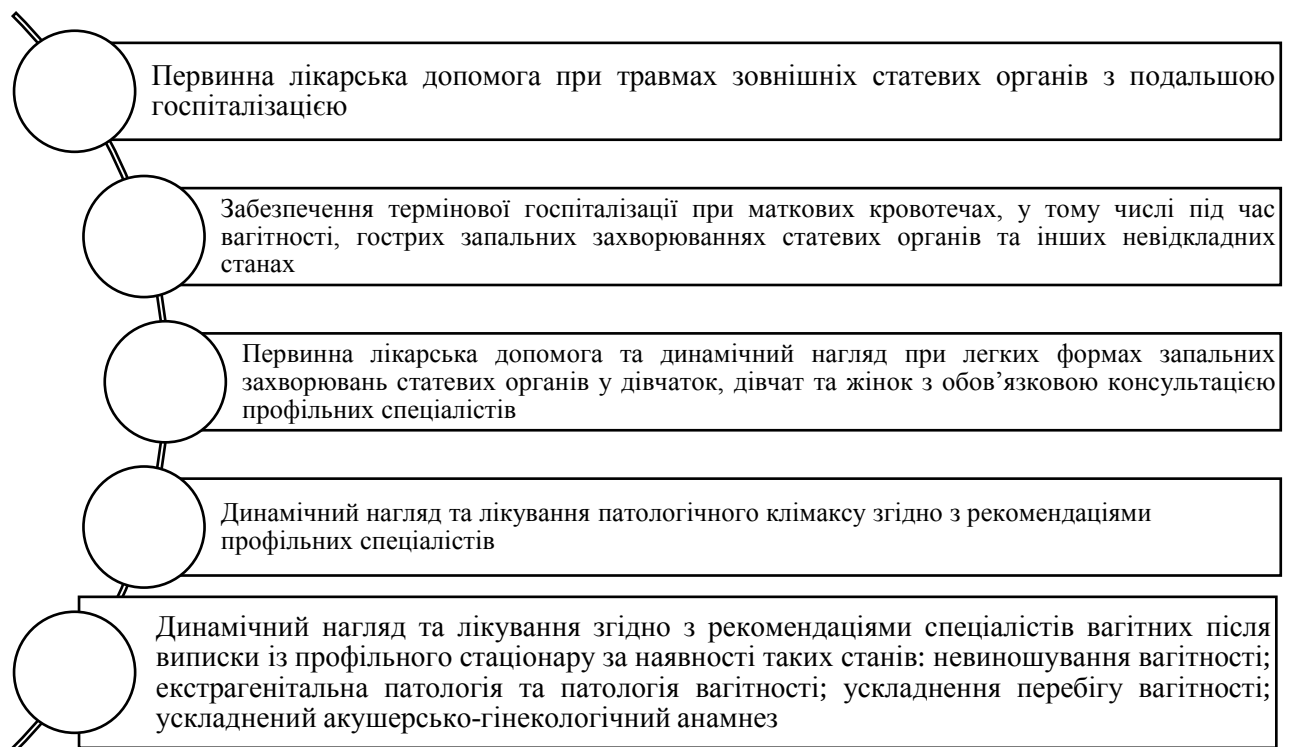


Рисунок 3.4 Базові напрями надання акушерсько-гінекологічної допомоги за функціональним блоком «лікувальні заходи» на рівні первинної медичної допомоги

Джерело: згруповано автором за даними [14]

Реалізація напрямів, представлених на рисунку 3.4, орієнтована на вирішення сучасних викликів та потреб населення в доступі до медичної допомоги, що розширить взаємодію в сфері надання акушерсько-

гінекологічних послуг та збереження репродуктивного здоров'я населення. В рамках визначення стратегічного вектору реформування сфери охорони здоров'я, інтеграція акушерсько-гінекологічних послуг на рівень первинної медичної допомоги передбачає впровадження системи заходів щодо підвищення кваліфікації медичного персоналу закладів первинної медичної допомоги. Відповідно потребує розробки алгоритм інтеграції акушерсько-гінекологічних послуг та визначення закладів ПМСД, закладів вторинного і третинного рівня з якими вони будуть співпрацювати в частині використання профільних технологій, підготовки консультативного висновку тощо. Існуюча практика показала повне небажання надавати акушерсько-гінекологічні послуги в той час при інтегрованому підході фахівці управління охорони здоров'я вважають, що після проходження підвищення кваліфікації, сімейні лікарі зможуть забезпечувати ведення здорової вагітності (за умови фізіологічного перебігу).

Іншим аспектом, котрий обмежує перспективи впровадження даних послуг на рівень первинної медичної допомоги є відсутність чіткої інструкції Міністерства охорони здоров'я щодо ведення медичної статистики лікарями первинної медичної допомоги. Однак цілком обґрунтовано можна визначити обсяг і напрями роботи сімейних лікарів щодо попередження небажаної вагітності, ускладнень вагітності та акушерських захворювань. Під контролем сімейного лікаря можуть перебувати вагітні жінки з анамнезом без загальних та репродуктивних проблем, а також зі звичайним перебігом вагітності. В питаннях ведення вагітності сімейними лікарями, необхідною є регламентація обов'язкового проходження огляду гінеколога, навіть за умови легкого перебігу вагітності для жінок в 19-21 і 30 тижні вагітності. В разі виникнення проблем щодо патології плода та екстрагенітальних патологіях необхідним є негайне направлення пацієнта до акушера-гінеколога.

З метою профілактики при спостереженні вагітної сімейному лікарю важливо дотримуватись схеми лікування вагітних за графіком, рекомендованим ВООЗ [20]. Окреслені вимоги свідчать про те, що значна увага приділяється

методам ведення вагітності на національному рівні. Для виявлення захворювань репродуктивної системи сімені лікарі проводять профілактичні огляди дорослих жінок, дітей та підлітків відповідно до законодавства України. До профілактичного огляду підлягають дівчата віком від 14 років та всі жінки, які цього року вперше відвідали лікувальний заклад за згодою. Реалізація інтегрованого підходу в сфері охорони здоров'я матері й дитини та сімейної медицини, наближає населення до найкращих громадських та медичних послуг для вирішення важливих проблем здоров'я матері. Однак, крім професійної підготовки сімейних лікарів для забезпечення надання акушерсько-гінекологічних послуг на рівні первинної медико-санітарної допомоги необхідно вирішити низку проблемних питань. Згрупуємо напрями організаційних заходів, котрі потребують удосконалення.

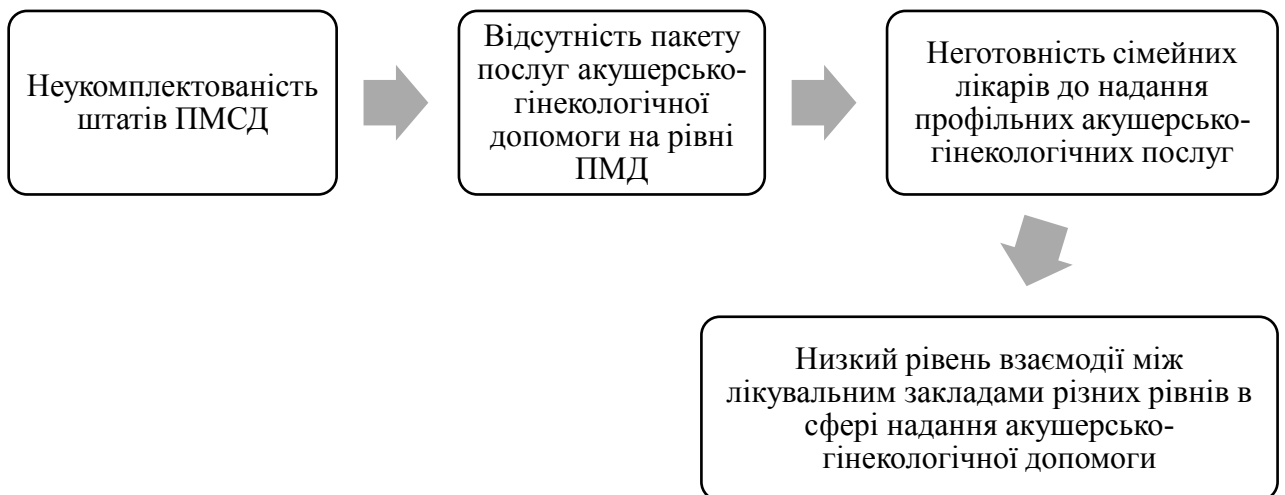


Рисунок 3.5 – Напрями організаційно-управлінських змін публічного управління організацією надання акушерсько-гінекологічної допомоги, котрі потребують вдосконалення

Джерело: сформовано автором

Недостатня кількість сімейних лікарів первинної ланки негативно впливає на доступність і безперервність надання первинної медичної допомоги та послуг, а також знижує можливості надання інтегрованих акушерсько-гінекологічних послуг. Ситуація з укомплектованістю штатів сімейних лікарів

залишається не вирішеною, особливо у сільській місцевості, що ускладнює сімейним лікарям надання послуг акушерства та гінекології. У переліку послуг згідно із затвердженим визначенням медичних послуг у сферах первинної медичної допомоги відсутні наступні послуги: підтримка репродуктивного здоров'я, підтримка безпечної статевої поведінки, профілактика захворювань, що передаються статевим шляхом, планування сім'ї та профілактика онкологічних захворювань. молочних залоз, що унеможлиблює ефективну інтеграцію репродуктивних процедур у систему ПМД. Відсутність відповідної підготовки медичного персоналу, котрі працюють на рівні ПМД, адже більшість лікарів не мають достатнього кваліфікаційного практичного та теоретичного рівня для проведення акушерсько-гінекологічних процедур. Даний аспект є найбільш негативним чинником впливу, котрий визначає неготовність пацієнтів до співпраці з сімейними лікарями в даному напрямі.

3.2 Розробка управлінсько-організаційних змін в системі публічного управління організації надання акушерсько-гінекологічної допомоги

Проведений аналіз напрямів в розрізі функціональних блоків акушерсько-гінекологічної допомоги, котрі можуть бути імплементовані на рівень первинної медичної допомоги, підтвердив необхідність проведення управлінсько-організаційних змін в системі публічного управління. Для формування напрямів цих змін необхідним є визначення етапів інтеграції, котрі представлено на рисунку 3.6. Зупинимось більш детально на кожному із представлених на рисунку 3.6 етапів. Зауважимо, що окреслені етапи визначають провідну роль департаменту (управління, відділу) охорони здоров'я для забезпечення реалізації кожного з них, перш за все це стосується першого етапу. За результатами оцінки кількості звернень щодо отримання послуг в розрізі функціональних блоків, окреслених в попередньому розділі дослідження, визначається кількість сімейних лікарів та медичних сестер,

котрі можуть бути інтегровані в процес надання акушерсько-гінекологічної допомоги.

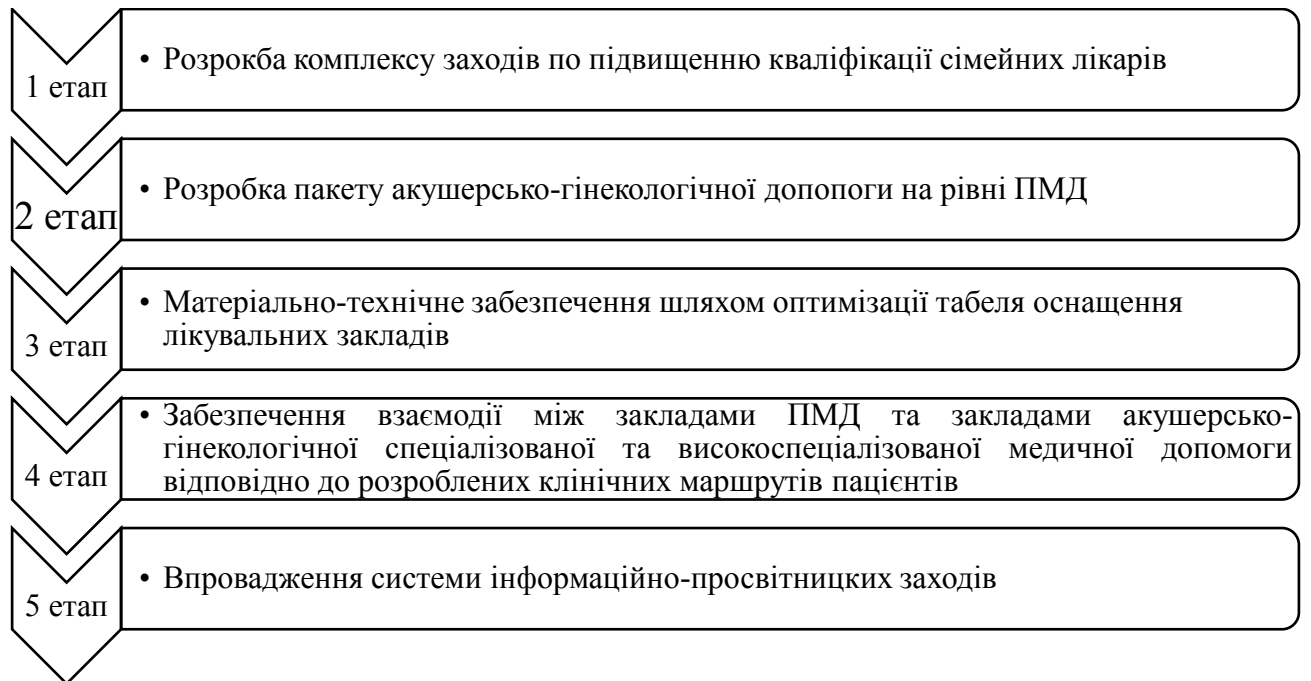


Рисунок 3.6 – Етапи реалізації управлінсько-організаційних змін в системі публічного управління організації надання акушерсько-гінекологічної допомоги

Джерело: розробка автора

Для практичної імплементації даного етапу важливим є забезпечення впровадження системного підходу щодо підготовки фахівців для участі у професійному навчанні, короткостроковому навчанні та курсах підвищення кваліфікації, у тому числі і на базі регіональних навчальних центрів, створених у кожній області. Також в рамках реалізації функцій департаменту (управління, відділу) охорони здоров'я необхідно є розробка Положення про заходи з підвищення кваліфікації, щоб зацікавлені особи мали можливість долучитись та розуміли порядок у часті в навчальних заходах з підвищення кваліфікації.

Враховуючи функціональність напрямів, котрі передбачені для впровадження в діяльність лікувальних закладів первинної медичної

допомоги, необхідним є формування навчальних блоків, в розрізі фахових, комунікаційних та управлінських компетентностей, згрупованих в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1 – Професійні, комунікаційні та управлінські компетентності для надання акушерсько-гінекологічних послуг на рівні ПМД

І блок: Професійні компетентності	
1	Професійні компетентності з проведення діагностики та визначення тактики при гострих гінекологічних захворюваннях
2	Професійні компетентності з проведення діагностики та визначення тактики при хронічних гінекологічних захворюваннях
3	Професійні компетентності із забезпечення профілактики та визначення тактики при захворюваннях репродуктивної системи
4	Професійні компетентності з проведення профілактичних оглядів з метою виявлення візуальних форм злоякісних новоутворень на ранніх стадіях розвитку
5	Професійні компетентності з профілактики, визначення тактики та лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом
6	Професійні компетентності з проведення діагностики вагітності та забезпечення динамічного медичного спостереження за фізіологічним її перебігом.
7	Професійні компетентності з проведення діагностики ускладнень вагітності та визначення бути інформованими щодо маршруту пацієнта
8	Професійні компетентності зі здійснення медичного нагляду за жінками, які перенесли оперативні втручання акушерсько-гінекологічного профілю
9	Професійні компетентності зі здійснення медичного нагляду за жінками після стаціонарного лікування з приводу злоякісних новоутворень.
2 блок: Комунікаційні компетентності	
1	Комунікаційні компетентності з формування у підлітків та молоді безпечної статевої поведінки та відповідального ставлення до формування репродуктивного здоров'я.
2	Комунікаційні компетентності з формування мотивації у жінок до регулярного проходження цільових профілактичних оглядів
3	Комунікаційні компетентності з консультування подружніх пар щодо використання засобів попередження небажаної вагітності
4	Комунікаційні компетентності з проведення інформаційних заходів, спрямованих на пропаганду здорового способу життя, формування відповідального батьківства, зміцнення сімейно-шлюбних відносин
3 блок: Управлінські компетентності	
1	Управлінські компетентності до підвищення кваліфікації сімейного лікаря та медичних сестер в галузі сімейної медицини з питань надання акушерсько-гінекологічних послуг жіночому населенню

Джерело: згруповано автором за даними [22-23]

Представлені в таблиці 3.1 компетентності визначають напрями професійної, комунікативної та управлінської підготовки сімейних лікарів. В

даному контексті зауважимо, що заходи з підвищення кваліфікації сімейних лікарів мають включити різні варіанти підготовки, а саме:

- довгострокові курси з підвищення кваліфікації;
 - короткострокове навчання;
 - дистанційне навчання ;
 - інтернатура у лікаря акушера-гінеколога;
 - навчання в центрі планування сім'ї;
 - спілкування з лікарями-консультантами [23].

Найпоширенішим способом набуття жіночими сімейними лікарями навичок надання акушерсько-гінекологічної допомоги є отримання теоретичних та практичних знань в розрізі короткострокових курсів, що не потребує багато часу та є більш ефективним. Також обґрунтовано розробку графіку тренінгів з охопленням визначеного спектру видів акушерсько-гінекологічної допомоги. Важливим є формування практичних баз проведення тренінгів в розрізі лікувальних закладів різних рівнів, котрі знаходяться у підпорядкуванні відповідного структурного підрозділу територіального рівня, що забезпечить відпрацювання навичок не тільки в теоретичному форматі, а й в рамках його практичної складової.

Для досягнення результативності надання акушерсько-гінекологічної допомоги лікувальними закладами первинної медичної допомоги, необхідно проводити детальне вивчення, аналіз та прогнозування:

1. Показників чисельності жіночого населення та стану його здоров'я і потреби в медичній допомозі.

2. Визначення рівня готовності жіночого населення отримувати медичні послуги у сімейного лікаря, дослідження причин їх відмови та забезпечити проведення роботи з усунення причини невмотивованості до цього.

3. Впровадження системи моніторингу та аналізу недоліків у питаннях надання акушерсько-гінекологічних послуг жінкам з подальшим підвищенням кваліфікації для унеможливлення їх повторення. Ключовою ідеєю

є послідовне вирішення пріоритетної проблеми щодо попередження можливих ускладнень перебігу вагітності та інших станів здоров'я жіночого населення, швидкого та своєчасного реагування для направлення до служб спеціалізованої медичної допомоги з метою забезпечення жінок доступними та якісними медичними послугами, які є центральним елементом діючої моделі в сфері охорони здоров'я, що має пацієнт-орієнтований характер, з визначеними основними засобами впровадження [24].

Продовжуючи огляд етапів, важливим є належне матеріально-технічне забезпечення закладів, в частині придбання матеріалів, технічного обладнання та систем екстреної діагностики, котрі забезпечують реалізацію функціональних завдань щодо надання акушерсько-гінекологічної допомоги. Дане питання може бути вирішено шляхом прийняття місцевої програми і виділення коштів місцевого бюджету або шляхом формування відповідного пакету медичних послуг, в рамках розширення співпраці ПМД з НСЗУ. Важливим також є забезпеченість комп'ютерним обладнанням та підключенням до Інтернету для ведення реєстру жінок, та опису стану здоров'я кожної жінки та надані послуги. При формування переліку медичного обладнання та технічного оснащення важливим є залучення акушерів, гінекологів, сімейних лікарів та профільних фахівців департаментів (управлінь, відділів) охорони здоров'я.

В частині забезпечення надання якісних медичних послуг необхідним є поглиблення співпраці із закладами вторинного та високоспеціалізованого рівнів для розробку плану взаємодії та формування маршруту пацієнта. Важливою також є й комунікаційно-просвітницька робота в групах та індивідуально, така як пропаганда здорового способу життя (ЗСП), профілактика куріння, надмірного вживання алкоголю та вживання психоактивних речовин. У процесі інтеграції акушерсько-гінекологічної допомоги в практику сімейних лікарів інформаційна складова відіграє дуже важливу роль, як для посилення зацікавленості з боку сімейних лікарів, так і прихильності жінок до планових профілактичних оглядів у сімейних лікарів.

З метою проведення відповідної підготовки департамент (управління, відділ) охорони здоров'я має прийняти відповідні управлінські та організаційні рішення та провести організаційні заходи, затверджених регіональною програмою, котра забезпечить реалізацію всіх, представлених на рисунку 3.6 етапів з урахуванням регіональних особливостей. Підготовка системи ПМД до забезпечення акушерсько-гінекологічними послугами має бути системною і здійснюватися на галузевому, регіональному рівнях та на рівні кожного центру первинної медико-санітарної допомоги [25].

Також слід зазначити й про важливість дотримання принципів ВООЗ в сфері надання акушерсько-гінекологічної допомоги, серед яких ключовими є наступні:

- ✓ всім жінкам і новонародженим надаються стандартні і науково обґрунтовані послуги та медична допомога у разі ускладнень пологової діяльності, та під час післяпологового періоду;
- ✓ система інформації з питань охорони здоров'я дозволяє використовувати дані з метою прийняття завчасних і належних заходів щодо підвищення якості медичної допомоги, що надається жінкам і новонародженим;
- ✓ при виявленні захворювання, яке не піддається лікуванню за допомогою наявних ресурсів, жінки і новонароджені переводяться до медичного закладу відповідного профілю;
- ✓ взаємодія з жінками та їхніми родинами має результативність та забезпечує врахування їх потреб і переваг;
- ✓ надання медичної допомоги жінкам і новонародженим носить конфіденційний характер і передбачає захист їх гідності;
- ✓ всім жінкам і членам їх сімей надається необхідна емоційна підтримка, яка враховує їх потреби і спрямована на розширення прав і можливостей жінок;
- ✓ жінкам і новонародженим надаються послуги компетентних і зацікавлених спеціалістів, які забезпечують медичну допомогу і лікування ускладнень;

✓ у лікувальному закладі має бути належна інфраструктура, в тому числі повноцінні системи водо-, енергопостачання та санітарно-гігієнічні умови, а також лікарські засоби, витратні матеріали та обладнання, необхідні для проведення стандартних процедур медичної допомоги для матерів і новонароджених і лікування ускладнень [26].

Підсумовуючи, зазначимо, що загальною метою посилення ролі первинної медицини в сфері надання акушерсько-гінекологічних послуг є покращення репродуктивного здоров'я і зменшення репродуктивних втрат. Після імплементації, визначених на рисунку 3.6, етапів буде досягнуто результативності публічного управління організацією надання акушерсько-гінекологічної допомоги в розрізі наступних складових:

- а) ефективне управління процесом організації медичної допомоги, інтеграція, планування, ресурсне забезпечення;
- б) інтегроване управління якістю медичної допомоги;
- в) мінімізація ризиків впроваджених змін, що відповідає напрямам реформування вітчизняної системи охорони здоров'я та сучасним та міжнародним підходам.

Для оцінки результативності реалізації заходів управлінсько-організаційних змін в системі публічного управління організацією надання акушерсько-гінекологічної допомоги, фахівцям УОЗ СМР було запропоновано надати експертну оцінку в розрізі напрямів, котрі можуть бути імплементовані в короткостроковій перспективі. Максимальна оцінка складає 10 балів, отримані результати було опрацьовано та представлено в таблиці 3.2. В частині визначення вагомості впроваджених видів медичної допомоги, експертами найбільшу питому вагу надано діагностичним напрямом. Даний вибір є цілком обґрунтованим, адже європейській досвід підтверджує результативність надання даних видів акушерсько-гінекологічної допомоги на рівні первинної медичної допомоги, за умови належного матеріально-технічного забезпечення лікувальних закладів та відповідних професійних компетентностей сімейних лікарів.

Таблиця 3.2 – Результативність реалізації заходів управлінсько-організаційних змін в системі публічного управління організації надання акушерсько-гінекологічної допомоги

Вид медичної допомоги	Експертна оцінка	Вагомість чинника	Зважена оцінка
Спостереження за перебігом вагітності	9,6	0,2	1,92
Профілактика гінекологічних захворювань	9,9	0,1	0,99
Профілактика небажаної вагітності	9,5	0,1	0,95
Виявлення та лікування гінекологічних захворювань	9,9	0,2	1,98
Виявлення та лікування ІПСШ	9,9	0,2	1,98
Виявлення передпухлинних захворювань та ЗН на ранніх стадіях розвитку	9,3	0,2	1,86
Загальна результативність	9,68		

Джерело: згруповано автором за результатами експертних оцінок

Серед видів допомоги найменшу оцінку визначено за напрямом, котрий передбачає виявлення передпухлинних захворювань. При цьому заходи консультативного характеру мають різні оцінки. Так, профілактика гінекологічних захворювань отримала 9,9 балів з 10, а профілактика небажаної вагітності лише 9,5. Отримані дані визначають високий рівень готовності сімейних лікарів до впровадження заходів з інтеграції акушерсько-гінекологічних послуг.

3.3 Посилення регіональної складової в системі публічного управління організацією акушерсько-гінекологічної допомоги

Охорона здоров'я, це провідна галузь, яка значною мірою залежить від нормального функціонування всіх членів суспільства. Для кожної країни стабільність системи охорони здоров'я є однією з міжнародних цілей і стандартів. Розвиток охорони здоров'я населення є загальним показником процвітання країни. Управління розвитком охорони здоров'я вимагає координації розвитку суспільства. В частині фінансового забезпечення важливим є залучення фінансових ресурсів всіх рівнів управління. Незважаючи на економічні проблеми, політика має забезпечувати реалізацію соціальних програм (включаючи систему охорони здоров'я) [8]. Право на здоров'я має

базуватися на економічних і соціальних принципах розвитку.

Функції публічного управління сфери охорони здоров'я наступні:

1. з боку зацікавлених сторін: інтерес до більшості предметів та досліджень соціальних та економічних відносин та публічного управління щодо розвитку системи охорони здоров'я як фактора створення людського капіталу нації, що є основою розвитку інших соціальних-економічних систем;

2. багатоаспектність: система охорони здоров'я включає концептуальні елементи, такі як: безпосереднє надання медичних послуг, а також фармацевтична промисловість, виробництво медичної техніки; медична освіта й інші;

3. взаємозалежність: система захисту охорони здоров'я є залежною від соціально-економічних, політичних систем, природних і кліматичних умов [4].

Охорона здоров'я як об'єкт публічного управління є складною системою, котра, зокрема, включає й адміністративні рішення уряду, складність і різноманітність державних політик. В умовах системних реформ сфери охорони здоров'я, позитивним фактором є зміна підходів до фінансування галузі, однак управлінські механізми потребують удосконалення в частині посилення впливу регіональної складової. При цьому орієнтиром розвитку публічного управління в сфері охорони здоров'я є підтримка функціонування максимально прозорого механізму надання медичних послуг населенню, процедур управління, фінансування, медичного страхування тощо.

Публічне управління щодо розвитку охорони здоров'я в цілому та організації акушерсько-гінекологічної допомоги, зокрема, реалізується шляхом виконання наступних функціональних завдань:

- адміністрування (управління станом розвитку охорони здоров'я);
- цілепокладання (постановка цілей соціального розвитку);
- інтеграція (вдосконалення системи охорони здоров'я вся площа та її складові);
- мобілізація (організація та мобілізація ресурсів для досягнення соціальних цілей важлива мета);

- організаційно-управлінські заходи (розробка концепції, процес регіонального розвитку системи охорони здоров'я);
- опитування (визначати та описувати інтереси різних соціальних груп у сфері охорони здоров'я);
- принципи (встановлення та затвердження системи стандартів і цінностей суспільства) [2, 3].

Ключовим вектором публічного управління охорони здоров'я є інвестування в здорових людей і створення умов для збереження та зміцнення здоров'я, пріоритетність профілактичних заходів, іншими словами, в політиці розвитку охорони здоров'я має бути на першому місці зосередженість на профілактиці, а не на боротьбі з наявними захворюваннями. В сфері надання акушерсько-гінекологічної допомоги, пріоритетним є впровадження профілактичних заходів, що сприяють збереженню здоров'я людини; відсутність дискримінації в наданні та організації медичних послуг; підтримка; цільового стану здійснюваних реформаторських заходів; відповідальність за результативність діяльності органів місцевого самоврядування та державних службовців.

До складу функціональних методів регіональних департаментів (управлінь, відділів) у сфері охорони здоров'я належать організаційно-правові, економічні та соціальні. До першої групи відноситься розвиток нормативних документів, законів та нормативних актів. Економічні методи - це системний і комплексний підхід до процесу підготовки та прийому управлінських рішень. До них відносяться: аналіз і визначення поточної ситуації визначення проблем і конкретних цілей (завдань) на регіональному рівні; розвиток організаційно-виконавчої діяльності, розробка та впровадження програми вдосконалення систем безпеки, орієнтовані на галузь. Метою соціальних методів є дослідження громадської думки інтересів різних соціальних груп населення та експертів щодо вжитих заходів у сфері охорони здоров'я [2; 7; 8].

Важливим є досягнення результативності реалізації державної політики щодо розвитку сфери охорони здоров'я в регіональному аспекті. Це

відображається на практиці органів місцевої влади та громадських груп в процесі розробки та реалізації найважливіші для галузі рішень в сфері охорони здоров'я. Посилення регіональної складової не тільки визначає тип і напрямок розвитку системи охорони здоров'я на рівні області, а й сприяє її переходу на новий, кращий рівень. При цьому повинні бути враховані національні та міжнародні вектори розвитку. Зрештою це призведе до покращення здоров'я та самопочуття жителів області.

Наразі в регіональному аспекті активно реалізуються ініціативи з удосконалення публічного управління організацією надання акушерсько-гінекологічної допомоги. Деякі регіони орієнтуються лише на розвиток матеріально-технічної бази, інші впроваджують стандарти медичної допомоги у відповідності до пріоритетів реформування. Придбання нового обладнання не включає повне оновлення системи, а також не забезпечує підвищення якості і доступності медичних послуг, підтримки й зміцнення здоров'я. Для цього важливо в першу чергу встановити нову систему цінностей у суспільстві про охорону, профілактику та збереження власного здоров'я.

Крім того, важливо визначити слабкі місця в регіональній системі охорони здоров'я, так звані больові точки, які знижують ефективність її функціонування і стримують процес розвитку. У кожного регіону є свої проблеми, відповідно, необхідним є визначення регіональних пріоритетів, котрі мають бути враховані в сфері публічного управління. Так, важливим є вирішення проблеми нестачі персоналу та низьких стандартів професійних знань. В деяких регіонах впроваджено інструменти публічного управління орієнтовані на вирішення проблеми недостатньої взаємодії інституцій, у зв'язку з підвищенням рівня розвитку тієї чи іншої форми надання медичної допомоги згідно до потреб населення.

Під час аналізу виявлено основні недоліки сучасної процедури управління та реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я на регіональному рівні. Серед них: орієнтація лише на поточні пріоритети роботи, відсутність стратегічного бачення розвитку, неефективне використання

ресурсів тощо. Водночас у процесі формування та реалізації урядом регіональної політики, визначено й позитивні зміни в сфері охорони здоров'я: перехідний період забезпечив створення бази розробки комплексної стратегії розвитку системи охорони здоров'я з урахуванням функціональних елементів, компонентів тощо; сформовано нові типи партнерства між державним і приватним секторами шляхом реалізації інструментів державно-приватного партнерства. Слід враховувати й необхідність оновлення системи надання медичних послуг й інших складових, котрі також потребують уваги, інакше всі витрачені зусилля і кошти не забезпечать досягнення бажаних результатів.

Наразі метою реформування галузі охорони здоров'я є формування нового рівня організації та підвищення якості надання медичних послуг в умовах посилення регіональної складової. Публічне управління охорони здоров'я, розвиток медичних послуг з урахуванням інтересів жителів окремої території, це ключові задачі, які потрібно вирішити, шляхом систематизації та реалізації з орієнтацією на покращення рівня життя суспільства. В частині забезпечення медичним персоналом лікувальних закладів в сільській місцевості передбачено надання одноразової допомоги лікарям, які переїжджають на роботу в сільську місцевість; забезпечення житлом лікарів; невідкладна медична допомога; підвищення кваліфікаційного рівня медичного персоналу; курси підвищення кваліфікації та сертифікати про роботу. Поліпшення матеріально-технічної бази передбачає наступне: придбання медичного обладнання; постійний моніторинг стану обладнання, щоб його можна було вчасно зняти з облікового запису, коли воно застаріло; підвищення рівня медичної інформації; створення єдиного центру обробки даних; створення універсальної електронної картки; створення електронних записів; створення єдиного реєстру медичних працівників тощо. В частині удосконалення процесу надання медичних послуг необхідним є розробити систему показників ефективності функціонування лікувальних закладів; впровадити системи моніторингу ефективності публічного управління охорони здоров'я за участю представників населення та громадянського суспільства.

В рамках посилення регіональної складової публічного управління організацією надання акушерсько-гінекологічної допомоги необхідним є реалізація наступних кроків:

1. Розробка та впровадження регіональної програми щодо збереження репродуктивного здоров'я, як основного напрямку реалізації державної політики. Даний напрям передбачає оцінку організації охорони здоров'я та поточної ситуації, аналіз показників здоров'я жінок за кілька років, визначення проблем, формування напрямів розвитку, прогностичних значень базових показників, а також визначення структури, цілей та пріоритетів розвитку регіональних закладів акушерсько-гінекологічної допомоги.

Метою імплементації даного напрямку є проведення оцінки стратегічного потенціалу департаментів(управлінь, відділів) охорони здоров'я органів місцевого самоврядування, проведення оцінки переваг, виявлення проблемних зон, які називають потенційними зонами зростання, формування стратегічного напрямку політики соціально-економічного розвитку охорони здоров'я з урахуванням зовнішніх факторів і пріоритетністю внутрішнього середовища. Також визначаються умови реалізації стратегії, основні інструменти та кінцеві результати (критерії).

2. Впровадження моніторингу для оцінки реалізації політики, як провідна технологія управління реалізацією стратегії. Реалізація державної політики розвитку медичних послуг є організованим процесом взаємодії органів державної влади та організацій громадянського суспільства в частині розподілу ресурсів для втілення політичних цілей та програм в практичну діяльність, орієнтована на досягнення важливих результатів. Ефективна реалізація політики на рівні регіону визначається системою засобів і методів, на основі цього реалізуються заплановані заходи, іншими словами механізми реалізації політики. Він включає організацію, управління, загально-правову базу, фінансово-економічні аспекти, раціональну систему контролю. Реалізація політики – може відбуватися як лінійний процес реалізації плану, а також система пов'язаних з ним заходів.

Огляд політики розвитку медичних послуг вже на першому етапі реалізації виявив відхилення від прийнятних стандартів і окреслив заходи щодо їх вдосконалення. Моніторинг — це процес регулярного збору та аналізу даних для оцінки прогресу впровадження політики, що включає механізми подолання та наявний потенціал, загрози і відхилення від намічених планів. Контрольний аналіз включає наступне: інформаційні системи, аналіз на підставі огляду системи показників (індикаторів). Керування цільовими проектами виконуються з використанням прямих і непрямих індикаторних груп, непрямі показники та індекси, кількісні та якісні, видові та комплексні. Зібрані аналітичні дані дозволяють визначати тип, характер і дисперсію помилок та їх вплив на досягнення мети. Дати рекомендації щодо їх видалення та впровадження змін в стратегічній політиці та її змісті, що є операційною складовою. Результати моніторингу допомагають владі приймати рішення щодо визначення майбутньої політики.

3. Оцінка результативності публічного управління - визначення прогресу досягнутих ефектів. Оцінка реалізації політики - сукупність методів вивчення та вимірювання результатів політики, яка була завершена або знаходиться в процесі завершення; використовується для поліпшення. Оцінка – збір та аналіз інформації про кінцеві та проміжні результати, деталі змін, поточний стан, оцінка ефективності та витрат. На відміну від моніторингу, оцінювання відбувається негайно. Етап оцінки – це можливість покращити політику, визначити результат. Оцінка регіональної політики охорони здоров'я, має такі складові: оцінка процесу впровадження, аналіз впливу, оцінка результатів та економічна оцінка, оцінка ефективності та рівня задоволеності людей, шляхи та засоби реалізації політики. Слід впроваджувати оцінку реалізації публічного управління в розрізі таких компонентів, як: використані ресурси, виконана діяльність та отримані результати, в розрізі наданих послуг чи використаних ресурсів [26].

Для удосконалення публічного управління організацією надання акушерсько-гінекологічних послуг на регіональному рівні необхідно підвищити

ефективність ведення господарської діяльності в системі охорони здоров'я регіону: розвиток платних медичних послуг у приватному секторі здоров'я; розвиток системи добровільного медичного страхування; розвиток співпраці державного та приватного секторів. В частині поліпшення використання трудових ресурсів передбачено додаткову участь медичного персоналу, зменшення навантаження на наявний медичний персонал; підвищення соціального захисту медичних працівників; стимулювання підвищення заробітної плати середньої та нижчої ланки медичного персоналу; підвищення рівня медичної кваліфікації працівників окремих регіонів України.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі запропоновано вирішення актуальної наукової проблеми щодо удосконалення публічне управління організацією надання акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні.

Висновки і результати, одержані у процесі наукового дослідження, можуть бути зведені до наступного:

1. Досліджено, що в частині організації надання акушерсько-гінекологічної допомоги перспективним напрямом визначено максимальну інтеграцію на рівень первинної медичної допомоги. Наслідком змін в сфері охорони здоров'я є політика посилення ролі первинної медико-санітарної допомоги, й, відповідно, підвищення кваліфікації медичних працівників. Удосконалена система надання медичних послуг населенню потребує нового поєднання досвіду та навчання для професіоналів, здатних виконувати нові завдання в рамках викликів. Проектний підхід відповідає потребам у нових формах публічного управління. Послуги, що надаються в сфері функціонування первинної медичної допомоги можуть розширюватися за рахунок підвищення професійних компетентностей персоналу та набувати нових навичок у сфері медичної освіти та профілактики. Мультидисциплінарна первинна медична допомога стосується також і пацієнтів із захворюваннями в сфері акушерства та гінекології.

2. Встановлено, що до складу об'єктів впливу в сфері публічного управління організацією надання акушерсько-гінекологічної допомоги входять департаменти, управління або відділи охорони здоров'я, профільні лікувальні заклади та населення. Управління охорони здоров'я Сумської міської ради, як орган виконавчої влади, метою діяльності якого є забезпечення координації дій, в межах визначених законодавством повноважень, щодо надання якісної медичної допомоги і медичних послуг населенню через мережу пов'язаних лікувальних закладів, установ і організацій, шляхом розробки та реалізації державних та місцевих профільних програм.

3. Об'єктом впливу в сфері публічного управління організацією акушерсько-гінекологічної допомоги населенню Сумської міської ради, виступає КНП «КПБ Пресвятої Діви Марії» СМР. У складі закладу функціонує жіноча консультація, гінекологічне відділення та анестезіологічне відділення, що забезпечує реалізацію державної політики в сфері надання акушерсько-гінекологічної допомоги населенню. В рамках діяльності жіночої консультації надаються послуги щодо планування сім'ї, супроводу вагітності та післяпологового відновлення тощо.

4. Надано позитивну оцінку системі публічного управління організацією надання акушерсько-гінекологічних послуг населенню Сумської міської ради. Доступ населенню забезпечується в розрізі всіх функціональних напрямів, процедури отримання послуг є чіткими та зрозумілими, однак, потребує посилення консультативна складова. В розрізі удосконалення публічного управління організацією надання акушерсько-гінекологічної допомоги важливим є впровадження моделі співпраці КНП "Центр первинної медико-санітарної допомоги №2" СМР та КНП «КПБ Пресвятої Діви Марії» СМР.

5. Недостатня кількість сімейних лікарів первинної ланки негативно впливає на доступність і безперервність надання первинної медичної допомоги та послуг, а також знижує можливості надання інтегрованих акушерсько-гінекологічних послуг. Ситуація з укомплектованістю штатів сімейних лікарів залишається не вирішеною, особливо у сільській місцевості, що ускладнює сімейним лікарям надання послуг акушерства та гінекології. У переліку послуг згідно із затвердженим визначенням медичних послуг у сферах первинної медичної допомоги відсутні наступні послуги: підтримка репродуктивного здоров'я, підтримка безпечної статевої поведінки, профілактика захворювань, що передаються статевим шляхом, планування сім'ї та профілактика онкологічних захворювань молочних залоз, що унеможлиблює ефективну інтеграцію репродуктивних процедур у систему ПМД. Відсутність відповідної підготовки медичного персоналу для проведення акушерсько-гінекологічних

процедур визначено найбільш негативним чинником впливу, котрий визначає неготовність пацієнтів до співпраці з сімейними лікарями в даному напрямі.

6. Обґрунтовано впровадження управлінсько-організаційних змін в системі публічного управління організацією акушерсько-гінекологічної допомоги в розі п'яти функціональних етапів. Окреслені етапи визначають провідну роль департаменту (управління, відділу) охорони здоров'я для забезпечення реалізації кожного з них. Результатом реалізації яких буде зростання результативності публічного управління організацією надання акушерсько-гінекологічної допомоги в розрізі наступних складових: а) ефективне управління процесом організації медичної допомоги, інтеграція, планування, ресурсне забезпечення; б) інтегроване управління якістю медичної допомоги; в) мінімізація ризиків впроваджених змін, що відповідає напрямам реформування вітчизняної системи охорони здоров'я та сучасним та міжнародним підходам.

7. Підтверджено пріоритетність діагностичних напрямів для інтеграції на рівень первинної медичної допомоги. Серед видів допомоги найменшу оцінку визначено за напрямом, котрий передбачає виявлення передпухлинних захворювань. При цьому заходи консультативного характеру мають різні оцінки. Так, профілактика гінекологічних захворювань отримала 9,9 балів з 10, а профілактика небажаної вагітності лише 9,5. Отримані дані визначають високий рівень готовності сімейних лікарів до впровадження заходів з інтеграції акушерсько-гінекологічних послуг.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Банчук М. В. Державне управління інституційними змінами галузі охорони здоров'я в Україні. 2015. 272 с.
2. Жилка К.І. Розвиток механізму взаємодії з міжнародними організаціями у сфері державного управління охороною здоров'я дітей. 2015. 267 с.
3. Демченко І. Акценти ВООЗ щодо ключових характеристик систем охорони здоров'я: міжнародно-правові аспекти. *Український часопис міжнародного права*. 2016. № 4. С. 65–71.
4. Горбата Л. П. Діяльність структурних підрозділів органів публічної влади в контексті забезпечення їх інформаційної відкритості. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія «Державне управління»*. 2019. Т. 30 (69), № 3. С. 42–47.
5. Про затвердження Концепції безпечного материнства: Розпорядження КМУ від 29.03.2002 р. № 161-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/161-2002-%D1%80#Text> (режим доступу: 22.11.2022 р.)
6. Демченко І. С. Громадське здоров'я: міжнародно-правові підходи до визначення. *Наукові записки Інституту законодавства Верховної Ради України*. 2018. № 2. С. 53–58.
7. Державна програма “Репродуктивне здоров'я нації” на період до 2015 року: Постанова КМУ від 27 грудня 2006 р. № 1849 URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/61854426> (режим доступу: 22.11.2022 р.)
8. Операційний посібник «Розробка та фінансування регіональних і місцевих програм громадського здоров'я». Центр громадського здоров'я МОЗ України. К., 2020. 60 с.
9. Про державні цільові програми: Закон України від 18.03.2004 р. № 1621-IV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1621-15#Text> (режим доступу: 22.11.2022 р.)

10. Про державне прогнозування та розроблення програм економічного і соціального розвитку України: Закон України від 23.03.2000 р. № 1602-III. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1602-14#Text> (режим доступу: 22.11.2022 р.)

11. Про місцеве самоврядування в Україні: Закон України від 21.05.1997 р. № 280/97-ВР URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80#Text> (режим доступу: 22.11.2022 р.)

12. Про затвердження Порядку розроблення та виконання державних цільових програм: Постанова КМУ від 31.01.2007 р. №106. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/106-2007-%D0%BF#Text> (режим доступу: 22.11.2022 р.)

13. Длугопольська Т. Правова природа репродуктивних прав фізичних осіб. *Актуальні проблеми правознавства*. 2016. Вип. 2. С. 103-107.

14. Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні: Наказ МОЗ від 15.07.2011 № 417 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0417282-11#Text> (режим доступу: 22.11.2022 р.)

15. Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні: Наказ МОЗ від 29.11.2003 №620 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0620282-03#Text> (режим доступу: 22.11.2022 р.)

16. Про затвердження Клінічного протоколу «Комплексна медична допомога під час небажаної вагітності: Наказ МОЗ від 31.12.2010 № 1177 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1177282-10#Text> (режим доступу: 22.11.2022 р.)

17. Про затвердження та впровадження Примірного переліку послуг перинатальної допомоги на всіх етапах її надання: Наказ МОЗ від 13.04.2011 № 204 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0204282-11#Text> (режим доступу: 22.11.2022 р.)

18. Бойко В. І., Калашник Н. В. Планування сім'ї та контрацепція: навчальний посібник. Суми : Сумський державний університет, 2018. 223 с.
19. КНП "КЛІНІЧНИЙ ПОЛОГОВИЙ БУДИНОК ПРЕСВЯТОЇ ДІВИ МАРІЇ" СМР URL: <https://pologsumy.com/> (режим доступу: 22.11.2022 р.)
20. «Перетворення світу: Порядок денний сталого розвитку до 2030 року» URL: <https://ukraine.un.org/uk/sdgs> (режим доступу: 22.11.2022 р.)
21. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закону України від 19 жовтня 2017 року №2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> (режим доступу: 22.11.2022 р.)
22. Clarke D, Mühlrad H (2018) Abortion laws and womens health. IZA—Institute of Labor Economics, No. 11890. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2020.102413> (режим доступу: 22.11.2022 р.)
23. Darney BG, Fuentes-Rivera E, Saavedra-Avendaño B, Sanhueza-Smith P, Schiavon R (2020) Contraceptive receipt among first-trimester abortion clients and postpartum women in urban Mexico. *Int Perspect Sexual Reprod Health* 46(1):35–43
24. Fischer S, Royer H, White C (2018) The impacts of reduced access to abortion and family planning services on abortions, births, and contraceptive purchases. *J Public Econ* 167:43–68. <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2018.08.009>
25. Forman-Rabinovici A, Sommer U (2018) Reproductive health policy-makers: comparing the influences of international and domestic institutions on abortion policy. *Public Adm* 96(1):185–199. <https://doi.org/10.1111/padm.12383>
26. Khan S, Hancioglu A (2019) Multiple indicator cluster surveys: delivering robust data on children and women across the globe. *Stud Fam Plan* 50(3):279–286. <https://doi.org/10.1111/sifp.12103>