

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Кафедра менеджменту організацій

Допущено до захисту
Завідувач кафедри

“ _ ” _____ 2024 р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на здобуття освітнього ступеня бакалавр
зі спеціальності 073 Менеджмент

за темою:

**Удосконалення системи управління медичного закладу в умовах
діджиталізації**

Виконавець

студента факультету
менеджменту, обліку та
інформаційних технологій

**Підвальнюк Володимир
Васильович**

(прізвище, ім'я, по батькові) /підпис/

Науковий керівник

**Доктор економічних
наук, професор**

(науковий ступінь, вчене звання)

Кузнецова Інна Олексіївна

(прізвище, ім'я, по батькові) /підпис/

Одеса 2024

ЗМІСТ

ВСТУП.....	2
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМИ ЗАКЛАДАМИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	
1.1 Моделі управління в системі охорони здоров'я	4
1.2. Розвиток системи охорони здоров'я в умовах реформування.....	11
1.3 Класифікація рівнів надання медичної допомоги в системі охорони здоров'я.....	18
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ДІДЖИТАЛІЗАЦІЇ (ІНФОРМАЦІЙНІ СИСТЕМИ)	
2.1 Стратегічний аналіз розвитку ринку медичних послуг.....	23
2.2 Аналіз розвитку медичних послуг в Одеському регіоні.....	38
2.3 Перспективи розвитку системи охорони здоров'я.....	52
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ	
3.1 Пропозиції щодо удосконалення системи управління.....	56
3.2 Обґрунтування проекту розвитку госпітального кластеру.....	66
ВИСНОВКИ.....	90
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ.....	92

ВСТУП

Актуальність. Сучасна система охорони здоров'я в Україні проходить складні процеси реформування, які стосуються як організації надання медичних послуг, так і управління медичними закладами. Зокрема, у контексті стрімкої діджиталізації, виникає необхідність в удосконаленні управлінських процесів, які можуть підвищити ефективність надання медичних послуг та забезпечити доступ до них на якісно новому рівні. Нова модель управління медичними закладами охорони здоров'я має не лише відповідати сучасним технологічним вимогам, а й бути адаптованою до економічних реалій та викликів, що виникають у процесі реформ. Це визначає актуальність обраної теми дослідження.

Метою магістерської роботи є удосконалення управління медичними закладами через створення нової моделі, яка враховує специфіку діджиталізації медичної галузі та забезпечує підвищення економічної ефективності і якості обслуговування пацієнтів.

Відповідно до поставленої мети, у роботі визначені такі **завдання**:

1. Дослідити теоретичні основи управління медичними закладами в системі охорони здоров'я;
2. Провести стратегічний аналіз розвитку ринку медичних послуг;
3. Провести аналіз розвитку медичних послуг в Одеському регіоні;
4. Дослідити перспективи розвитку системи охорони здоров'я;
5. Обґрунтувати проект розвитку госпітального кластеру.

Предметом дослідження є процес управління системою управління медичним закладом.

Об'єкт дослідження – Департамент охорони здоров'я м. Одеси.

Методи дослідження. Для досягнення поставленої в роботі мети були використані сучасні методи дослідження: логіко-теоретичного узагальнення, статистичного аналізу, стратегічний аналіз розвитку ринку медичних послуг, ESFAS-аналіз, аналіз динаміки статистичних рядів, обґрунтування проектів розвитку медичних послуг.

Наукова новизна:

- отримало подальшого розвитку модель госпітального кластеру, яка відповідає інтегральній моделі управління та забезпечує безперервне надання якісних і безпечних медичних послуг, доступність лікування, раціональне використання фінансових ресурсів.

Практичне значення роботи полягає в тому, що запропонований та обґрунтовний проект кластеру надає змогу провести стратегічну реорганізації розвитку медичних закладів.

Публікації.

Підвальнюк В.В., Кузнецова І.О. Моделі управління в системі охорони здоров'я // «Актуальні проблеми менеджменту: теоретичні і практичні аспекти»: Матеріали шостої VII студентській науково-практичній конференції, (Одеса, листопад 2024 р.). Одеса: ОНЕУ, 2024.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМИ ЗАКЛАДАМИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1 Моделі управління систем охорони здоров'я

Управління – це процес, спрямований на досягнення поставлених цілей через планування, організацію, мотивацію та контроль [36]. У сфері охорони здоров'я управління охоплює створення, підтримання та розвиток системи, яка забезпечує доступність, якість і ефективність медичних послуг для населення[37]. Основними функціями управління є планування стратегічних напрямів розвитку галузі, організація роботи медичних закладів, мотивація персоналу для досягнення високих стандартів якості, а також контроль і моніторинг результатів роботи системи.

Система охорони здоров'я – це інтегрований комплекс установ, організацій, ресурсів та процесів, спрямованих на збереження та покращення здоров'я населення [37]. Вона забезпечує профілактику захворювань, діагностику, лікування, реабілітацію та паліативну допомогу. Головною метою системи є забезпечення фізичного, психічного і соціального добробуту громадян через рівний доступ до якісної медичної допомоги.

Система охорони здоров'я складається з таких основних елементів [29]:

- Установи охорони здоров'я (лікарні, амбулаторії, діагностичні центри, санаторії та реабілітаційні заклади);
- Медичний персонал (лікарі, медсестри, фармацевти, технічний персонал та інші фахівці);
- Ресурси (фінансові, матеріально-технічні, інформаційні та людські ресурси, необхідні для забезпечення функціонування системи);
- Управлінська інфраструктура (органи державного управління охороною здоров'я, що визначають політику, регулюють діяльність системи та забезпечують контроль за її функціонуванням).

Ця багатокомпонентна система є динамічною, її функціонування залежить від ефективності взаємодії між елементами. Успішне управління системою охорони здоров'я дозволяє досягти оптимального розподілу ресурсів, покращити якість медичних послуг та підвищити рівень здоров'я населення [28].

Система охорони здоров'я у світі представлена різними моделями, кожна з яких має власні особливості щодо фінансування, організації медичних послуг та ролі держави. Основними моделями, які класифікують системи охорони здоров'я, є[21]:

- державна,
- страхова,
- ринкова.

Державна модель характеризується системою охорони здоров'я, в яких більшість послуг фінансуються з державного бюджету за рахунок податків. Медичні послуги є безкоштовними для населення або передбачають мінімальні платежі. Держава контролює всі аспекти охорони здоров'я, забезпечуючи загальнодоступність послуг, що дозволяє ставити пріоритет на профілактичних заходах та запобіганні захворювань.

Типовим прикладом є модель Беверіджа, яка вперше була впроваджена у Великій Британії у 1948 році, стала революційним підходом до організації охорони здоров'я. Її розробив сер Вільям Беверідж, британський економіст і соціальний реформатор, у рамках широкомасштабних реформ соціального забезпечення. Однією з головних ідей моделі стало проголошення здоров'я фундаментальним правом кожної людини, а не привілеєм залежно від фінансового становища [5].

Ця система створила Національну службу охорони здоров'я (NHS), яка стала зразком для багатьох країн. Вперше у світі було запроваджено повністю безкоштовне медичне обслуговування, яке базувалося на громадянстві, а не на сплаті зборів чи страхуванні. Суть моделі полягала в

тому, що всі громадяни мали однаковий доступ до медичних послуг незалежно від їхнього доходу чи соціального статусу.

Згодом модель Беверіджа була адаптована та впроваджена у країнах Північної Європи, Новій Зеландії, Кубі та інших. Її центральним принципом є централізація медичної системи, що передбачає управління охороною здоров'я урядом і фінансування системи через податки.

Основними рисами моделі Беверіджа можна назвати такі [29]:

1. Уряд виконує функцію єдиного фінансуючого органу, що усуває конкуренцію на ринку медичних послуг. Це дозволяє знизити адміністративні витрати та забезпечити стабільне фінансування.
2. Пацієнтам не потрібно сплачувати за консультації, діагностику чи лікування, оскільки витрати покриваються за рахунок податків.
3. Значна частина медичного персоналу є державними службовцями, що дозволяє централізовано регулювати їхню діяльність і заробітну плату.
4. Усі громадяни, незалежно від їхнього фінансового стану, мають однаковий доступ до медичних послуг. Це усуває нерівність у доступі до лікування.
5. Оскільки система фінансується з податків, уряд зацікавлений у зниженні захворюваності через профілактичні програми.

В Україні існують окремі елементи моделі Беверіджа, зокрема створення Національної служби здоров'я України (НСЗУ), яка виконує функції єдиного платника. Однак повноцінна інтеграція цієї моделі вимагає значних змін, таких як стабільне фінансування через податки, забезпечення універсального доступу до медичних послуг і посилення профілактичних програм [1].

Така модель дозволяє забезпечувати широкий доступ до медичних послуг, незалежно від доходу пацієнта, що зменшує соціальну нерівність і сприяє пріоритетності профілактичних заходів. Проте, централізоване управління системою має і свої недоліки. Відсутність конкуренції між постачальниками медичних послуг часто призводить до повільного розвитку, бюрократизації та браку мотивації до підвищення якості обслуговування. У таких системах нерідко виникають черги і дефіцит ресурсів, що ускладнює доступ до певних послуг, особливо у великих містах

Страхова модель базується на принципі обов'язкового медичного страхування, що покриває більшість медичних потреб населення. Модель Бісмарка, створена наприкінці 19 століття Отто фон Бісмарком у Німеччині, стала основою для сучасної системи соціального медичного страхування в багатьох країнах. Ця модель базується на принципі обов'язкового медичного страхування, яке фінансується за рахунок внесків роботодавців і працівників. Основною її метою є забезпечення широкого доступу до якісних медичних послуг, водночас зберігаючи конкуренцію між постачальниками медичних послуг і страховиками [33].

Основними рисами моделі Бісмарка є[30]:

1. Роботодавці та працівники роблять обов'язкові внески до спеціальних "лікарняних фондів", які забезпечують фінансування системи охорони здоров'я. Це дозволяє охопити медичним страхуванням всіх працевлаштованих, незалежно від їхнього стану здоров'я.
2. На відміну від моделі Беверіджа, медичні працівники та лікарні в системі Бісмарка переважно є приватними установами. Це сприяє підвищенню якості послуг завдяки конкуренції.
3. Незважаючи на децентралізовану систему, уряд встановлює жорсткі правила щодо тарифів на медичні послуги, медикаменти та

страхові внески. Це забезпечує стабільність цін і доступність медичної допомоги для населення.

4. Система може мати єдиного державного страховика (Франція, Корея) або кілька конкуруючих приватних страховиків (Німеччина, Чехія). В Японії страхові компанії не конкурують між собою, проте всі працюють у межах єдиної державної системи.

5. Усі страхові організації функціонують як неприбуткові, а отримані кошти використовуються виключно для надання медичних послуг і покриття адміністративних витрат.

Фінансування відбувається за рахунок внесків громадян, роботодавців і держави, що створює багатоканальну систему фінансування. Держава виступає гарантом надання медичних послуг, але водночас підтримується конкуренція серед постачальників медичних послуг, що сприяє розвитку якісних послуг і покращенню доступності медичного обслуговування. Така модель широко поширена у Німеччині, Франції, Нідерландах. Багатоканальне фінансування забезпечує стабільність і стійкість системи. Конкуренція між медичними закладами підвищує якість послуг і ефективність використання ресурсів. Однак така модель має й недоліки: адміністративні витрати на обслуговування страхових полісів збільшують загальну вартість для системи, а доступність медичних послуг може бути нерівною для різних груп населення. У періоди економічних криз страхова система стає вразливою через нестабільність внесків і залежність від фінансового стану страхових фондів

Ринкова модель базується на принципах вільного ринку, де медичні послуги розглядаються як товар, а основним фінансовим інструментом є приватне страхування та прямі платежі пацієнтів. Основним прикладом такої моделі є система охорони здоров'я США, де основний акцент зроблено на приватну медицину та ринкові принципи. Такий підхід створює жорстку конкуренцію серед постачальників медичних послуг, що сприяє розвитку

інновацій, високої якості обслуговування та впровадженню новітніх технологій. Проте головним недоліком ринкової моделі є нерівний доступ до медичних послуг: люди з низьким доходом можуть бути позбавлені доступу до базових медичних послуг. Крім того, вартість медичних послуг у таких системах значно вища порівняно з державними та страховими моделями, що може призводити до значного фінансового навантаження на громадян [40].

Кожна з цих моделей має свої особливості, які підходять для різних суспільних і економічних умов. Вибір певної моделі управління в системі охорони здоров'я залежить від потреб суспільства та ресурсів, що можуть бути спрямовані на охорону здоров'я, а також від політичних пріоритетів держави.

1.2. Розвиток системи охорони здоров'я в умовах реформування

Реформування системи охорони здоров'я є складним і багатогранним процесом, що потребує врахування як національних реалій, так і найкращих міжнародних практик. Аналіз досвіду інших країн дозволяє визначити ключові напрями трансформації, які можуть бути адаптовані для покращення якості та доступності медичних послуг в Україні.

Розглянемо досвід реформування у різних країнах.

У Великобританії функціонує Національна служба охорони здоров'я (NHS), яка забезпечує близько 95% медичних послуг для населення. Система фінансується переважно за рахунок податків, що робить її доступною для всіх громадян. Водночас приватне страхування охоплює лише 12% населення, що свідчить про високий рівень державного регулювання. Незважаючи на численні переваги, такі як доступність та універсальність, система стикається з викликами у вигляді тривалих черг на спеціалізовану медичну допомогу. Це проблема, характерна для централізованих систем, де високий попит іноді перевищує можливості ресурсів [7].

Німеччина впровадила модель соціального медичного страхування, яка охоплює 89% населення. Її ключовою особливістю є фінансування через лікарняні каси, що функціонують на основі внесків працівників і роботодавців. Цей механізм створює стійку фінансову базу для системи. Значним кроком вперед стало впровадження електронних карток пацієнтів, що дозволило оптимізувати процес обліку, зменшити адміністративні витрати та покращити якість послуг[7].

Естонія здійснила радикальну трансформацію своєї системи охорони здоров'я після здобуття незалежності, відмовившись від радянської моделі. Автономне фінансування через цільовий податок на зарплати забезпечило стабільність функціонування галузі. Створення Фонду медичного страхування дозволило впорядкувати розподіл коштів та забезпечити контроль за якістю медичних послуг. Завдяки реформам країна досягла підвищення рівня обслуговування і автономізації медичних закладів[7].

Австрійська система охорони здоров'я базується на соціальному страхуванні, яке охоплює 98% населення. Її фінансування здійснюється через внески, що залежать від доходів громадян. Особливістю цієї системи є акцент на профілактичній медицині та послугах, що надаються на дому. Такий підхід не лише зменшує навантаження на лікарні, але й сприяє ранньому виявленню захворювань та їх ефективному лікуванню[7].

У Польщі реформа охорони здоров'я розпочалася у 1999 році і включала децентралізацію та створення фондів медичного страхування. Основною метою було підвищення прозорості управління, боротьба з корупцією та стандартизація медичних послуг. Польський досвід демонструє, що навіть у країнах з обмеженими ресурсами можна досягти значного прогресу за умови належного планування та організації[7].

Порівняльний аналіз цих прикладів свідчить, що універсальних рішень для реформування охорони здоров'я не існує. Кожна країна обирає власний шлях, виходячи з соціальних, економічних і культурних особливостей. Проте

спільними рисами успішних реформ є фінансова стійкість, цифровізація, акцент на профілактиці та забезпечення рівного доступу до медичних послуг.

Вивчення цього досвіду є корисним для України, яка перебуває на етапі трансформації системи охорони здоров'я. Адаптація перевірених моделей дозволить створити ефективну, доступну та орієнтовану на потреби пацієнтів систему.

Медична реформа в Україні передбачає багаторівневий підхід, спрямований на поетапну трансформацію системи охорони здоров'я. Основними завданнями є створення ефективної конкуренції серед медичних закладів, розвиток інституту сімейного лікаря, підвищення доступності медичних послуг та захист пацієнтів від неофіційних платежів.

Реформа проходить у три етапи [37]:

- перший охоплює первинну медичну допомогу,
- другий – стаціонарну допомогу,
- третій – модернізацію державних медичних центрів і науково-медичних інститутів.

На першому етапі реформи було створено інститут сімейного лікаря, який замінив дільничних терапевтів та педіатрів. Сімейний лікар надає 80% медичної допомоги, яка може знадобитися пацієнту, що включає ведення вагітності, нескладну спеціалізовану допомогу, направлення до вузьких спеціалістів та ведення медичної документації. Впроваджено принцип «гроші ходять за пацієнтом», де фінансування лікарів залежить від кількості підписаних декларацій. Завдяки електронній базі медичних даних пацієнти можуть отримувати допомогу незалежно від місця перебування, зберігаючи доступ до історії хвороби навіть під час переміщень.

Онлайн-консультації, розвиток електронної системи охорони здоров'я та спрощений доступ до аналізів та призначень у різних регіонах дозволяють пацієнтам підтримувати зв'язок зі своїм лікарем та отримувати своєчасну допомогу. Цей етап також став основою для підтримки лікарів та пацієнтів на

окупованих територіях, де сімейні лікарі змогли продовжити роботу завдяки віддаленим консультаціям та фінансовій підтримці від НСЗУ, незважаючи на складні умови.

Другий етап передбачає автономію лікарень та створення госпітальних округів. Лікарні отримують фінансування від НСЗУ залежно від наданих послуг, що включає тематичні пакети надання хірургічної, терапевтичної, гінекологічної допомоги, а також лікування онкології, інфарктів тощо. Громади, які є балансоутримувачами лікарень, залучають ресурси для покращення медичного обладнання та запрошення спеціалістів. На цьому етапі запланована конкурентність закладів, проте пандемія COVID-19 та війна призвели до відтермінування багатьох аспектів реформи. Станом на сьогодні лікарні зосереджені на збереженні наявних ресурсів, оскільки понад 1000 медичних закладів постраждали від бойових дій.

В липні 2023 року Верховна Рада ухвалила законопроект, який дозволяє розпочати інфраструктурну реформу медичної системи за принципом кластерної організації. Госпітальні округи складаються з надкластерних лікарень для складних випадків, кластерних для найбільш поширених захворювань та загальних лікарень для обслуговування базових медичних потреб. Закон передбачає запуск реімбурсації ліків, що значно спрощує доступ до медикаментів для пацієнтів завдяки електронним рецептами.

Структура госпітального округу представлена на рис. 1.1

У всіх кластерних лікарнях відсутні акушерські, педіатричні, інфекційні та психіатричні профілі, але ці профілі медичної допомоги надаються в окремих закладах (МКІЛ, ПБ, МДЛ, МПД)

Тому можливо розглянути питання створення акушерських відділень в кластерних лікарнях шляхом приєднання до них пологових будинків (скоротивши при цьому їх потужність), але доцільність цих перетворень потребує вивчення.



Рис 1.1 Структура госпітального округу [16]

Відкриття на базі кластерних лікарень педіатричних відділень, скоротивши МДЛ можливо, але також поки потребує вивчення.

Псіхіатричні цілодобові відділення відкривати недоцільно, так як особовий режим перебування хворих потребує додаткового дороговартісного спеціалізованого переоснащення.

Набутий досвід відокремленого амбулаторного псіхіатричного диспансеру з надкластерними функціями бажано не рушити цю структуру при узгодженні з ОМР. Передача амбулаторної псіхіатричної допомоги на первинний рівень потребує подальшого вивчення, так як збільшить навантаженість на сімейного лікаря який не має відповідної підготовки та обмежить доступність цієї групи хворих до спеціалізованої медичної допомоги.

В усіх кластерних лікарнях відсутня офтальмологічна допомога, непрацюючі 5 ліжок в МКЛН№10 потребують високовартісного обладнання та спеціалістів.

Кожна з кластерних лікарень для відповідності усім вимогам кластерності потребує реорганізації профільності надання медичної допомоги, організації на її базі недостаючих профілів (акушерського, педіатричного, офтальмологічного, алергологічного, дерматовенерологічного). У разі скорочення профілів відповідних надкластерним закладам охорони здоров'я: гастроентерологія, комбустіологія, нефрологія, пульмонологія, ревматологія, щелепно-лицева хірургія можливе відкриття відсутніх видів надання медичної допомоги.

СТРУКТУРА СТАЦІОНАРНИХ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я КОМУНАЛЬНОЇ ВЛАСНОСТІ ТЕРИТОРІАЛЬНОЇ ГРОМАДИ М.ОДЕСА:

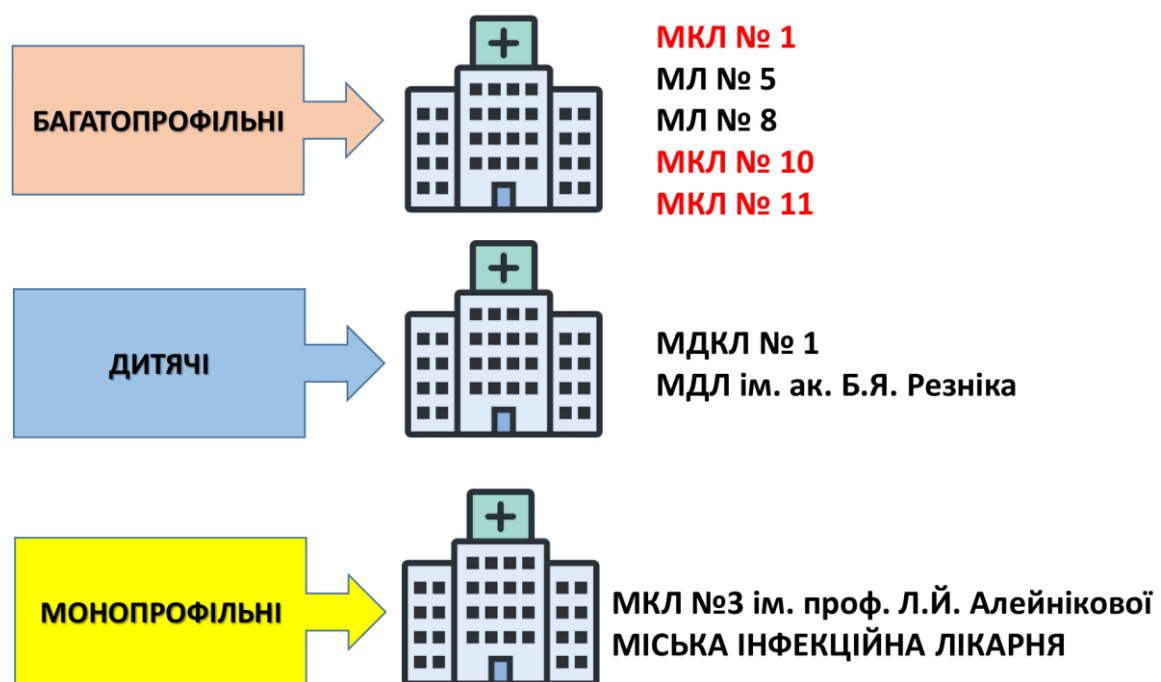


Рис 1.2 Структура стаціонарних закладів охорони здоров'я м. Одеси [16]

Доцільність кожної з трьох кластерних лікарень відповідати повному переліку профілів кластерних лікарень теж потребує доцільного вивчення, так як необхідно враховувати що їх перепрофілювання потягне за собою дуже витратне переоснащення лікарень. Враховуючи що відстань між ними

не більше 10-15 хвилин, доцільно у кожній кластерній лікарні мати мультидисциплінарну бригаду для надання невідкладної допомоги, з подальшим вистроюванням маршрутів пацієнтів до тієї кластерної лікарні, яка буде відповідати вимогам якісної спеціалізованої медичної допомоги. Наприклад урологія, інтервенційна кардіологія, офтальмологія в МКЛ№10, отоларингологія, травматологія. нейрохірургія в МКЛ №11 та МКЛ№1.

Незважаючи на обмеження, медична реформа в Україні вже продемонструвала свою ефективність у забезпеченні безперервності надання медичних послуг під час пандемії та війни. Перехід до кластерної системи дозволить покращити медичну інфраструктуру та оптимізувати використання ресурсів.

1.3. Класифікація рівнів надання медичної допомоги в системі охорони здоров'я

Система охорони здоров'я України передбачає поділ медичних послуг на три основні рівні [23]:

- первинна медична допомога,
- вторинна медична допомога,
- третинна медична допомога.

Кожен рівень має свою специфіку надання послуг, цілі, а також вимоги до матеріально-технічного та кадрового забезпечення [3]

Первинна медична допомога (ПМД) є фундаментальною складовою системи охорони здоров'я, яка забезпечує найбільш доступний і регулярний контакт пацієнтів із медичними працівниками. Вона надається у сільських лікарських амбулаторіях, амбулаторіях загальної практики сімейної медицини та центрах первинної медико-санітарної допомоги[6].

Головною особливістю ПМД є її орієнтація на людину, а не лише на хворобу. Вона задовольняє більшість потреб пацієнтів у медичній допомозі

протягом усього життя, забезпечуючи як лікування, так і профілактику захворювань, зміцнення здоров'я, реабілітацію та паліативну допомогу.

Первинна медична допомога виконує широкий спектр функцій, включаючи[12]:

- Експрес-діагностику та лікування найбільш поширених захворювань, травм і отруєнь.
- Направлення пацієнтів до спеціалістів вторинного рівня або на санаторно-курортне лікування залежно від тяжкості їхнього стану.
- Профілактичні заходи, спрямовані на попередження захворювань і збереження загального здоров'я населення.

Лікарі первинної ланки охорони здоров'я мають широкий спектр знань і компетенцій, які дозволяють їм працювати з пацієнтами будь-якого віку, соціально-економічного статусу та географічного походження. Вони надають допомогу як у випадках гострих і хронічних захворювань, так і у профілактиці та підтриманні здоров'я.

Первинна медична допомога часто стає першим місцем звернення пацієнтів за медичною консультацією. Вона забезпечує розширений доступ до медичних послуг завдяки близькості до пацієнтів, покращує результати лікування, зменшуючи необхідність звернень до відділень невідкладної допомоги та госпіталізацій і сприяє оптимізації витрат на охорону здоров'я через ефективну профілактику та ранню діагностику[20].

Лікар загальної практики або сімейний лікар веде пацієнтів протягом багатьох років, спостерігаючи за розвитком їхніх станів, що створює умови для безперервності та довіри у стосунках лікар-пацієнт.

Вторинна медична допомога включає надання спеціалізованих медичних послуг як у плановому порядку, так і у невідкладних (екстрених) випадках, що потребує більш високого рівня кваліфікації медичного персоналу та спеціалізованого обладнання. Вторинну допомогу надають і в амбулаторних умовах, але, зазвичай, в лікарнях різних типів, орієнтованих на

різні потреби пацієнтів, хоча деякі послуги можуть надаватися на рівні громади. Вони можуть включати планові операції, спеціалізовані клініки, такі як нефрологічні або кардіологічні клініки, або реабілітаційні послуги, такі як фізіотерапія. Вторинний рівень надання медичної допомоги включає широкий спектр спеціалістів, таких як психіатри, кардіологи, акушери, дерматологи, педіатри та гінекологи[38].

Лікарні, що надають вторинну медичну допомогу, класифікуються наступним чином[40]:

- Лікарня інтенсивної допомоги – забезпечує цілодобову медичну допомогу пацієнтам з гострими станами, що потребують інтенсивного лікування (наприклад, інфаркт міокарда, інсульт, гостра кровотеча тощо). Ці лікарні оснащені спеціалізованим діагностичним та лікувальним обладнанням, мають відділення реанімації та інтенсивної терапії.
- Лікарня планового лікування хронічних хворих – забезпечує повторні курси терапії та доліковування хронічних захворювань за стандартними схемами лікування.
- Лікарня відновного лікування – спеціалізується на реабілітації пацієнтів після хвороб або травм, запобігаючи інвалідності. В таких закладах використовується спеціальне обладнання для фізіотерапії, лікувальної фізкультури та іншого відновного лікування.
- Лікарня медико-соціальної допомоги – надає догляд та соціально-медичну допомогу хронічним хворим. Такі заклади мають мінімальне забезпечення діагностичним обладнанням та працюють із залученням середнього медичного персоналу та соціальних працівників.

Третинна допомога передбачає надання діагностичних та лікувальних послуг, які недоступні на рівні первинної та вторинної допомоги, з використанням високотехнологічного обладнання та за направленням від закладів вторинного рівня. До таких послуг належать лікування онкологічних захворювань, нейрохірургічні та кардіохірургічні втручання, трансплантація

органів, пластична хірургія, лікування важких опіків, сучасна неонатологія, паліативна допомога та інші складні медичні і хірургічні процедури. Третинний рівень медичної допомоги часто функціонує на базі науково-дослідних установ і передбачає проведення пріоритетних наукових досліджень та навчання медичних працівників[15].

До таких послуг належать лікування онкологічних захворювань, нейрохірургічні та кардіохірургічні втручання, трансплантація органів, пластична хірургія, лікування важких опіків, сучасна неонатологія, паліативна допомога та інші складні медичні і хірургічні процедури.

Цей рівень допомоги зазвичай доступний пацієнтам за направленням від лікарів первинної або вторинної ланок, які визначають потребу у спеціалізованій діагностиці чи лікуванні. Пацієнти третинного рівня, як правило, потребують довготривалого медичного догляду, великомасштабних операцій або лікування складних захворювань, таких як рак чи неврологічні розлади.

Характерними ознаками третинної допомоги є передові діагностичні центри, спеціалізовані відділення інтенсивної терапії та використання сучасного високотехнологічного обладнання. Ці заклади забезпечують найвищий рівень медичної практики, виконуючи як основні, так і найскладніші медичні процедури[17].

Заклади третинного рівня можуть бути як державними, так і змішаними, об'єднуючи ресурси державного та приватного секторів. Такий підхід сприяє розширенню доступу до високоякісної медичної допомоги для пацієнтів з найбільш складними медичними потребами.

Таким чином, класифікація рівнів надання медичної допомоги в Україні є важливим компонентом системи охорони здоров'я, яка дозволяє забезпечити населення доступною, ефективною та спеціалізованою медичною допомогою на кожному етапі лікування.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1 Стратегічний аналіз розвитку ринку медичних послуг

Система охорони здоров'я є ключовим фактором у забезпеченні поліпшення умов життя населення та відтворенні людського капіталу країни. Тому сектор охорони здоров'я займає пріоритетне місце у державній політиці. Збереження і зміцнення здоров'я нації не лише впливає на добробут окремих громадян, але й визначає рівень конкурентоспроможності країни на міжнародній арені.

Між якістю та доступністю медичних послуг і соціально-демографічними показниками існує прямий взаємозв'язок. Удосконалення можливостей лікування в системі охорони здоров'я безпосередньо впливають на низку факторів[8]:

- зниження рівня смертності,
- збільшення тривалості життя,
- продовження працездатного віку населення.

Ці фактори мають вирішальне значення для економічного потенціалу країни, оскільки здорове та працездатне населення є основою стійкого розвитку національної економіки.

Проведемо стратегічний аналіз сучасного стану системи охорони здоров'я в Україні та її спроможність забезпечувати потреби громадян.

Дослідження показників функціонування системи охорони здоров'я за останні роки демонструє помітну низхідну тенденцію, яка пов'язана із скороченням ключових ресурсів галузі.

Так, кількість лікарняних закладів у довоєнні роки в порівнянні з 1990 роком зменшилася більше ніж у два рази: з 3,9 тис. закладів у 1990 році до 1,7 тис. закладів у 2020му році (Рис. 2.1)

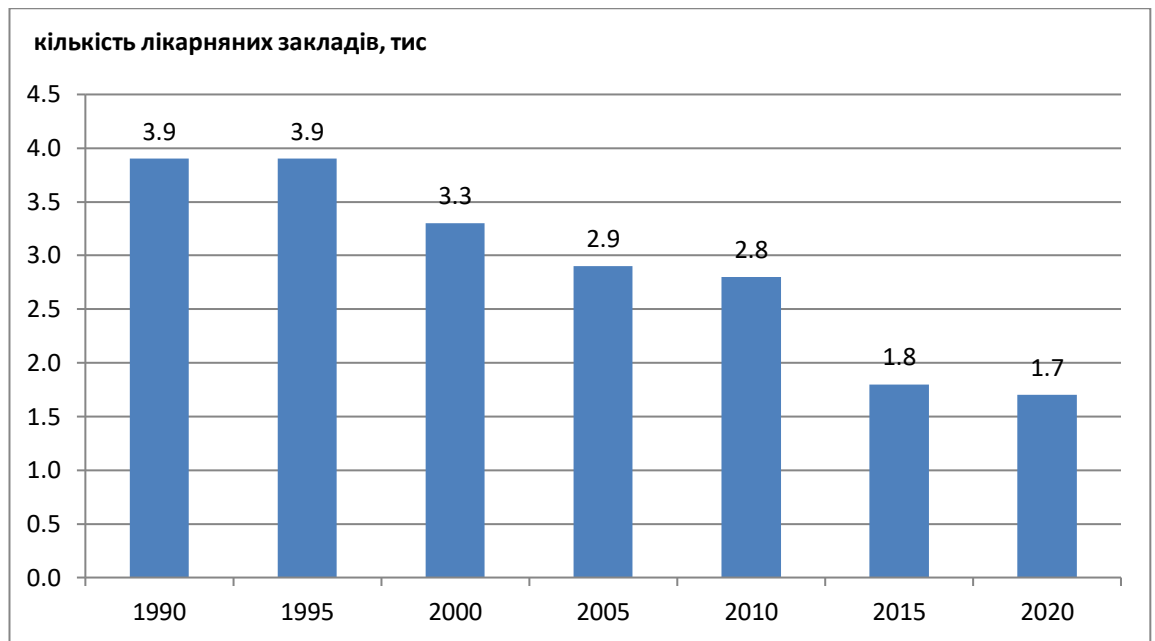


Рис. 2.1 Динаміка кількості лікарняних закладів
(Джерело: побудовано за даними [22])

Також зменшилася кількість лікарняних ліжок у розрахунку на 10 тис. населення майже в два рази: з 135,5 у 1990 році до 73,1 у 2020му році (Рис. 2.2)

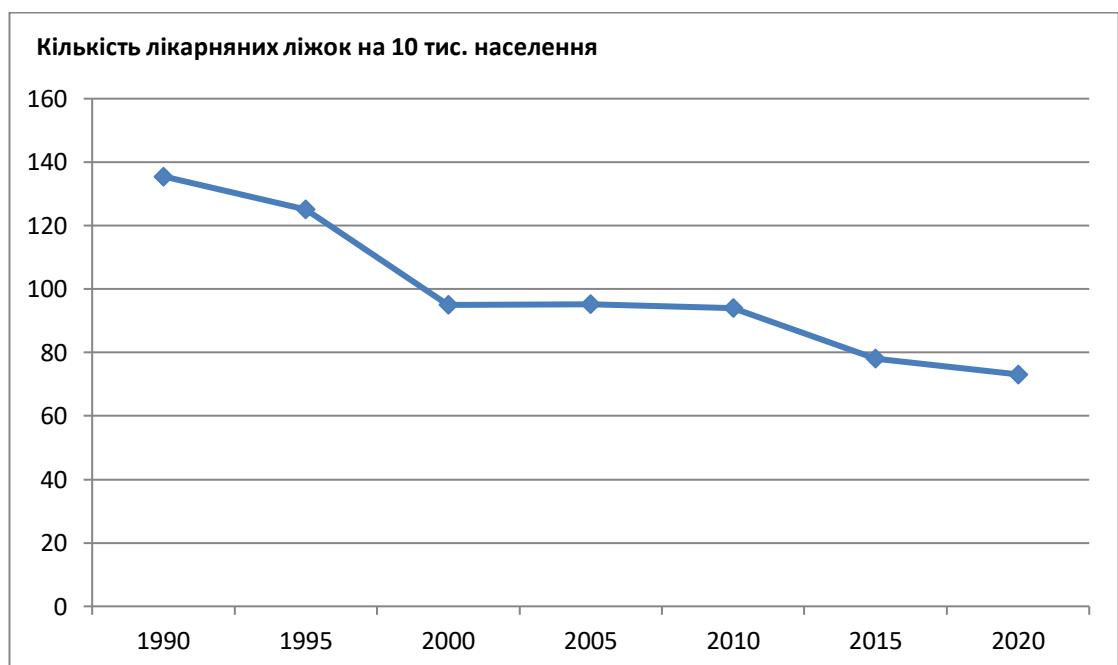


Рис. 2.2 Динаміка кількості лікарняних закладів
(Джерело: розраховано за даними [22])

Відповідні низхідні тенденції відбулися і з чисельністю персоналу (Рис. 2.3):

- кількість середнього медичного персоналу скоротилася майже у два рази;
- кількість лікарів усіх спеціальностей – в 1.2 рази.

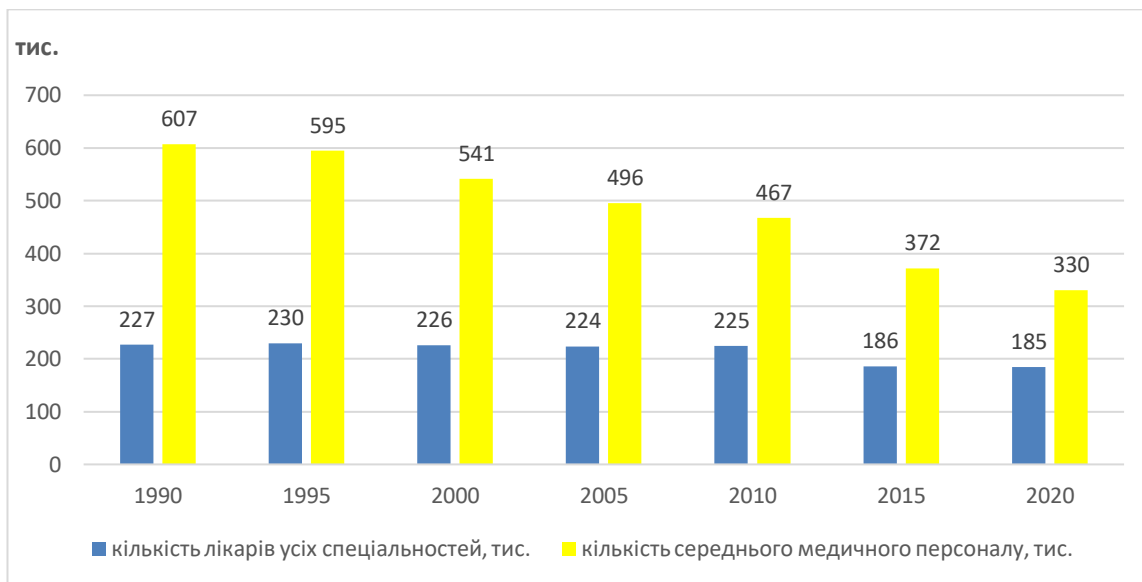


Рис. 2.3 Динаміка кількості медичного персоналу
(Джерело: розраховано за даними [22])

Оскільки за цей період скорочувалася чисельність населення, то доречно порівняти кількість медичного персоналу у перерахунку на 10 тис. населення (Рис. 2.4)

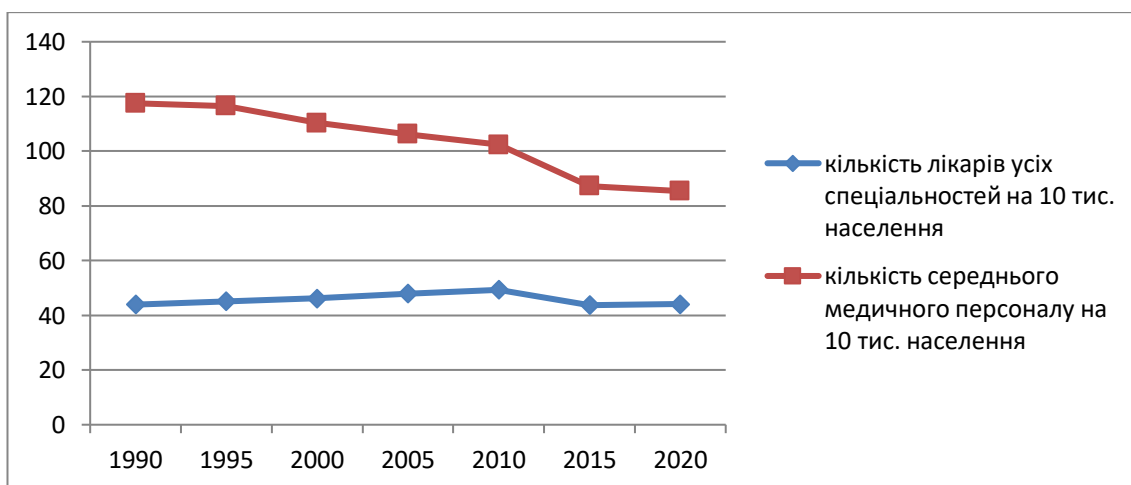


Рис. 2.4 Динаміка кількості медичного персоналу в перерахунку на десять тисяч населення (Джерело: розраховано за даними [22])

Отже, можна стверджувати, що кількість середнього медичного персоналу як і інших ресурсів скоротилася в два рази. Проте кількість лікарів скоротилася меншими темпами. В перерахунку на 10 тисяч населення зменшення кількості лікарів не відбулося – залишилося на рівні 44, що не можна сказати про кількість середнього медичного персоналу. Вона скоротилася і в розрахунку на десять тисяч населення з 117,5 у 1990му році до 81,4.

Скорочення основних ресурсів у 2014 році було частково зумовлене окупацією Автономної Республіки Крим та частини східних регіонів України, що значно знизило загальний потенціал системи охорони здоров'я. Ще однією причиною стало реформування медичної системи, орієнтоване на фінансування послуг за принципом «гроші йдуть за пацієнтом», а не на утримання медичних закладів. У період активного впровадження реформи (2014–2018 рр.) кількість лікарняних закладів скоротилася на 5,6%, а ліжкомісць – на 12,2%.

Дослідження частки витрат на охорону здоров'я та соціальний захист у структурі ВВП свідчить про суттєве зниження фінансування цієї сфери в період 2010–2018 роки. Якщо до 2014 року цей показник становив 3,4–3,7%, то після початку воєнних дій на Сході країни він зменшився до 2,9%. У 2018 році частка видатків на охорону здоров'я у ВВП сягнула лише 2,2%, що на 25% менше, ніж у 2014 році, і на понад третину нижче рівня 2010 року.

Ця тенденція свідчить про недостатнє фінансування галузі, що негативно впливає на ефективність її функціонування та спроможність забезпечувати належний рівень медичних послуг.

Проте у передвоєнні роки частки витрат на охорону здоров'я та соціальний захист у структурі ВВП (2019-2021 рр) значно збільшилася. У порівнянні з 2018 роком – у три рази до 6,4 %. У воєнні 2022му та 2023му роках ця частка через воєнні дії рф показник зменшився до 2,9 % та 2,6 % відповідно (Рис. 2.5).



Рис. 2.5 Динаміка частки охорони здоров'я в структурі ВВП (Джерело: розраховано за даними [22])

Незадовільний стан системи охорони здоров'я негативно впливає на демографічну ситуацію в Україні. У довоєнний період з 2010 по 2021 роки зафіксовано зниження народжуваності на 38%, що супроводжувалося зростанням загального скорочення населення на 36%. Водночас кількість померлих осіб зменшилася на 16,8%, але цей показник недостатній для компенсації природного скорочення населення.

Такі тренди позначилися на загальній чисельності населення, яка у довоєнні роки демонструвала стійкий низхідний тренд, що спостерігалася з моменту проголошення незалежності. За даними Державної служби статистики України, на початку 2022 році чисельність населення країни склала 41,17 млн осіб. Такий рівень був мінімальним за останні 60 років і відповідає даним перепису населення 1959 року. Основними причинами такої ситуації є політична, економічна та соціальна нестабільність, а також воєнні дії, які розпочалися у 2014 року.

Одним із ключових факторів, що зумовлювали зменшення чисельності населення у довоєнний період, є зниження народжуваності. Так, сумарний коефіцієнт народжуваності у 2021 році становив лише 1,228, що на 0,215 нижче порівняно з 2010 роком.

Однак, водночас спостерігалася позитивна динаміка у збільшенні середньої очікуваної тривалості життя. У період з 2010 по 2021 рік тривалість життя жінок зросла з 75,5 до 76,98 років, а чоловіків – з 65,28 до 66,92 років. Загалом середня тривалість життя населення України збільшилася на 1,5 роки.

Це стало можливим завдяки покращенню доступу до медичних послуг, зростанню освітнього рівня, розвитку гігієнічної культури та наукового прогресу, особливо в медицині. Однак ці позитивні зрушення не змогли повною мірою компенсувати зниження загальної чисельності населення та високий рівень смертності.

Нами проаналізовано причини смертності населення (Рис. 2.6)

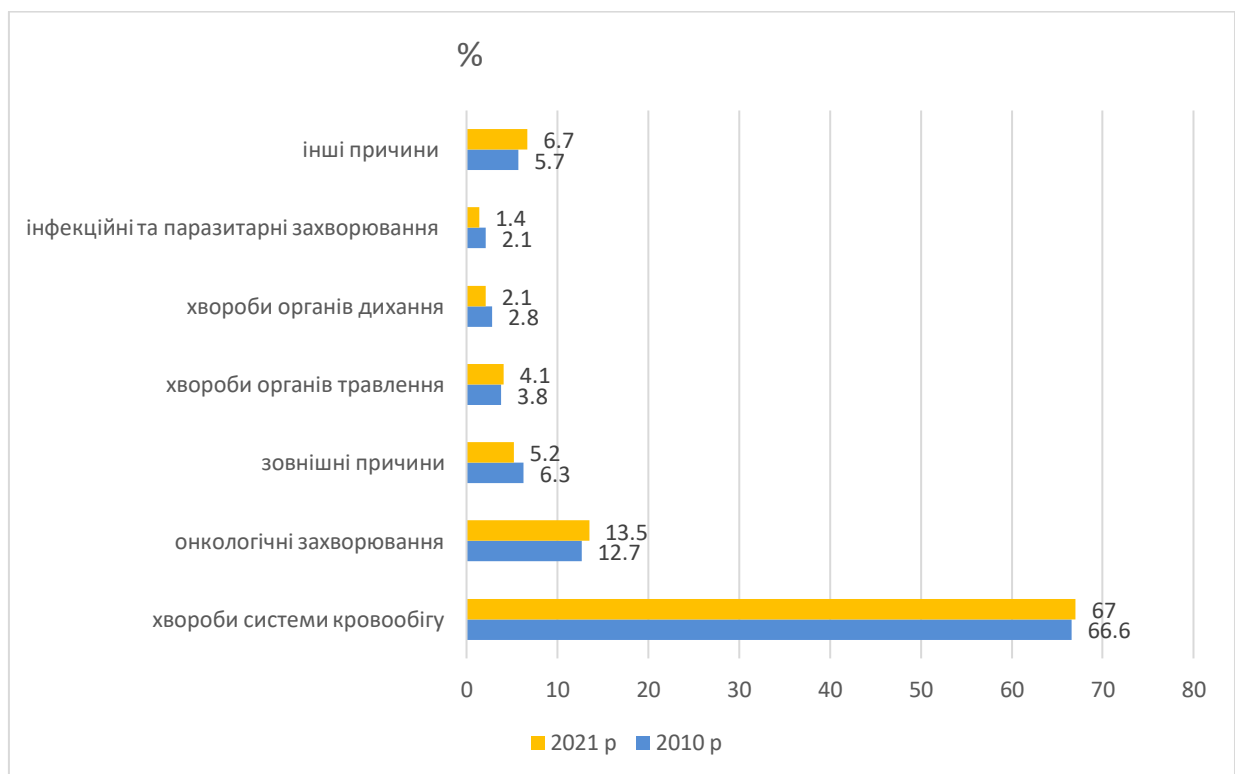


Рис. 2.6 Структура причин смертності населення
(Джерело: розраховано за даними [22])

За проведеними розрахунками нами встановлено, що у передвоєнний період найбільшу частку серед причин смертності становили хвороби системи кровообігу (67,0%). Також значний вплив мали розвиток онкологічних захворювань (13,5%). Значно менше - зовнішні причини (5,2%), хвороби органів травлення (4,1%) та органів дихання (2,1%).

Якщо порівняти з 2010 роком, то відзначається незначне зниження частки смертності через інфекційні та паразитарні захворювання, зовнішні чинники, а також хвороби дихальної системи.

Проте залишилася актуальною проблема передчасної смертності через хвороби системи кровообігу, які щорічно становили причиною смерті понад 400 тисяч осіб, з яких третина – люди працездатного віку. Онкологія займала друге місце за рівнем летальності: у 2021 році від раку померло 778 тисяч громадян, що вказує на нагальну потребу в покращенні ранньої діагностики та лікування онкологічних хвороб.

Передчасна смертність є вагомим фактором, що впливає на потенціал країни. Втрати людського капіталу, викликані високим рівнем смертності серед осіб працездатного віку, значно ускладнюють процеси соціально-економічного розвитку та загрожують демографічній стабільності.

Ураховуючи проаналізований стан системи охорони здоров'я в Україні, її покращення стало як соціальним пріоритетом, так і стратегічною умовою для забезпечення сталого економічного зростання та збереження людського капіталу. З цією метою в Україні було розпочато реформування системи охорони здоров'я.

Повномасштабна трансформація системи охорони здоров'я України розпочалася з ухвалення у 2017 році Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Він заклав основу для створення нової моделі фінансування медичних послуг та суттєвих структурних змін.

Ключовими етапами реформи стали:

1. заснування національної служби здоров'я України (НСЗУ)
У квітні 2018 року було засновано НСЗУ як єдиного національного замовника медичних послуг. Це стало важливим кроком до централізації управління фінансовими ресурсами та забезпечення прозорості у використанні бюджетних коштів.
2. впровадження автономізації закладів охорони здоров'я, що сприяло перетворенню комунальних бюджетних установ на комунальні некомерційні підприємства. Такий підхід дозволив:
 - підвищити рівень прозорості та підзвітності;
 - знизити корупційні ризики, зокрема приховані платежі пацієнтів;
 - ефективніше використовувати фінансові ресурси.
3. Впровадження капітаційної ставки. У липні 2018 року НСЗУ уклала перші договори з автономізованими надавачами первинної медичної допомоги (ПМД). Фінансування почало здійснюватися на основі капітаційної ставки – визначеної суми на одного пацієнта. Людям надали право вільно обирати лікаря, а державні й приватні надавачі отримали рівні можливості для роботи в межах Програми медичних гарантій (ПМГ).
4. Впровадження програми реімбурсації. З квітня 2019 року НСЗУ почала адмініструвати відшкодування вартості лікарських засобів за електронним рецептом. Станом на лютий 2022 року реімбурсації підлягали 444 лікарських засоби в межах програми «Доступні ліки».
5. З 1 квітня 2020 року стартувала реформа спеціалізованої медичної допомоги. Основні зміни включали:
 - централізацію більшої частини державних видатків на охорону здоров'я;
 - об'єднання фінансування в рамках Програми медичних гарантій (ПМГ), що передбачає оплату за фактично надані послуги;

- перехід від постатейного фінансування до моделі «гроші йдуть за пацієнтом».

Пандемія COVID-19 висвітлила слабкі сторони системи охорони здоров'я, зокрема недостатню готовність до надзвичайних ситуацій. У відповідь на виклики було створено Центр громадського здоров'я при Міністерстві охорони здоров'я України. Цей орган став важливим елементом реформування системи громадського здоров'я.

Також упродовж пердвоєнних років активно впроваджувалися цифрові інструменти для оптимізації роботи медичних закладів і поліпшення доступності послуг для населення.

Реформа створила умови для підвищення ефективності та якості медичних послуг, забезпечила більшу прозорість у фінансуванні та посилила роль профілактичної медицини. Водночас залишилися певні недоліки:

- нерівний доступ до медичних послуг у регіонах;
- необхідність покращення матеріально-технічної бази лікарень;
- потреба у підвищенні кваліфікації медичних працівників.

Сфера охорони здоров'я України значно постраждала через війну. За даними станом на 21 червня 2022 року, було повністю знищено 118 медичних закладів, а ще 633 зазнали різного ступеня пошкоджень (від 2% до 90%). Орієнтовний обсяг завданих збитків оцінюється у майже 35 мільярдів гривень.

Програма медичних гарантій (ПМГ) не повністю відповідає сучасним викликам, які виникли під час війни та в поствоєнний період. Пакети пріоритетних послуг, таких як лікування травм і опіків, надання реабілітаційних послуг і допомоги у сфері психічного здоров'я, залишаються недостатньо охопленими. Окрім того, державні програми у сфері медицини не враховують масштабних втрат, яких зазнала система охорони здоров'я, а також необхідності перегляду пріоритетів, зокрема розширення спектру медичних послуг.

Система охорони здоров'я також перебуває під значним навантаженням через масову міграцію населення. Близько 7 мільйонів українців стали внутрішньо переміщеними особами, що суттєво збільшило потребу в медичних послугах.

Крім того, війна призвела до значних втрат серед медичних працівників. Понад 2 372 працівники центрів екстреної медичної допомоги перебувають на окупованих територіях; 1 714 лікарів і 1 095 медичних сестер були змушені змінити місце роботи через бойові дії.

Брак кадрового потенціалу та організаційної спроможності системи охорони здоров'я надавати послуги з реабілітації та підтримки психічного здоров'я суттєво ускладнює ситуацію. Ці обмеження позначаються на доступності та якості медичних послуг, які залишаються вкрай необхідними для громадян у воєнний та поствоєнний періоди.

Переміщення населення у зв'язку із війною суттєво вплинуло на попит на медичні послуги, причому цей вплив варіюється залежно від регіону. Згідно з дослідженням, проведеним Всесвітньою організацією охорони здоров'я у вересні 2022 року, жителі регіонів із активними бойовими діями або непідконтрольних територій значно рідше звертаються за медичною допомогою порівняно з населенням областей, що розташовані далі від фронту. Крім того, доступ до медичних послуг у цих регіонах є суттєво обмеженим: лише 85% опитаних мають змогу відвідувати сімейного лікаря, а 32% повідомили про неможливість отримати необхідні ліки з початку війни.

Ситуація ускладнюється відсутністю доступу до послуг із вакцинації та інших ключових заходів контролю інфекційних захворювань. Люди, які страждають на хронічні хвороби, зіштовхуються з перебоями у постачанні ліків, що ставить під загрозу їхнє здоров'я. Наприклад, загальна кількість рецептів, виписаних щотижня, скоротилася на 34% порівняно з довоєнним періодом (тижнем 14–20 лютого 2022 року). У Донецькій, Херсонській і Луганській областях цей показник знизився аж на 89%. Водночас у більш

віддалених від зони бойових дій регіонах кількість виписаних рецептів поступово повертається до довоєнних значень.

Внутрішньо переміщені особи (ВПО) повідомляють про гірший доступ до медичних послуг, ніж місцеве населення. Лише 80% ВПО мають можливість звернутися до сімейного лікаря, а 29% з них не змогли отримати ліки (у порівнянні з 20% серед не-ВПО).

Повномасштабна війна спричинила втрату медичної документації багатьох пацієнтів, що ускладнює подальше лікування та діагностику. Крім того, зросла кількість кібератак на державні інформаційні ресурси, що підкреслює нагальну потребу у вдосконаленні кібербезпеки в системі охорони здоров'я.

За проведеним аналізом можна зробити такі висновки:

1. У передвоєнний період відбулося скорочення медичних ресурсів. Система охорони здоров'я України зазнала значного зменшення матеріальних і кадрових ресурсів, зокрема кількості медичних закладів, ліжкомісць і медичного персоналу. Незважаючи на зменшення чисельності населення, дефіцит середнього медичного персоналу особливо відчутний.

2. Рівень державного фінансування галузі у довоєнні роки знижувався, що вплинуло на ефективність функціонування системи. У передвоєнні роки (2019–2021) спостерігалось тимчасове збільшення витрат до 6,4% ВВП, однак війна знову знизила цей показник до 2,6% у 2023 році.

3. Низька народжуваність, зменшення чисельності населення та висока смертність серед працездатного населення стали ключовими викликами для демографічної стабільності країни. Основними причинами передчасної смертності залишаються хвороби системи кровообігу та онкологія.

4. Воєнні дії завдали суттєвих руйнувань медичній інфраструктурі: сотні закладів були знищені або пошкоджені. Крім того війна завдала шкоди системі охорони здоров'я:

- переміщення населення спричинило додаткове навантаження на систему охорони здоров'я в регіонах, які приймали внутрішньо переміщених осіб,

- спричинила недостатній доступ до медичних послуг, особливо гострою ця проблема стала в регіонах, що постраждали від бойових дій,

- відбулася втрати медичного персоналу. Багато медичних працівників були змушені залишити свої робочі місця, загинули, виїхали за кордон,

- спричинила перебої в постачанні ліків,

- спричинили погіршення стану здоров'я пацієнтів з хронічними захворюваннями,

- погіршення психічного здоров'я населення. Війна призвела до значного зростання кількості людей, які потребують психологічної допомоги.

5. Переміщення населення через війну суттєво вплинуло на попит на медичні послуги, особливо в регіонах, де ведуться активні бойові дії. Внутрішньо переміщені особи стикаються з обмеженим доступом до медичної допомоги, що потребує додаткової уваги.

6. Активна цифровізація галузі у довоєнний період значно покращила доступність і прозорість медичних послуг, проте війна підкреслила необхідність посилення кібербезпеки для захисту медичних даних.

7. Попри позитивні зміни, впроваджені в межах медичної реформи (зокрема, фінансування за принципом «гроші йдуть за пацієнтом»), залишаються проблеми з нерівним доступом до послуг, недостатнім фінансуванням матеріально-технічної бази закладів і потребою у підвищенні кваліфікації медиків.

Використаємо метод «Резюме аналізу зовнішніх стратегічних факторів» (external strategic factors analysis summary - ESFAS) для узагальнення тенденцій розвитку системи охорони здоров'я та підведення підсумку стратегічного аналізу галузі (Табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Можливості та погрози розвитку системи охорони здоров'я

Фактори	Характеристики
Погрози	1. Скорочення медичних ресурсів 2. Воєнні дії завдали суттєвих руйнувань медичній інфраструктурі: сотні закладів були знищені або пошкоджені, значна частина медичного персоналу змушена змінити місце роботи чи перебуває на окупованих територіях 3. Попри позитивні зміни, впроваджені в межах медичної реформи, залишаються проблеми з нерівним доступом до послуг, недостатнім фінансуванням матеріально-технічної бази закладів і потребою у підвищенні кваліфікації медиків.
Можливості	1. Збільшення фінансування у післявоєнний період за рахунок інвестицій 2. Проведення реформи в системі охорони здоров'я (зокрема, фінансування за принципом «гроші йдуть за пацієнтом») 3. Активна цифровізація галузі 4. Розвиток профілактичної медицини та ранньої діагностики

Таблиця 2.2

ESFAS-аналіз (аналіз стратегічних факторів) тенденцій розвитку системи охорони здоров'я

Зовнішні стратегічні фактори	Вага	Оцінка	Зважена оцінка
Загрози			
1. Скорочення медичних ресурсів	0,3	2,5	0,75
2. Воєнні дії завдали суттєвих руйнувань медичній інфраструктурі	0,35	3	1,05
3. Попри позитивні зміни, впроваджені в межах медичної реформи, залишається низка проблем, з якими важко впоратися у воєнний період	0,35	2	0,7
Сумарна оцінка	1	7,5	2,5
Можливості			
1. Збільшення фінансування у післявоєнний період за рахунок інвестицій	0,15	2	0,3
2. Проведення реформи в системі охорони здоров'я	0,25	2	0,5
3. Активна цифровізація галузі	0,4	3	1,2
4. Розвиток профілактичної медицини та ранньої діагностики	0,2	3	0,6
Сумарна оцінка	1	10	2,6

За результатами ESFAS-аналізу можна дійти висновку, що фактори загроз та можливостей мають майже однакову оцінку, отже можна вважати що у післявоєнний період за умови фінансової підтримки галузь набуде розвитку. Загалом, війна завдала значної шкоди системі охорони здоров'я України. Для її відновлення та розвитку необхідні значні зусилля з боку держави, міжнародних організацій та громадянського суспільства.

Ці виклики потребують системних рішень, спрямованих на відновлення медичної інфраструктури, забезпечення доступу до послуг у найуразливіших регіонах, а також створення надійних механізмів захисту медичних даних.

На підставі проведеного аналізу можна виокремити такі пріоритети відновлення галузі:

- покращити доступ до медичних послуг, особливо в регіонах, які постраждали від бойових дій;
- розвивати профілактичну медицину та ранню діагностику;
- забезпечити фінансування відновлення інфраструктури та реабілітаційних послуг;
- інтегрувати нові цифрові технології з урахуванням кіберзагроз;
- розширити пакет медичних послуг. Особливу увагу слід приділити послугам з реабілітації, психічного здоров'я та допомоги постраждалим від війни,
- посилити первинну медичну допомогу,
- забезпечити підготовку кваліфікованих медичних працівників для задоволення потреб населення.

Отже, система охорони здоров'я України перебуває у складному стані через тривалі структурні проблеми, недостатнє фінансування та значні руйнування, завдані війною. Відновлення галузі потребує комплексного підходу, що включає інвестиції в інфраструктуру, підвищення кваліфікації кадрів, розширення доступу до послуг і посилення кібербезпеки.

2.2 Аналіз розвитку медичних послуг в Одеському регіоні

Проведемо аналіз економічної ефективності роботи лікарняних закладів в Одесі. Головними показниками економічного аналізу є раціональне використання ліжкового фонду, яке передбачає:

- відсоток зайнятості ліжка,
- середню тривалість перебування хворого на ліжку,
- лікарняну летальність.

Проаналізуємо показники використання ліжкового фонду в лікарняних закладах В таблиці 2.3 представлено кількість фактично розгорнутих ліжок на кінець звітнього року.

Таблиця 2.3

Кількість фактично розгорнутих ліжок на кінець звітнього року

Тип закладів	Кількість фактично розгорнутих ліжок на кінець звітнього року				
	2019	2020	2021	2022	2023
КНП "Міська клінічна лікарня № 1 " ОМР	490	490	490	420	420
КУ "Міська клінічна лікарня № 3" ОМР	-	-	-	-	-
КНП "Міська лікарня № 5" ОМР	400	400	400	405	430
КНП "Міська лікарня № 8" ОМР	180	180	180	180	180
КНП "Міська клінічна лікарня № 10 " ОМР	425	425	425	490	490
КНП "Міська клінічна лікарня № 11 " ОМР	465	465	465	465	525
Всього за міськими лікарнями	1960	1960	1960	1960	2045
КНП "Інфекційна клінічна лікарня" ОМР	420	420	420	420	360
Всього за спеціалізованими лікарнями	420	420	420	420	360
КНП "Міська дитяча лікарня №2 " ОМР	185	185	185	185	185
КНП "Дитяча міська клінічна лікарня №3" ОМР	175	175	175	175	175
Всього за дитячими міськими лікарнями	360	360	360	360	360
КНП "Пологовий будинок № 1" ОМР	130	130	130	130	130
КНП "Пологовий будинок № 2 " ОМР	120	120	120	120	120
КНП "Пологовий будинок № 4 " ОМР	80	80	80	80	80
КНП "Пологовий будинок № 5" ОМР	150	150	150	150	120
КНП "Пологовий будинок № 7 " ОМР	120	120	120	120	120
Всього за пологовими будинками	600	600	600	600	570
Всього у м.Одеса	3340	3340	3340	3340	3335

Середня кількість днів зайнятості ліжка представлена в табл. 2.4.
Зазначемо, що нормою є 300-340 днів.

Таблиця 2.4

Середня кількість днів зайнятості ліжка

Тип закладів	Середня кількість днів зайнятості ліжка (норма 300-340 днів)				
	2019	2020	2021	2022	2023
КНП "Міська клінічна лікарня № 1 " ОМР	273	178	172	222	276
КУ "Міська клінічна лікарня № 3" ОМР	407	-	-	-	-
КНП "Міська лікарня № 5" ОМР	316	171	126	94	275
КНП "Міська лікарня № 8" ОМР	310	167	135	175	259
КНП "Міська клінічна лікарня № 10 " ОМР	317	258	270	260	348
КНП "Міська клінічна лікарня № 11 " ОМР	376	309	350	392	372
Всього за міськими лікарнями	323	224	222	241	322
КНП "Інфекційна клінічна лікарня" ОМР	159	198	176	119	169
Всього за спеціалізованими лікарнями	159	198	176	119	169
КНП "Міська дитяча лікарня №2 " ОМР	255	121	115	104	150
КНП "Дитяча міська клінічна лікарня №3" ОМР	233	117	152	124	189
Всього за дитячими міськими лікарнями	244	119	133	114	169
КНП "Пологовий будинок № 1 " ОМР	299	232	206	184	214
КНП "Пологовий будинок № 2 " ОМР	329	236	175	129	113
КНП "Пологовий будинок № 4 " ОМР	285	173	148	148	187
КНП "Пологовий будинок № 5" ОМР	299	171	174	128	176
КНП "Пологовий будинок № 7 " ОМР	296	272	239	169	197
Всього за пологовими будинками	302	218	191	151	178
Всього у м.Одеса	290	208	201	196	260

В таблиці 2.5 представлено дані з обігу ліжка, які визначають середню кількість хворих на 1 ліжко.

Таблиця 2.5

Обіг ліжка

Тип закладів	Обіг ліжка (середня кількість хворих на 1 ліжко)				
	2019	2020	2021	2022	2023
КНП "Міська клінічна лікарня № 1 " ОМР	27,6	19,9	20,4	29,0	38,2
КУ "Міська клінічна лікарня № 3" ОМР	27,6	-	-	-	-
КНП "Міська лікарня № 5" ОМР	26,2	17,2	12,8	9,1	27,2
КНП "Міська лікарня № 8" ОМР	24,6	15,2	14,1	16,7	27,0
КНП "Міська клінічна лікарня № 10 " ОМР	31,4	25,0	26,8	28,0	33,4
КНП "Міська клінічна лікарня № 11 " ОМР	37,6	31,7	35,7	41,4	38,8
Всього по міських лікарнях	30,3	22,8	23,3	26,4	34,8
КНП "Інфекційна клінічна лікарня" ОМР	46,7	26,7	13,6	10,6	19,8
Всього по спеціалізованим лікарням	46,7	26,7	13,6	10,6	19,8
КНП "Міська дитяча лікарня №2 " ОМР	27,9	13,5	15,3	14,1	21,4
КНП "Дитяча міська клінічна лікарня №3" ОМР	32,2	21,2	28,4	21,2	30,4
Всього по дитячим міським лікарням	30,0	17,3	21,7	17,5	25,7
КНП "Пологовий будинок № 1 " ОМР	38,6	38,2	38,4	29,9	31,0
КНП "Пологовий будинок № 2 " ОМР	30,2	27,5	24,7	16,9	16,6
КНП "Пологовий будинок № 4 " ОМР	30,8	25,7	23,8	20,3	22,1
КНП "Пологовий будинок № 5" ОМР	28,1	25,4	32,1	24,0	28,6
КНП "Пологовий будинок № 7 " ОМР	42,6	45,3	45,4	35,7	44,6
Всього по пологовим будинкам	34,3	32,6	33,5	25,7	29,2
Всього по м.Одеса	33,0	24,5	23,8	23,4	31,1

Середня тривалість перебування хворого на ліжку представлена в табл.

2.6

Таблиця 2.6

Середня тривалість перебування хворого на ліжку

Тип закладів	Середня тривалість перебування хворого на ліжку (в днях)				
	2019	2020	2021	2022	2023
КНП "Міська клінічна лікарня № 1 " ОМР	9,9	9,0	8,4	7,7	7,2
КУ "Міська клінічна лікарня № 3" ОМР	14,8	-	-	-	-
КНП "Міська лікарня № 5" ОМР	12,1	10,0	9,8	10,4	10,1
КНП "Міська лікарня № 8" ОМР	12,6	11,0	9,6	10,4	9,6
КНП "Міська клінічна лікарня № 10 " ОМР	10,1	10,3	10,1	9,3	10,4
КНП "Міська клінічна лікарня № 11 " ОМР	10,0	9,7	9,8	9,5	9,6
Всього по міських лікарням	10,7	9,8	9,5	9,1	9,2
КНП "Інфекційна клінічна лікарня" ОМР	3,4	7,4	12,9	11,2	8,5
Всього по спеціалізованим лікарням	3,4	7,4	12,9	11,2	8,5
КНП "Міська дитяча лікарня №2 " ОМР	9,2	8,9	7,5	7,4	7,0
КНП "Дитяча міська клінічна лікарня №3" ОМР	7,2	5,5	5,3	5,9	6,2
Всього по дитячим міським лікарням	8,1	6,9	6,1	6,5	6,6
КНП "Пологовий будинок № 1 " ОМР	7,7	6,1	5,4	6,2	6,9
КНП "Пологовий будинок № 2 " ОМР	10,9	8,6	7,1	7,7	6,8
КНП "Пологовий будинок № 4 " ОМР	9,3	6,8	6,2	7,3	8,4
КНП "Пологовий будинок № 5" ОМР	10,6	6,7	5,4	5,4	6,1
КНП "Пологовий будинок № 7 " ОМР	7,0	6,0	5,3	4,7	4,4
Всього по пологовим будинкам	8,8	6,7	5,7	5,9	6,1
м.Одеса	8,8	8,5	8,5	8,4	8,4

Для аналізу динаміки показників побудуємо динамічні ряди у вигляді діаграм (Рис. 2.7)

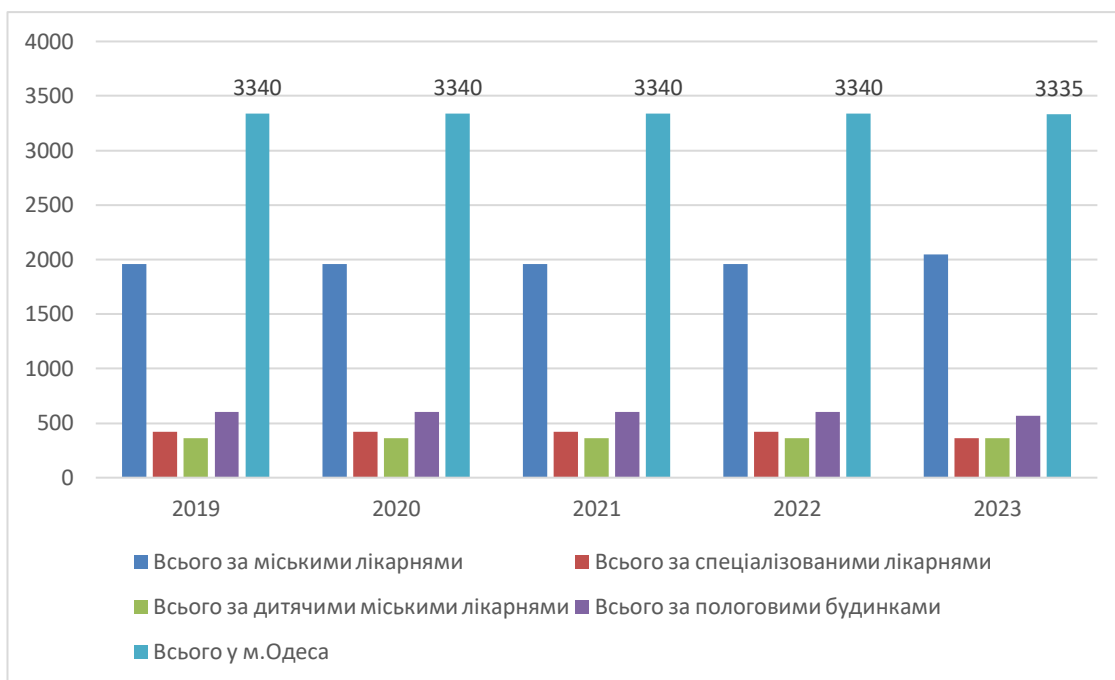


Рис. 2.7 Динаміка кількості фактично розгорнутих ліжок

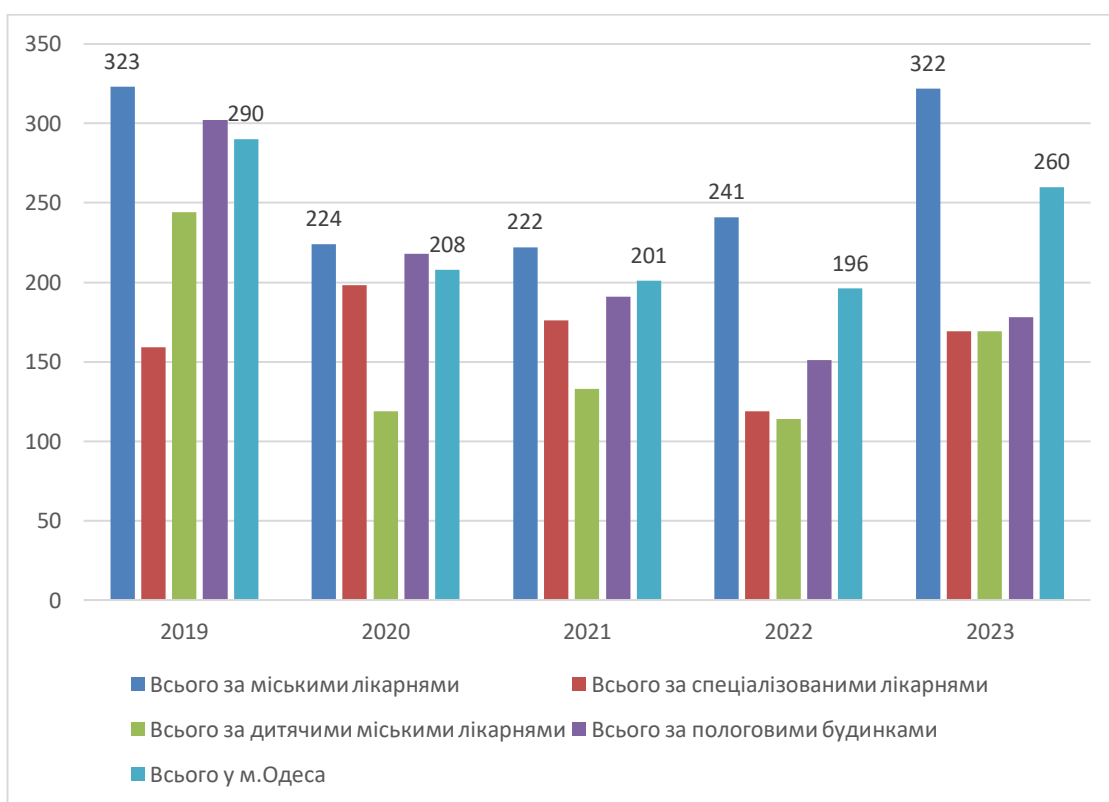


Рис. 2.8 Динаміка середньої кількості днів зайнятості ліжка

За аналізом динаміки кількості фактично розгорнутих ліжок в Одесі можна визначити, що впродовж 2019-2023 рр цей ресурс в системі охорони здоров'я Одеси не змінився. В цілому по місту кількості фактично розгорнутих ліжок тримається на 3340. Аналогічні тенденції нами визначено і за всіма типами закладів: за міськими лікарнями, за спеціалізованими лікарнями, за дитячими міськими лікарнями, за пологовими будинками.

За аналізом динаміки середньої кількості днів зайнятості ліжка можна визначити, що в цілому по Одесі цей показник зменшився з 290 в 2019му році до 260 в 2023му році. За умови нормативного значення 300-340 днів, це є негативною тенденцією. В міських лікарнях показник відповідає нормі і залишився стабільним на рівні 323 днів. Найменшим він є у спеціалізованих лікарнях – на рівні 170 днів. Найбільше скорочення відбулося в дитячих лікарнях.

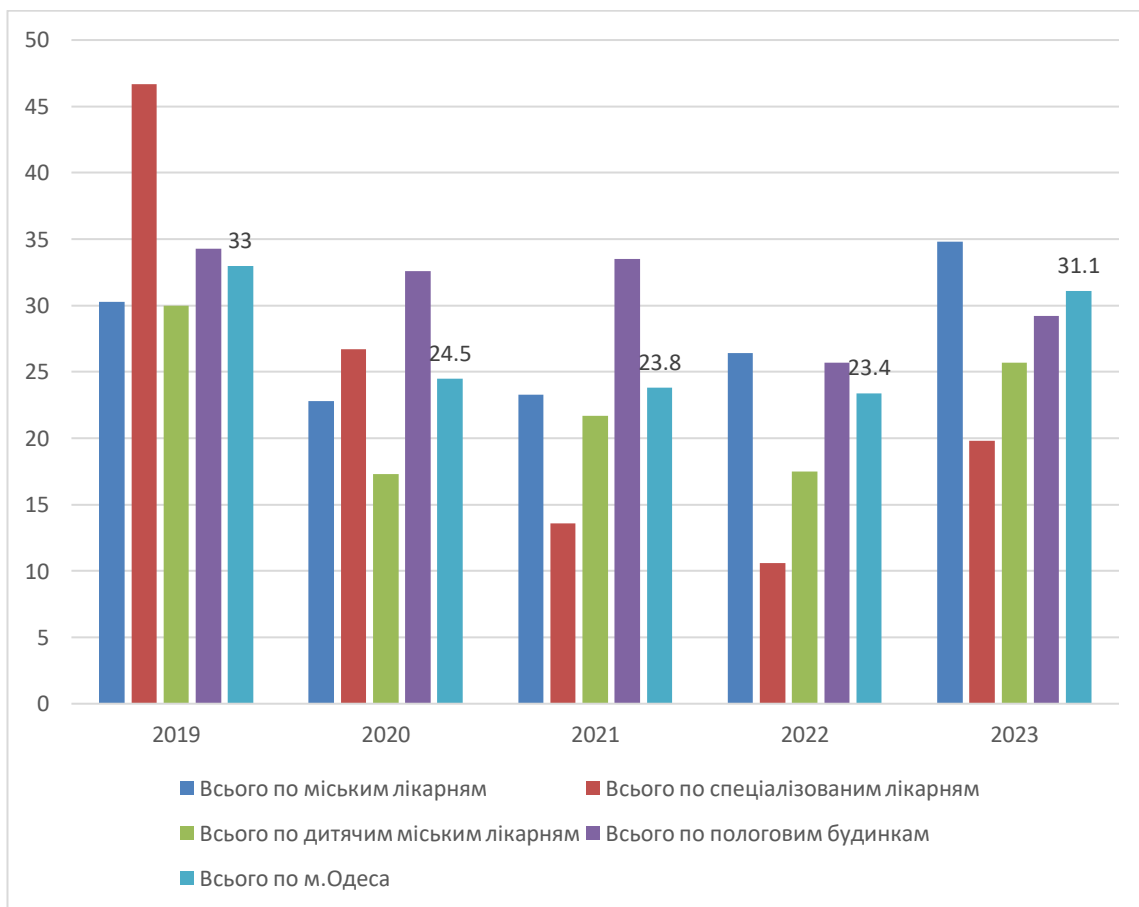


Рис. 2.9 Динаміка обігу ліжка

За аналізом динаміки обігу ліжка або кількості хворих на 1 ліжко можна визначити, що у 2020-2022 роках у всіх закладах спостерігається суттєве зниження обігу ліжка. Починаючи з 2021 року, показники поступово відновлюються, але у спеціалізованих лікарнях та пологових будинках відновлення йде повільніше. У міських лікарнях у 2023 році показник досяг найвищого значення за весь період (34,8), що свідчить про стабільне зростання. У спеціалізованих лікарнях найбільше падіння відбулося у 2021 році (13,6), і навіть у 2023 році показник (19,8) суттєво не повернувся до рівня 2019 року. У дитячих лікарнях в 2023 році обіг ліжка (25,7) значно покращився після падіння в 2020 році (17,3). У пологових будинках незважаючи на зменшення у 2022 році (25,7), у 2023 році показник (29,2) наближається до рівня 2019 року. В цілому по м. Одеса найбільше падіння спостерігалось у 2020 році (24,5). Проте у 2023 році (31,1) середній обіг ліжка значно зріс, майже досягнувши рівня 2019 року.

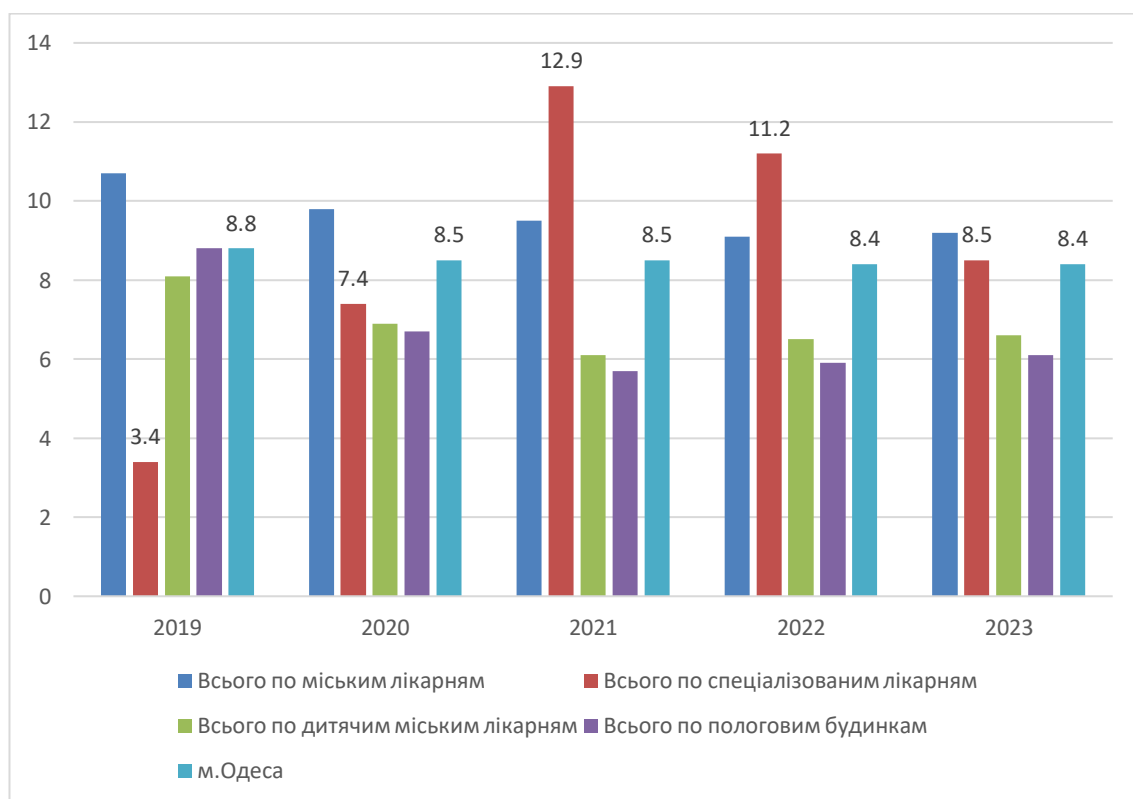


Рис. 2.10 Динаміка середньої тривалості перебування хворого на ліжку

Аналізуючи дані про середню тривалість перебування хворого на ліжку в різних типах медичних закладів Одеси за 2019–2023 роки, можна зробити такі висновки. В міських лікарнях спостерігається поступове скорочення середньої тривалості перебування хворих: з 10,7 днів у 2019 році до 9,1 днів у 2022 році. У 2023 році показник незначно зріс до 9,2 днів. Тенденція загалом свідчить про ефективніше використання ліжкового фонду, хоча зростання в 2023 році може вказувати на певні виклики (наприклад, збільшення складності випадків). У спеціалізованих лікарнях в 2020–2021 роках тривалість значно зросла (з 3,4 днів у 2019 році до 12,9 у 2021 році), що, ймовірно, пов'язано із специфікою надання послуг під час пандемії COVID-19. У 2022–2023 роках показники почали зменшуватися (до 8,5 днів у 2023 році). У дитячих міських лікарнях тривалість перебування зменшилась із 8,1 днів у 2019 році до 6,1 у 2021 році. У 2022–2023 роках відбулося незначне збільшення (до 6,6 днів у 2023 році). У пологових будинках найбільше скорочення тривалості відбулося з 8,8 днів у 2019 році до 5,7 днів у 2021 році. У 2022–2023 роках показник трохи зріс (до 6,1 днів у 2023 році). Це може бути пов'язано із запровадженням сучасних підходів до догляду за породіллями та немовлятами, але деяке зростання в 2023 році може свідчити про зміну стандартів або ускладнення клінічних випадків.

В цілому в закладах Одеси середня тривалість перебування зменшилась з 8,8 днів у 2019 році до 8,4 у 2022–2023 роках. Така динаміка свідчить про оптимізацію роботи закладів охорони здоров'я.

Отже, показники середньої тривалості перебування хворого на ліжку демонструють позитивну динаміку ефективності роботи більшості закладів. Це свідчить про стабільний рівень ефективності надання медичних послуг. Спеціалізовані лікарні мають найбільші коливання, що може пояснюватися специфікою їхньої діяльності (високоспеціалізовані послуги, пандемія тощо).

Проаналізуємо ще низку показників, пов'язаних із лікарняною летальністю та простоем ліжок.

Статистичні дані щодо лікарняної летальності представлені в табл. 2.7

Таблиця 2.7

Лікарняна летальність

Тип закладів	Лікарняна летальність (в %)				
	2019	2020	2021	2022	2023
КНП "Міська клінічна лікарня № 1 " ОМР	7,32	9,36	11,00	7,85	7,72
КУ "Міська клінічна лікарня № 3" ОМР	3,45	—	—	—	—
КНП "Міська лікарня № 5" ОМР	3,03	5,77	25,78	5,62	3,66
КНП "Міська лікарня № 8" ОМР	1,33	1,28	8,32	3,45	3,24
КНП "Міська клінічна лікарня № 10 " ОМР	2,49	3,62	5,71	4,11	4,38
КНП "Міська клінічна лікарня № 11 " ОМР	3,17	3,66	5,30	3,89	4,19
Всього по міських лікарнях	3,80	5,07	9,12	4,98	5,03
КНП "Інфекційна клінічна лікарня" ОМР	0,21	3,46	12,96	6,31	2,22
Всього по спеціалізованим лікарням	0,21	3,46	12,96	6,31	2,22
КНП "Міська дитяча лікарня №2 " ОМР	0,16	0,20	0,18	0,19	0,10
КНП "Дитяча міська клінічна лікарня №3" ОМР	0,07	0,35	0,12	0,08	0,11
Всього по дитячим міським лікарням	0,11	0,29	0,14	0,13	0,11
КНП "Пологовий будинок № 1" ОМР	0,02	—	—	0,03	—
КНП "Пологовий будинок № 2 " ОМР	—	0,03	—	—	—
КНП "Пологовий будинок № 4 " ОМР	—	—	—	—	—
КНП "Пологовий будинок № 5" ОМР	—	—	—	—	—
КНП "Пологовий будинок № 7 " ОМР	0,02	—	0,02	—	—
Всього по пологовим будинкам	0,008	0,01	0,005	0,006	—
м.Одеса	2,09	3,27	6,20	3,68	3,46

Динаміку представимо на рис. 2.11

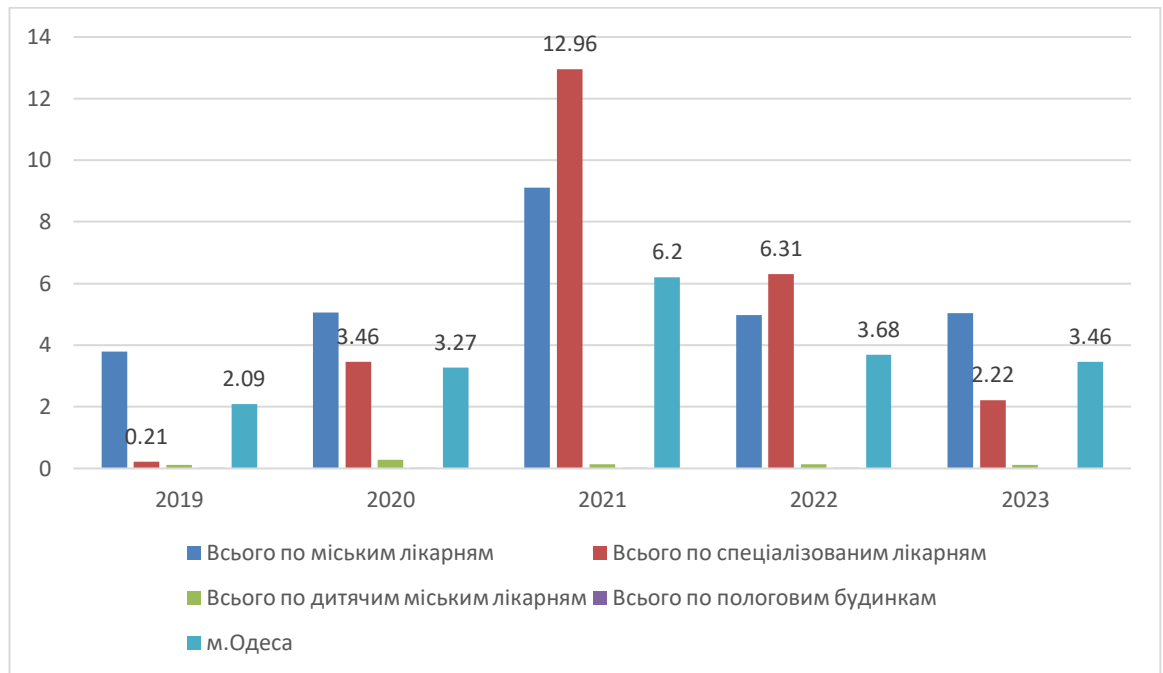


Рис. 2.11 Динаміка лікарняної летальності, %

Аналізуючи дані щодо динаміки лікарняної летальності можна стверджувати, що у міських лікарнях спостерігається зростання летальності у 2020-2021 роках із максимумом у 2021 році (9,12%). У 2022-2023 роках показник зменшився, але все ще залишається вищим, ніж у 2019 році. В спеціалізованих лікарнях відбулося значне підвищення летальності у 2021 році (12,96%), яке може бути пов'язане зі складністю лікування в умовах пандемії. Після цього показник знизився у 2022-2023 роках, досягнувши у 2023 році найнижчого значення (2,22%) за аналізований період. В дитячих лікарнях летальність стабільно низька протягом усіх років, без значних змін. Максимум (0,29%) був у 2020 році. Найнижчий показник в пологових будинках. Загалом по м. Одесу тенденції схожі на показники міських лікарень: зростання у 2020-2021 роках із максимумом у 2021 році (6,2%) та поступове зменшення у 2022-2023 роках (3,46%).

Різке зростання летальності у 2020-2021 роках можна пояснити впливом пандемії COVID-19, що створила підвищене навантаження на систему охорони здоров'я та погіршила доступ до планової медичної допомоги. Найбільші зміни спостерігалися в спеціалізованих лікарнях, що

свідчить про їхню критичну роль у лікуванні тяжких випадків. Дитячі лікарні демонструють стабільно низький рівень летальності, що є позитивним показником. Летальність у пологових будинках практично відсутня, що свідчить про високий рівень безпеки при наданні допомоги.

Дані з простою ліжок представлені в табл. 2.8

Таблиця 2.8

Простой ліжка зв'язаний з ремонтом та інших причин

Тип закладів	Простой ліжка зв'язаний з ремонтом та інших причин (в днях)*				
	2019	2020	2021	2022	2023
КНП "Міська клінічна лікарня № 1 " ОМР	15,5	8,3	27,4	8,1	6,0
КУ "Міська клінічна лікарня № 3" ОМР	—	—	—	—	—
КНП "Міська лікарня № 5" ОМР	35,3	—	31,6	261,7	132,0
КНП "Міська лікарня № 8" ОМР	27,8	17,9	87,6	42,9	6,2
КНП "Міська клінічна лікарня № 10 " ОМР	28,8	37,7	30,9	15,2	6,5
КНП "Міська клінічна лікарня № 11 " ОМР	20,1	13,3	15,5	—	2,5
Всього по міських лікарнях	23,3	15,1	31,7	63,6	17,9
КНП "Інфекційна клінічна лікарня" ОМР	—	—	0,4	60,8	45,6
Всього по спеціалізованим лікарням	—	—	0,4	60,8	45,6
КНП "Міська дитяча лікарня №2 " ОМР	55,2	60,2	30,5	70,6	87,3
КНП "Дитяча міська клінічна лікарня №3" ОМР	28,0	46,3	85,8	14,6	125,1
Всього по дитячим міським лікарням	42,0	53,5	57,4	43,4	105,7
КНП "Пологовий будинок № 1" ОМР	34,0	20,0	31,0	—	—
КНП "Пологовий будинок № 2 " ОМР	35,7	—	—	—	27,2
КНП "Пологовий будинок № 4 " ОМР	31,0	21,0	—	—	—
КНП "Пологовий будинок № 5" ОМР	31,0	—	18,0	0,6	—
КНП "Пологовий будинок № 7 " ОМР	35,2	21,0	30,0	—	—
Всього по пологовим будинкам	33,5	11,3	17,2	0,2	5,2
м.Одеса	24,2	16,6	27,9	49,6	28,7

Динаміку простою представимо на рис. 2.12

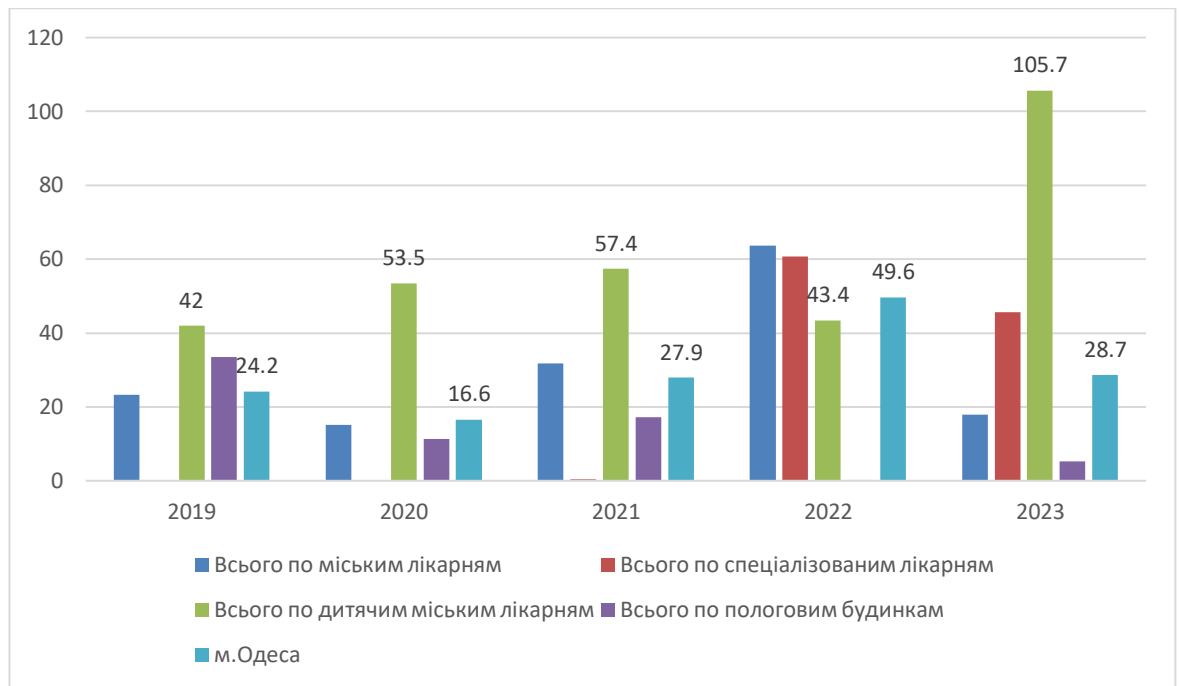


Рис. 2.12 Динаміка простою ліжок, зв'язана з ремонтом та іншими причинами, днях

За аналізом динаміки простою ліжок можна зробити такі висновки. У міських лікарнях найбільший простій спостерігався у 2022 році (63,6 дня), що свідчить про суттєві перебої в роботі. У 2023 році простій зменшився до 17,9 дня, що є кращим результатом порівняно з попередніми роками. У спеціалізованих лікарнях найвищий показник простою також був у 2022 році (60,8 дня). У 2023 році простій скоротився до 45,6 дня, що все ще залишається високим показником. У дитячих лікарнях постійно високий рівень простою, який у 2023 році досяг максимуму (105,7 дня). Це може вказувати на серйозні проблеми з інфраструктурою або організацією роботи. В пологових будинках відбувається значне зниження простою з 33,5 дня у 2019 році до 5,2 дня у 2023 році. У 2022 році простій практично зник (0,2 дня), що свідчить про стабільність і ефективність роботи.

Загалом по м. Одеса простій коливався у межах 16,6–49,6 дня. У 2023 році показник знизився до 28,7 дня, що є середнім значенням порівняно з попередніми роками. Найбільше на цей показник вплинула війна в Україні,

що ускладнило проведення ремонтів та забезпечення нормальної роботи лікарень. У 2023 році відбулося покращення інфраструктури та адаптація системи охорони здоров'я до нових умов, що пояснює зменшення простоїв у більшості закладів.

Пологові будинки демонструють найкращу динаміку, зводячи простої майже до нуля. Зменшення простоїв у 2023 році вказує на поступове вирішення проблем, однак спеціалізовані та дитячі лікарні все ще потребують модернізації.

Таким чином, за результатами проведеного аналізу можна зробити такі висновки стосовно стану медичних послуг в Одесі за період 2019–2023 років:

1. Кількість розгорнутих ліжок залишилася незмінною, але ефективність їх використання знизилася через падіння середньої зайнятості ліжка, що не відповідає нормативним показникам.
2. Середня тривалість перебування хворих поступово зменшується, що свідчить про підвищення ефективності медичних послуг.
3. Під впливом пандемії COVID-19 у 2020–2021 роках відбулося погіршення ключових показників, таких як летальність і обіг ліжка, але в 2022–2023 роках спостерігається стабілізація та поступове їх відновлення.
4. Простій ліжок залишався значним у 2022 році через вплив війни та пандемії, проте у 2023 році відбулося помітне зменшення, що вказує на адаптацію системи охорони здоров'я до нових умов.
5. Хоча летальність загалом зменшилася у 2023 році порівняно з піковими значеннями 2020–2021 років, вона все ще вища за довоєнний рівень.

Отже, медична система Одеси демонструє тенденцію до стабілізації та оптимізації роботи після впливу пандемії та воєнних дій. Водночас існує потреба в подальшій модернізації інфраструктури, зменшенні простоїв та підвищенні ефективності використання ресурсів.

2.3 Перспективи розвитку системи охорони здоров'я

Український ринок медичних послуг перебуває у стані значних змін.

Сучасна система охорони здоров'я стрімко інтегрує цифрові технології, що стає невід'ємною складовою реформування галузі. Цифровізація в медицині, або eHealth, забезпечує нові можливості для збереження здоров'я пацієнтів, ефективного управління медичними ресурсами та підвищення якості надання послуг. В Україні розвиток діджиталізації охорони здоров'я є одним із ключових аспектів реформ, спрямованих на створення пацієнтоцентричної системи, здатної відповідати сучасним викликам.

Попри те, що в нашій країні активно впроваджується електронна система eHealth, рівень діджиталізації на сьогодні значно відстає від країн Європейського Союзу. Так, електронні рецепти та медичні картки є стандартом у країнах ЄС, таких як Естонія, Данія, Фінляндія, де майже 100% медичних закладів інтегровані в електронну систему. Також розвиненою є телемедицина в країнах ЄС завдяки високошвидкісному Інтернету, тоді як в Україні лише менша частина медичних закладів у сільській місцевості мають доступ до такої системи.

Досвід країн ЄС демонструє, що впровадження централізованих платформ для обміну даними, стандартизації процесів і створення навчальних центрів для лікарів є критично важливими для успішної діджиталізації.

За попередніми оцінками, повне впровадження eHealth в Україні надасть реалізувати такі переваги:

- знизити адміністративні витрати за рахунок автоматизації;
- підвищити ефективність використання ресурсів завдяки прозорості у закупівлях і розподілі ліків;
- зменшити кількість повторних обстежень і дублюючих аналізів, що суттєво скоротить витрати пацієнтів;

- зменшить витрати на лікування ускладнень.

Український ринок медичних послуг перебуває у стані значних змін. Поява великої кількості приватних медичних закладів створює конкурентне середовище, де державні установи змушені адаптуватися до нових умов. Приватні клініки демонструють більшу гнучкість та здатність реагувати на потреби пацієнтів, що стимулює підвищення якості послуг в цілому.

Ключем до успіху медичного закладу стає пацієнтоцентричний підхід, де всі процеси – від організації персоналу до впровадження технологій – орієнтовані на потреби пацієнтів. Медична установа зможе успішно конкурувати в сучасному середовищі лише за умови, що послуги відповідатимуть очікуванням споживачів.

Медична реформа, що впроваджується в Україні, передбачає створення державного гарантованого пакета послуг. Це нововведення забезпечить стандартизацію та прозорість у фінансуванні, що дозволить зрівняти умови для державних і приватних закладів. Конкуренція стимулюватиме медичні установи вдосконалювати якість послуг і впроваджувати інноваційні підходи.

Подальший розвиток ринку залежить від впровадження інноваційних рішень і державно-приватного партнерства. Інтеграція сучасних технологій eHealth, розвиток телемедицини та використання інвестицій у технологічні рішення сприятимуть підвищенню ефективності послуг і доступності для всіх верств населення.

Основною метою впровадження плану відновлення у сфері охорони здоров'я є створення сучасної системи медичних послуг, що характеризується якістю, доступністю та здатністю задовольняти потреби населення. Для досягнення цієї мети передбачається реалізація низки ключових напрямів (Рис. 2.14) [40]:

- Посилення політик та інституційної спроможності системи охорони здоров'я;



Рис. 2.14 Ключові напрямки розвитку системи охорони здоров'я

- Забезпечення фінансової стабільності;
- Модернізація мережі медичних закладів;
- Покращення послуг для особливих груп населення;
- Розвиток кадрового потенціалу;
- Посилення системи громадського здоров'я та готовності до надзвичайних ситуацій

Представлені ключові напрями розвитку спрямовані на модернізацію системи охорони здоров'я, її адаптацію до сучасних викликів і забезпечення високих стандартів медичного обслуговування для всіх громадян.

Трансформація ринку медичних послуг в Україні – це не лише виклик, але й шанс для якісних змін. Лише ті заклади, які враховують реальні потреби пацієнтів, впроваджують сучасні технології та орієнтовані на партнерство, зможуть досягти успіху в умовах зростаючої конкуренції.

РОЗДІЛ 3.

УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ

3.1 Пропозиції щодо удосконалення системи управління

Одним із ключових документів, що визначає стратегічний напрямок розвитку системи охорони здоров'я України, є затверджена Міністерством охорони здоров'я України «Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року». Ця стратегія спрямована на вдосконалення та розвиток медичної галузі, забезпечення доступу населення до якісних медичних послуг і лікарських засобів, раціональне використання ресурсів. Вона базується на національних законодавчих актах та враховує провідний міжнародний досвід, зокрема рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), стратегічні документи Європейського Союзу, а також найкращі практики країн ЄС, Великої Британії та США.

Законодавча база у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення включає такі основні документи:

- Закон України «Про основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-XII.
- Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 № 2168-VIII.
- Постанова Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 № 391 «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення».
- Постанова Кабінету Міністрів України від **22.12.2023 № 1394** (із змінами від 13.04.2024 № 428) «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2024 році».

На початку липня 2022 року Верховна Рада України ухвалила закон № 2347, який започаткував новий етап медичної реформи, спрямований на формування спроможної мережі закладів охорони здоров'я. Відповідно до вимог цього закону Кабінет Міністрів України затвердив постанову від 28 лютого 2023 року № 174 «Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я».

У межах реформи кожна область України стала окремим госпітальним округом, який розподіляється на кластери. У цих округах лікарні поділені на:

- **Загальні лікарні**, які забезпечують лікування найбільш поширених захворювань та надають базові медичні послуги ближче до пацієнта.
- **Кластерні лікарні**, що забезпечують лікування складніших випадків.
- **Надкластерні лікарні**, які спеціалізуються на високотехнологічних і вузькопрофільних медичних послугах.

Реалізація цієї моделі дозволить раціонально розподіляти ресурси, модернізувати інфраструктуру закладів та проводити закупівлі дороговартісного обладнання відповідно до потреб кожного типу лікарень.

Ця реформа не лише структурує мережу медичних закладів, а й сприяє забезпеченню доступу до якісних послуг незалежно від місця проживання пацієнта. Вона дозволяє ефективніше використовувати ресурси та надає можливість модернізації медичних установ. Впровадження спроможної мережі є фундаментальним кроком для формування стійкої та ефективної системи охорони здоров'я України.

Система управління медичними закладами в Україні перебуває на етапі трансформації. Автономізація закладів охорони здоров'я стала важливим кроком уперед, передавши більше повноважень місцевим та обласним радам. Проте для реальної ефективності цього процесу необхідно подолати низку викликів, які все ще обмежують прозорість і результативність управління.

Шляхи вирішення проблемних питань

1. Збільшення надходжень.
2. Зменшення видатків.
 - збільшення кількості пролікованих випадків (в тому числі за рахунок обслуговування пацієнтів з інших територій);
 - збільшення кількості пролікованих випадків більш високого рівня складності, в тому числі оперативних втручань;
 - розвиток структурних підрозділів, які працюють найбільш ефективно;
 - систематичний перегляд та коригування цін на платні послуги; залучення інших надходжень не заборонених чинним законодавством (в тому числі від благодійних фондів, страхових компаній, фізичних та юридичних осіб, участь в інвестиційних проектах тощо).

Резерви збільшення доходів та фінансової стійкості лікарні:

1. Максимально ефективно використати доступ до ресурсу державного бюджету.
2. Підвищити ефективність операційної діяльності підприємств.
3. Провести економічний аналіз лікарні та бенчмаркінг.
4. Визначити пріоритети та провести реструктуризацію лікарні.

Одним із головних завдань є залучення громади до процесу управління медичними установами. Це можна зробити через створення наглядових рад, до яких увійдуть представники громадськості, пацієнтських організацій, місцевого бізнесу та медичних експертів. Такий підхід дозволить зробити управління більш відкритим і враховувати інтереси різних груп.

Наглядові ради можуть стати дієвим інструментом, який забезпечить прозорість прийняття рішень, контроль за фінансами та орієнтацію на потреби громади. Адже лікарня – це не просто будівля чи персонал, це місце, яке має бути частиною соціальної тканини кожного міста чи села.

Створення інтегрованої мережі медичних закладів, організованої в межах госпітальних округів, допоможе зменшити дублювання функцій і сприятиме кращій координації між закладами. Це дозволить оптимально використовувати кошти та покращити доступність послуг для пацієнтів, особливо в регіонах із низькою щільністю населення.

Важливим кроком стане оновлення систем ліцензування та акредитації медичних закладів. Ліцензія – це не просто документ, а підтвердження того, що заклад відповідає мінімальним стандартам, а акредитація допоможе стимулювати заклади до постійного підвищення якості.

Сучасні технології можуть стати справжнім каталізатором змін. Електронні системи охорони здоров'я повинні бути впроваджені на всіх рівнях – від локальних клінік до центральних лікарень. Інформація про роботу закладів, їхню ефективність і якість послуг має бути доступною для громадськості через відкриті дані.

Використання штучного інтелекту та аналітики дозволить більш точно прогнозувати потреби у медичних послугах, оптимізувати розподіл ресурсів і покращити управління. Але водночас необхідно дотримуватися етичних стандартів, щоб технології слугували людям, а не навпаки.

Самоврядування в медичній галузі є важливим елементом ефективного управління. Професійні асоціації мають бути активними учасниками у вирішенні кадрових питань, контролю якості освіти та впровадженні стандартів.

Такі організації здатні захищати інтереси медичних працівників, підвищувати рівень їхньої відповідальності та сприяти їхньому професійному розвитку. Проте, щоб це стало реальністю, потрібне чітке законодавче регулювання і прозорі механізми їхньої роботи.

Сучасна система управління медичними закладами – це не лише про фінанси чи менеджмент. Це про людей: пацієнтів, лікарів, медсестер і

громаду в цілому. Залучення всіх цих сторін, використання інновацій і створення прозорих механізмів зроблять медицину ближчою до людей.

Лікарня має бути місцем, де пацієнти отримують допомогу, яку вони заслуговують, а медичні працівники – працюють у гідних умовах. Лише через спільні зусилля та відкритість можна створити систему охорони здоров'я, якою пишатиметься кожен.

На сьогодні в Одесі нагальним є реорганізація Комунального некомерційного підприємства «Міська клінічна лікарня №10» Одеської міської ради (КНП «МКЛ №10» ОМР).

Ця лікарня, завдяки організаційно-управлінським рішенням та ефективному менеджменту, запропонованим у 2020-2023 рр., має потенціал та можливість розвитку як кластерна лікарня. Тобто як багатoproфільний опорний заклад охорони здоров'я, а також як заклад для організації медичної допомоги у надзвичайних станах та масовому надходженні пацієнтів, в т.ч. постраждалих внаслідок військової агресії російської федерації проти України.

Проте, існують деякі передумови щодо подальшого розвитку закладу задля забезпечення повноцінної кластерної функції та спроможного розвитку лікарні.

Враховуючі обмежену фінансову спроможність та оптимізацію всій моделі надання медичних послуг госпітального кластеру, організація власної перинатальної служби на базі закладу є недоцільною, найбільш перспективним розвитком є об'єднання з перинатальними службами пологових будинків.

Найближчими закладами перинатальної служби до КНП Міської клінічної лікарні №10 є КНП Пологовий будинок №7 ОМР та КНП «Пологовий будинок №5» ОМР.

Проведемо аналіз доцільності одночасного об'єднання КНП «Міської клінічної лікарні №10» ОМР з КНП «Пологовим будинком №5» ОМР та

КНП «Пологовим будинком №7» ОМР з використанням моделі SWOT-аналізу (Табл. 3.1)

Таблиця 3.1

Модель SWOT-аналізу доцільності проекту одночасного об'єднання
КНП «Міської клінічної лікарні №10» ОМР з КНП «Пологовим будинком
№5» ОМР та КНП «Пологовим будинком №7» ОМР

Сильні сторони Організація найбільшої кластерної багатoproфільної лікарні територіальної громади м.Одеса Наявність високотехнологічного обладнання та наступництва у роботі госпітального кластеру Відповідність до вимог НСЗУ у всіх структурних підрозділах госпітального кластеру	Слабкі сторони Недостатнє фінансування за договором з НСЗУ (приєднання двох пологових будинків значно обмежує фінансову спроможність закладу) Неадекватна потужність акушерсько-гінекологічної служби для одного госпітального кластеру (на даний момент 220 акушерських та 60 гінекологічних ліжок) Внутрішній конфлікт інтересів двох відокремлених перинатальних центрів у одному кластерному закладі охорони здоров'я Потреба у додатковому бюджеті для розвитку та оновлення служб
Можливості Можливість розвитку служб, які не вистачають госпітальному кластеру (дитячі стаціонари)	Загрози Ризик отримання статусу неспроможного госпітального кластеру Потреба у скороченні та перепрофілюванні великої кількості працівників КНП «ПБ№5» ОМР Втрата гранту ЄІББ на капітальний ремонт фасаду, палат та території корпусу КНП «ПБ №5» ОМР (2023) Втрата гранту ЄІББ на капітальний ремонт фасаду, операційних блоків та території корпусу літ. «В» КНП «МКЛ №10» ОМР (2024) Форс-мажорні обставини (бойові дії, воєнний стан) Очікуване зниження народжуваності в Україні на найближчі 10 років на 20-40%

Загальні перспективні напрямки госпітального кластеру, які не залежать від об'єднання, нами не враховувалися.

На підставі проведеного аналізу, з використанням якого систематизовано всі сторони проекту ми обґрунтовано доходимо **висновку**:

на даному етапі стратегічного планування роботи госпітального кластеру одночасне об'єднання з двома пологовими будинками є недоцільним через:

- втрату грантового фінансування КНП «Пологовий будинок №5» ОМР,
- перевантаження кластерної лікарні двома конкуруючими перинатальними службами,
- потребою у великому скороченні кадрового потенціалу пологових будинків,
- загрози фінансової неспроможності закладу в цілому тощо.

У разі наступного злиття госпітального кластеру (КНП «МКЛ №10» ОМР з КНП «ПБ№7»ОМР) з КНП «ПБ№5» ОМР, задля оптимального функціонування кластеру та враховуючи тенденцію та перспективи народжуваності (очікуване безповоротне щорічне зниження на 20% у разі короткотривалої війни і на 40% у разі довготривалої війни), пропонується розглянути створення на базі КНП «Пологовий будинок №5» ОМР дитячий стаціонарний корпус госпітального кластеру, зокрема дитячого інфекційного відділення (боксованого) із залишенням суцільної потужної перинатальної допомоги на базі колишнього КНП «Полового будинку №7» ОМР.

Тому ми вважаємо за доцільне розглянути такі перспективні проекти розвитку госпітального кластеру у разі можливого об'єднання з КНП «Пологовий будинок №5 ОМР:

- Створення дитячого стаціонарного корпусу на базі КНП «Пологовий будинок №5» ОМР
- Створення дитячого інфекційного відділення на базі КНП «Пологовий будинок №5» ОМР.
- Створення центру ЕКО на базі ЖК (вул. Армійська 14).

- Розвиток власної патологоанатомічної служби на базі КНП «Пологовий будинок №5» ОМР.

З використанням моделі SWOT-аналізу проведемо аналіз доцільності одночасного об'єднання КНП «Міської клінічної лікарні №10» ОМР з КНП «Пологовий будинок №7» ОМР (Табл. 3.2). Загальні перспективні напрямки госпітального кластеру, які не залежать від об'єднання, ми не враховували.

Таблиця 3.2

Модель SWOT-аналізу доцільності одночасного об'єднання КНП «Міської клінічної лікарні №10» ОМР з КНП «Пологовий будинок №7» ОМР

Сильні сторони Оптимальне співвідношення акушерсько-гінекологічних ліжок у госпітальному кластері Забезпечення вимог кластерної лікарні госпітального кластеру Більш оптимальне фінансування за договором з НСЗУ (приєднання одного пологового будинку зберігає фінансову спроможність суцільного закладу).	Слабкі сторони Потреба у додатковому бюджеті для розвитку новостворених та оновлення існуючих служб
Можливості Розвиток центру репродуктивного чоловічого та жіночого здоров'я на базі перинатальної служби Розвиток служби реабілітації новонароджених та немовлят Об'єднання єдиної служби лабораторії та встановлення її відповідності до існуючих медико-технологічних стандартів та розташування на окремій базі (оптимальне використання приміщень) Створення паліативної та реабілітаційної медичної допомоги на окремій базі (оптимальне використання приміщень)	Загрози Форс-мажорні обставини (бойові дії, воєнний стан) Очікуване зниження народжуваності в Україні на найближчі 10 років на 20-40% Ризик отримання статусу неспроможного госпітального кластеру

На підставі проведеного аналізу, з використанням якого систематизовано всі сторони проекту ми обґрунтовано доходимо **висновку:** на даному етапі стратегічного планування роботи госпітального кластеру на 2024-2026 рр. є більш доцільним злиття КНП «Міської клінічної лікарні №10» ОМР тільки з КНП «Пологовий будинок №7» ОМР.

Загальні висновки представлені на рис. 3.1

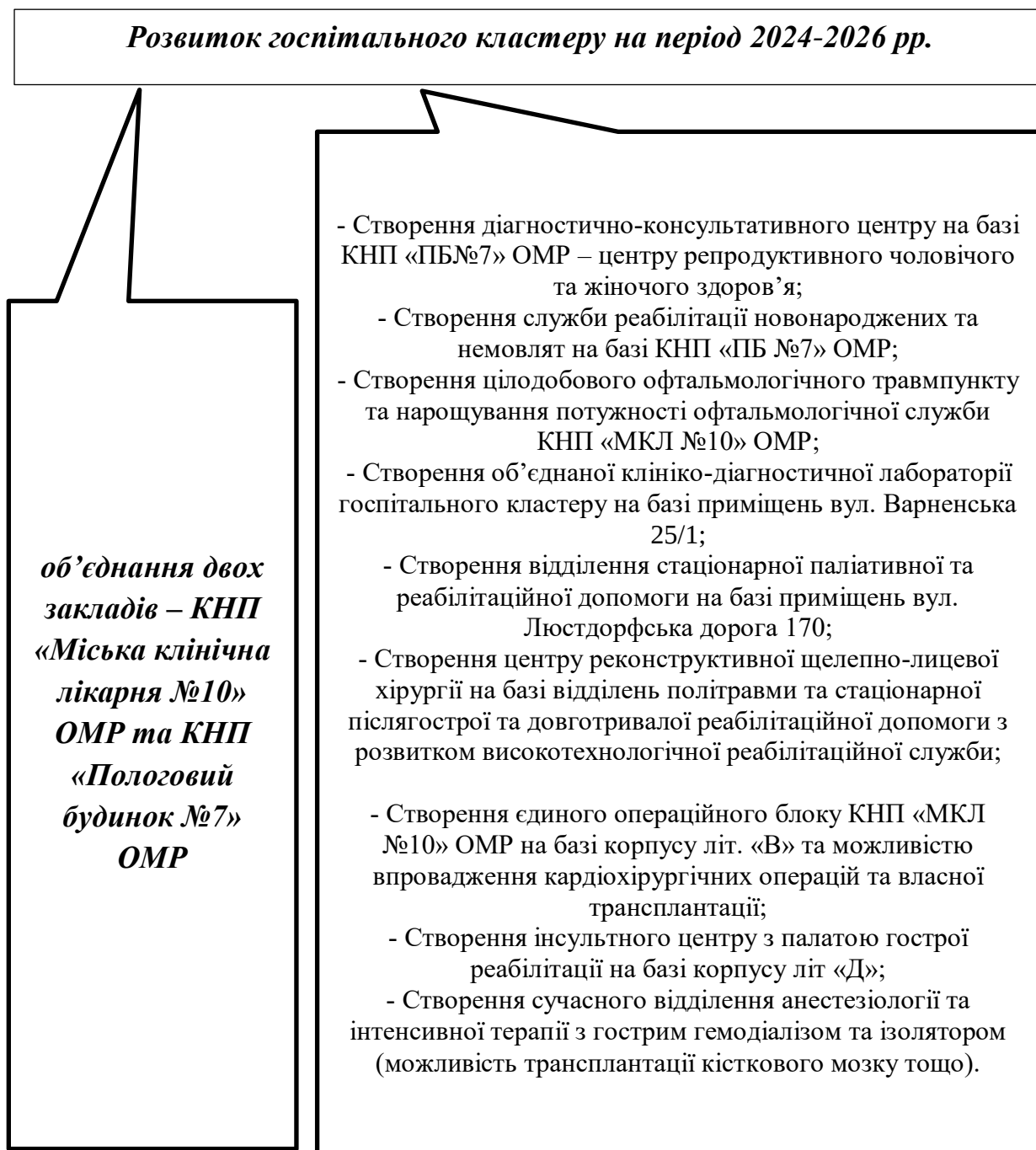


Рис. 3.1 Проект розвитку госпітального кластеру

Таким чином, можна дійти такого **загального висновку** щодо перспектив реорганізації КНП «Міської клінічної лікарні №10» ОМР:

на даному етапі розвитку госпітального кластеру на період 2024-2026 рр. більш оптимальним та з економічного, соціального, та медико-технологічного аспекту доцільним є об'єднання тільки двох закладів – КНП «Міська клінічна лікарня №10» ОМР та КНП «Пологовий будинок №7» ОМР. У разі зазначеного об'єднання, задля формування госпітального кластеру найбільш актуальними є впровадження низки проектів, представлених на рис. 3.1

3.2 Обґрунтування проекту розвитку госпітального кластеру

Розглянемо запропоновані нами дев'ять проектів з реалізації госпітального кластеру.

Проект 1 «Створення діагностично-консультативного центру репродуктивного чоловічого та жіночого здоров'я на базі КНП «Пологовий будинок №7»

Опис даного проекту представлено в таблиці 3.3

Таблиця 3.3

Опис проекту «Створення діагностично-консультативного центру репродуктивного чоловічого та жіночого здоров'я на базі КНП «Пологовий будинок №7»

Характеристики проекту	Опис характеристик проекту
Ціль	Підвищення показника народжуваності, індексу фертильності населення через розвиток репродуктивних технологій на базі госпітального кластеру
Завдання	1.Створення сучасного центру чоловічого та жіночого репродуктивного здоров'я на базі суцільного медичного центру 2.Використання сучасних медико-технологічних стандартів надання медичної допомоги у репродуктивних технологіях 3.Забезпечення збільшення кількості пологів за рахунок сімей, яким допомогли у центрі репродуктивного здоров'я.
Key messages	«Наш пологовий будинок – перший який турбується як про

	жіноче, так і чоловіче здоров'я» «Пологовий будинок №7 – від планування сім'ї до здорових пологів» «В нашому закладі є можливість вирішити всі проблеми репродуктивного здоров'я та отримати здорові пологи – і все в одному місці»
Коротка довідка	Станом на теперішній час у м.Одеса відсутній центр репродуктивного здоров'я та планування сім'ї. Створення діагностично-консультативного центру на базі КНП «ПБ№7» ОМР і центру репродуктивного чоловічого та жіночого здоров'я забезпечить збільшення народжуваності у м.Одеса, а також притік вагітних та їх партнерів до КНП «ПБ №7» ОМР
Потреби у персоналі	Додаткового введення ставок не потребує (за рахунок штатного фонду ДКЦ КНП «МКЛ №10» ОМР та ДКЦ КНП «ПБ№7» ОМР).
Потреби у ремонтних та реконструкційних роботах	Косметичний ремонт приміщень КНП «ПБ №7» ОМР - 800 000 грн.
Потреби в обладнанні	3Д/4Д ультразвуковий сканер – 2 100 000 грн. Гістероскоп – 1 500 000 грн.
Потреби у витратних матеріалах	Потреби у поточних витратних матеріалах забезпечується в рамках договору з НСЗУ Додаткові лабораторні матеріали та реактиви для виявлення генетичних та орфанних захворювань – 1 000 000 грн. /рік.

Потреба у матеріальних витратах представлена в таблиці 3.4

Таблиця 3.4

Кошторис витрат на проект № 1 «Створення діагностично-консультативного центру репродуктивного чоловічого та жіночого здоров'я на базі КНП «Пологовий будинок №7»

Потреба у ресурсах	Очікувані витрати	Джерело фінансування
Персонал	Додатково не потребує	-
Ремонтні роботи	800,0 тис.грн.	НСЗУ
Обладнання	3 600,0 тис.грн.	Депутатський фонд
Витратні матеріали	1 000, тис.грн./рік	Програма «здоров'я»

На підставі наведених обґрунтувань можна зробити **висновок**:

створення діагностично-консультативного центру на базі КНП «ПБ№7» ОМР – центру репродуктивного чоловічого та жіночого здоров'я забезпечить збільшення показників народжуваності, збільшення кількості

звернень до перинатальної служби, підвищить якість надання медичної допомоги жителям територіальної громади м.Одеса .

Проект 2 «Створення служби реабілітації новонароджених та немовлят на базі КНП «Пологовий будинок №7» ОМР»

Опис проекту представлено в таблиці 3.5 та 3.6

Таблиця 3.5

Опис проекту «Створення служби реабілітації новонароджених та немовлят на базі КНП «Пологовий будинок №7» ОМР»

Характеристики проекту	Опис характеристик проекту
Ціль	підвищення ефективності перинатальної служби шляхом впровадження реабілітаційних заходів у недоношених новонароджених та немовлят
Завдання	1. Створення кабінету фізичної та реабілітаційної медицини новонароджених на базі пологового будинку №7 2. Отримання пакету НСЗУ «Медична реабілітація немовлят, які народились передчасно та/або хворими, протягом перших трьох років життя», збільшення обсягу фінансування закладу за рахунок нового пакету договору програми державних гарантій медичного обслуговування населення 3. Додатковий набір спеціалістів дитячого профілю задля функціонування дитячого спеціалізованого амбулаторного центру дітей першого року життя
Key messages	«створення повного циклу надання медичної допомоги новонародженим та немовлятам» «Повний спектр услуг надання медичної допомоги, зокрема реабілітаційного лікування»
Коротка довідка	Станом на теперішній час у м.Одеса відсутня реабілітаційна служба недоношених та новонароджених із захворюваннями, що відповідає сучасним медико-технологічним стандартам реабілітації (встановлення діагнозу у відповідності до класифікації порушень функціонування, обмеження діяльності та здоров'я, надання медичної допомоги з ерготерапії, фізичної терапії, асистивних технологій тощо)
Потреби у персоналі	Додаткового введення ставок не потребує (перепрофілювання існуючого персоналу на необхідні спеціальності)
Потреби у ремонтних та реконструкційних роботах	Косметичний ремонт приміщень КНП «ПБ №7» ОМР (зарахований у проекті №1, 800 000 грн.)
Потреби у обладнанні	Реабілітаційне обладнання (ортези, протези, СРМ машини, вертикалі затори дитячі, ерготерапевтичне та асистивне обладнання) - 1 800 000,0 грн.

Потреби у витратних матеріалах	Потреби у поточних витратних матеріалах забезпечується в рамках договору з НСЗУ програми державних гарантій медичного обслуговування населення
--------------------------------	--

Таблиця 3.6

Потреба в персоналу для проекту «Створення служби реабілітації новонароджених та немовлят на базі КНП «Пологовий будинок №7» ОМР»

<i>Найменування посади</i>	<i>Необхідна кількість ставок</i>	<i>Примітка</i>
Кабінет фізичної та реабілітаційної медицини		
Лікар ФРМ	0,5	-
Фізичний терапевт	0,5	-
Ерготерапевт	0,5	-
Асистент фізичного терапевта	0,5	-
Асистент ерготерапевта	0,5	-
Лікарі спеціалісти ДКЦ		-
Лікар хірург дитячий	0,5	-
Лікар ортопед-травматолог дитячий	0,5	-
Лікар невролог дитячий	0,5	В наявності
Лікар офтальмолог дитячий	0,5	В наявності

Потреба у матеріальних витратах представлена в таблиці 3.7

Таблиця 3.7

Кошторис витрат на проект 2 «Створення служби реабілітації новонароджених та немовлят на базі КНП «Пологовий будинок №7» ОМР»

Наявна потреба	Очікувані витрати	Джерело фінансування
Персонал	Додатково не потребує	-
Ремонтні роботи	800,0 тис.грн.	НСЗУ
Обладнання	1 800,0 тис.грн.	Місцевий бюджет
Витратні матеріали	В рамках загальних витрат	НСЗУ

На підставі наведених обґрунтувань можна зробити **висновок**:

Створення реабілітаційної служби на базі КНП «ПБ№7» ОМР підвищить якість надання медичної допомоги недоношеним та хворим

новонародженим, очікувано зменшить показник інвалідності дитинства на 10-12%.

Проект 3 «Створення цілодобового офтальмологічного травмпункту та нарощування потужності офтальмологічної служби КНП «Міської клінічної лікарні №10» ОМР»

Опис даного проекту представлено в таблиці 3.8

Таблиця 3.8

Опис проекту «Створення цілодобового офтальмологічного травмпункту та нарощування потужності офтальмологічної служби КНП «Міської клінічної лікарні №10» ОМР»

Характеристики проекту	Опис характеристик прпоекту
Ціль	підвищення ефективності лікування пацієнтів з травмою ока
Завдання	1. Створення цілодобового офтальмологічного травмпункта 2. Збільшення потужності офтальмологічної служби та ліжкового фонду відділення політравми – проведення планових високотехнологічних офтальмологічних втручань
Key messages	«Перший та єдиний в закладі одеської територіальної громади цілодобовий травмпункт ока» «КНП «МКЛ №10» ОМР - Інтегративне рішення при опіковій та офтальмологічній травмі»
Коротка довідка	Станом на теперішній час у закладаї територіальної громади м.Одеса відсутня невідкладна служба при травмі ока, також існує велика потреба у високоспеціалізованих офтальмологічних втручаннях (операції при глаукомі, катаракті, імплантація кришталика тощо).
Потреби у персоналі	Наявна додаткова потреба у персоналі
Потреби у ремонтних та реконструкційних роботах	Косметичний ремонт колишніх приміщень південно-західного відділу ООПАБ – 1 200 000 грн.
Потреби у	Є наявність

обладнанні	
Потреби у витратних матеріалах	Поточні витратні матеріали – за рахунок договору з НСЗУ в рамках загальних витрат Високотехнологічні матеріали - за рахунок місцевого бюджету (Програма «Здоров'я») – орієнтовно 2 500 000 грн. щороку

Потреба в персоналі представлена в таблиці 3.9

Таблиця 3.9

Потреба в персоналі для проекту «Створення цілодобового офтальмологічного травмпункту та нарощування потужності офтальмологічної служби КНП «Міської клінічної лікарні №10» ОМР»

Найменування посади	Необхідна кількість ставок
Цілодобовий офтальмологічний травмпункт	
Лікар офтальмолог	4,75
Медична сестра	4,75
Молодша медична сестра	4,75
Операційний блок / відділення полі травми	
Лікар офтальмолог	1,0
Медична сестра операційна	1,0
Медична сестра перев'язувальна	1,0
Медична сестра процедурна	1,0

Потреба в обладнанні представлена в таблиці 3.10

Таблиця 3.10

Потреба в обладнанні для проекту «Створення цілодобового офтальмологічного травмпункту та нарощування потужності офтальмологічної служби КНП «Міської клінічної лікарні №10» ОМР»

Найменування	Кількість, од	Вартість, тис. грн.
Офтальмологічний травмпункт		
Ехоофтальмограф	1	800
Лампа щілинна	1	400
Офтальмометр	1	15
Набор пробних окулярних лінз і призм	1	В наявності
Периметр зору (периграф)	1	20
Офтальмоскоп ручний	3	25
Операційна/офтальмологічний стаціонар		

Лампа щілинна	1	400
Ліжко функціональне	10	1 600
Мікроскоп оптичний операційний	1	В наявності
Освітлювач безтінювий	1	250
Освітлювач налобний біноклярний	3	450
Факоемульсифікатор	1	2 000
Цифровий автоматичний фороптор	1	600
Автоматичний тоно-рефракто-пахіметр	1	600
Ексимерний рефракційний лазер	1	1 800
Мікрокератом	1	1 000
Апарат оптико-когерентної томографії ока	1	2 100
ВСЬОГО		11 660

Потреба в матеріальних витратах представлена в таблиці 3.11

Таблиця 3.11

Кошторис витрат для проекту «Створення цілодобового офтальмологічного травмпункту та нарощування потужності офтальмологічної служби КНП «Міської клінічної лікарні №10» ОМР»

<i>Наявна потреба</i>	<i>Очікувані витрати</i>	<i>Джерело фінансування</i>	<i>Примітка</i>
Персонал	18,25 ст.	НСЗУ	-
Ремонтні роботи	1 200,0 тис.грн.	НСЗУ	-
Обладнання	11 660,0 тис.грн.	Місцевий бюджет	-
Витратні матеріали	В рамках загальних витрат	НСЗУ	-
	2 500,0 тис. грн.. щороку	Місцевий бюджет	Високотехнологічні вироби медичного призначення (кришталіки)

На підставі наведених обґрунтувань можна зробити **висновок**:

Створення центру цілодобової допомоги травми ока та посилення операційної служби на базі КНП «МКЛ №10» ОМР підвищить якість надання медичної допомоги за рахунок розвитку першої в закладах територіальної громади м.Одеси офтальмологічної служби, забезпечить можливість надання високоспеціалізованої медичної допомоги для мешканців м.Одеса.

**Проект 4 Створення об'єднаної клініко-діагностичної лабораторії
госпітального кластеру на базі приміщень вул. Варненська 25/1**

Опис даного проекту представлено в таблиці 3.12

Таблиця 3.12

Опис проекту «Створення об'єднаної клініко-діагностичної лабораторії
госпітального кластеру на базі приміщень вул. Варненська 25/1»

Характеристики проекту	Опис характеристик проекту
Ціль	створення суцільної лабораторної служби всіх лікувальних закладів госпітального кластеру, що відповідає вимогам міжнародного стандарту EN ISO/IEC 17025:2017 та ISO 15189:2022
Завдання	1. Створення об'єднаної клініко-діагностичної лабораторії на базі приміщень вул. Варненська 25/1, відповідної до стандартів EN ISO/IEC 17025:2017 та ISO 15189:2022 до 01.01.2026р. 2. Реєстрація лабораторії КНП «МКЛ №10» ОМР щодо відповідності вимогам у Національні служби здоров'я України (до 01.01.2026) 3. Впровадити мікробіологічний, імуногістохімічний відділи лабораторії.
Key messages	«Лабораторія МКЛ №10 обладнана сучасним обладнанням, відповідає всім міжнародним стандартам якості»
Коротка довідка	Станом на теперішній час жодна лабораторна служба територіальної громади м.Одеса не відповідають міжнародним стандартам стандартів EN ISO/IEC 17025:2017 та ISO 15189:2022. Проте, Національною службою здоров'я України оголошено, що договірні відносини з 01.01.2026р. укладатимуться тільки із закладами, в яких лабораторні послуги виконуються у сертифікованих лабораторіях. Існуючі лабораторії закладів госпітального кластеру не зможуть отримати зазначений стандарт у зв'язку з невідповідністю за набором приміщень та технічними вимогами, тому існує необхідність у створенні єдиного лабораторного комплексу за існуючими новими стандартами
Потреби у персоналі	Є потреби в доповнення існуючого
Потреби у ремонтних та реконструкційних роботах	Капітальний ремонт приміщень будівлі вул. Варненська 25/1 – 12 000 000 грн.
Потреби у витратних матеріалах	Потреби у поточних витратних матеріалах забезпечується в рамках договору з НСЗУ програми державних гарантій медичного обслуговування населення Існує потреба у високоспеціалізованих дослідженнях (медико-генетичні дослідження) центру репродуктивного здоров'я, які не фінансуються з договору НСЗУ (описані у проекті №2) - 1 000 000 грн. / щороку.

Потреба у додатковому персоналі представлена в таблиці 3.13

Таблиця 3.13

Потреба в додатковому персоналі для проекту «Створення об'єднаної клініко-діагностичної лабораторії госпітального кластеру на базі приміщень вул. Варненська 25/1»

<i>Найменування посади</i>	<i>Необхідна кількість ставок</i>
Мікробіологічний відділ, імунологічний відділ	
<i>Лікар патогістолог</i>	1,00
<i>Лікар імунолог</i>	1,00
<i>Лаборант</i>	4,00
<i>Мікробіолог</i>	2,00

Потреба в обладнанні представлена в таблиці 3.14

Таблиця 3.14

Потреба в обладнанні для проекту «Створення об'єднаної клініко-діагностичної лабораторії госпітального кластеру на базі приміщень вул. Варненська 25/1»

Найменування	Кількість, од	Вартість , тис. грн.
Санний мікроскоп	2	700
Мікроскоп лабораторний 500	1	120
Мікроскоп високого збільшення	1	1 200
Камера до мікроскопу	1	750
Нагрівальний столик	1	550
Термостат для парафіну	2	300
Холодильник, морозильна камера	3	80
Апарат мікробіологічного експрес - аналізу	1	2 100
Апарат ІХЛА	1	1 200
ВСЬОГО		7 000

Потреба в матеріальних витратах представлена в таблиці 3.15

Таблиця 3.15

Кошторис витрат для проекту «Створення об'єднаної клініко-діагностичної лабораторії госпітального кластеру на базі приміщень вул. Варненська 25/1»

Наявна потреба	Очікувані витрати	Джерело фінансування	Примітка
Персонал (додатково до існуючого)	8,00	НСЗУ	

Ремонтні роботи	12 000,0 тис. грн.	Місцевий бюджет	
Обладнання	7 000,0 тис.грн.	Місцевий бюджет	
Витратні матеріали	В рамках загальних витрат	НСЗУ	
	1 000,0 тис. грн.. щороку	Програма «Здоров'я»	Лабораторні реактиви для Високоспеціалізованих досліджень (не фінансуються договором з НСЗУ)

На підставі наведених обґрунтувань можна зробити **висновок**: Створення об'єднаної клініко-діагностичної лабораторії в нових приміщеннях дозволить відповідати сучасним нормам та стандартам, що з 01.01.2026р. становляться обов'язковими для заключення договору з НСЗУ (жодна з існуючих лабораторій закладів не відповідає цим стандартам і за набором приміщень та їх станом унеможлиблює відповідати навіть при реконструкції).

Проект 5 Створення відділення стаціонарної паліативної та реабілітаційної допомоги на базі приміщень вул. Люстдорфська дорога 170

Опис даного проекту представлено в таблиці 3.16

Таблиця 3.16

Опис проекту «Створення відділення стаціонарної паліативної та реабілітаційної допомоги на базі приміщень вул. Люстдорфська дорога 170»

Характеристика проекту	Опис характеристик проекту
Ціль	створення служби паліативної допомоги госпітального кластеру, що відповідатиме існуючим медико-технологічним стандартам надання медичної допомоги цієї групи хворих, зокрема заходів з реабілітації
Завдання	1. Створення відділення паліативної допомоги на базі приміщень вул. Люстдорфська дорога 170. 2. Збереження медичного кадрового потенціалу шляхом перепрофілювання у медичний персонал з

	надання паліативної допомоги. 3. Створення амбулаторної та стаціонарної реабілітаційної служби при відділенні паліативної допомоги на базі приміщень вул. Люстдорфська дорога 170.
Key messages	«Відповідність сучасним стандартам паліативної та реабілітаційної медицини»
Коротка довідка	Станом на теперішній час у медичних закладах територіальної громади м.Одеса відсутній окремий підрозділ з надання паліативної та реабілітаційної допомоги, що відповідає сучасним медико-технологічним стандартам реабілітації (встановлення діагнозу у відповідності до класифікації порушень функціонування, обмеження діяльності та здоров'я, надання медичної допомоги з ерготерапії, фізичної терапії, асистивних технологій тощо)
Потреби у персоналі	Додаткового введення ставок не потребує (за рахунок перепрофілювання штатного фонду гінекологічної служби КНП «МКЛ №10» ОМР та КНП «ПБ№7» ОМР).
Потреби у ремонтних та реконструкційних роботах	Капітальний ремонт та реконструкція приміщень ЖК9 (вул.Люстдорфська дорога 170) – 22 000 000 грн.
Потреби в обладнанні	Є потреба
Потреби у витратних матеріалах	Поточні витратні матеріали – за рахунок договору з НСЗУ в рамках загальних витрат

Потреба в обладнанні представлена в таблиці 3.17

Таблиця 3.17

Потреба в обладнанні для проекту «Створення відділення стаціонарної паліативної та реабілітаційної допомоги на базі приміщень вул.

Люстдорфська дорога 170»

Найменування	Кількість, од	Вартість , тис. грн.
Візок невідкладної допомоги	1	80
Дефібрилятор	1	350
Ліжко функціональне	20	3 400

Набір для лапароцентезу	1	25
Реабілітаційне обладнання, набір	1	2 550
Асистивне обладнання, набір	1	1 200
Візок для маніпуляції	2	160
Столік для маніпуляцій	2	150
Медичні та офісні меблі	1	2 300
ВСЬОГО		10 215

Потреба в матеріальних витратах представлена в таблиці 3.18

Таблиця 3.18

Кошторис витрат для проекту «Створення відділення стаціонарної паліативної та реабілітаційної допомоги на базі приміщень вул.

Люстдорфська дорога 170»

Наявна потреба	Очікувані витрати	Джерело фінансування
Персонал	Не потребує	
Ремонтні роботи	22 000,0 тис. грн.	Місцевий бюджет
Обладнання	10 215,0 тис.грн.	Місцевий бюджет
Витратні матеріали	В рамках загальних витрат	НСЗУ

На підставі наведених обґрунтувань можна зробити **висновок**:

Створення сучасної паліативної та реабілітаційної служби госпального кластеру в окремих приміщеннях дозволить автономне працювання та надання медичної допомоги у відповідності до сучасних норм та стандартів.

Проект 6 «Створення центру реконструктивної щелепно-лицевої хірургії на базі відділень політравми та стаціонарної післягострої та довготривалої реабілітаційної допомоги з розвитком високотехнологічної реабілітаційної служби»

Опис даного проекту представлено в таблиці 3.19

Опис проекту «Створення центру реконструктивної щелепно-лицевої хірургії на базі відділень політравми та стаціонарної післягострої та довготривалої реабілітаційної допомоги з розвитком високотехнологічної реабілітаційної служби»

Характеристики проекту	Опис характеристик проекту
Ціль	забезпечення комплексного надання медичної допомоги із забезпечення протезування обличчя та дефектів голови та шиї, операцій на культі, протезування тощо
Завдання	1. Створення центру із власним замкнутим циклом лікування, виробництва та розробкой протезів обличчя та кінцівок для швидкої соціалізації пацієнтів; 2. Повернення до суспільного життя (Гарантовано, при своєчасному зверненні, до центру відсоток інвалідизації значно знизиться); 3. Проведення імпорзаміщення протезів, імплантів та ін. видів продукції на підприємствах України (реверс-інжиніринг), розвиток промислової галузі, розробка та виготовлення сучасних матеріалів та сплавів, для використання в біонічному протезуванні
Key messages	«Забезпечення повного реабілітаційного циклу протезування реконструктивної хірургії та реабілітаційного відновлення»
Коротка довідка	З початку військової агресії Російської Федерації проти України в наслідок вогнепальних поранень та мінно-вибухової травми, значно збільшилась кількість поранених. Згідно офіційних даних, 78% цих поранень, припадає на незахищені тіла, такі як голова та шия. Отримання потужних високоенергетичних травм, призводить до об'ємних дефектів, деформацій кісток та м'яких тканин обличчя, втрати органів слуху, зору, мовлення та стійкого каліцтва паспортної частини організму людини. В наслідок цих поранень, громадяни України залишаються соціально неадаптованими, втрачають працездатність, знаходяться поза межами суспільного та соціального життя. Аналогічну категорію пацієнтів, що потребують ектопротезування обличчя та реабілітацію, становлять онкологічні хворі щелепно-лицевого профілю. Щороку більш, ніж 7000 пацієнтам зі злоякісними захворюваннями голови та шиї проводять радикальні оперативні втручання з видаленням щелеп, орбіти, носа, ока та його придаткового апарату. Навіть у випадках одномоментного заміщення дефектів існує потреба в тимчасовому або постійному заміщенні втрачених фрагментів обличчя штучними конструкціями. На даний момент така допомога даній категорії пацієнтів недоступна в силу відсутності технічних можливостей для виготовлення якісних протезних конструкцій в Україні.

	В зв'язку із вищезазначеним, протези органів щелепно-лицевої ділянки не внесені в перелік засобів реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення, та не оплачуються НСЗУ. Завдяки об'єднаним зусиллям роботи мультидисциплінарних служб закладу, зокрема відділення політравми, щелепно-лицевих хірургів, реабілітаційної служби, партнерської лабораторії біоніки тощо, у закладі виконуються унікальні високотехнологічні методики 3Д-моделювання, прінтингу дефектів кісткової тканини та унікальні реконструктивні оперативні втручання при травмах черепа та обличчя. Враховуючи впроваджений досвід, існують передумови створення на базі КНП «МКЛ №10» ОМР Південного Центру Реабілітації та Реконструктивної хірургії голови та шиї. Створення зазначеного Центру дозволить швидко реагувати на виклики сучасності та повертати громадян України до суспільного життя.
Потреби у персоналі	Додаткових потреб у персоналі не потребує (розвиток на базі існуючих відділень політравми та стаціонарної післягострої та довготривалої реабілітаційної допомоги)
Потреби у ремонтних та реконструкційних роботах	Проводяться поточні роботи косметичного ремонту на базі приміщень відділення стаціонарної післягострої та довготривалої реабілітації
Потреби в обладнанні	Є потреби

Потреба в обладнанні представлена в таблиці 3.20

Таблиця 3.20

Потреба в обладнанні для проекту «Створення центру реконструктивної щелепно-лицевої хірургії на базі відділень політравми та стаціонарної післягострої та довготривалої реабілітаційної допомоги з розвитком високотехнологічної реабілітаційної служби»

Найменування	Кількість, од	Вартість , тис. грн.
С-арка	1	5 400
Нейроаблатор радіочастотний	1	1 350
Нейостимулятори інвазивні	2	250
ВСЬОГО		7 000

Потреба в матеріалах представлена в таблиці 3.21

Таблиця 3.21

Кошторис матеріальних витрат для проекту «Створення центру реконструктивної щелепно-лицевої хірургії на базі відділень політравми та стаціонарної післягострої та довготривалої реабілітаційної допомоги з розвитком високотехнологічної реабілітаційної служби»

№	Вид виробу	Класифікаційний шифр виду виробу	Кількість	Вартість тис. грн.
1	Ектопротези: -вухо –нос –око -обличчя Обтуратори: -верхньої щелепи -нижньої щелепи Ендопротези: - верхньої щелепи -нижньої щелепи -середньої зони обличчя -склепіння черепа	06 30 21 Очні протези Протезні вироби, що відтворюють зовнішній вигляд ока 06 30 24 Протези вушної раковини Протезні вироби, що відтворюють зовнішній вигляд вух 06 30 27 Протези носа Протезні вироби, що відтворюють зовнішній вигляд носа 06 30 30 Комбіновані лицьові протези Протезні вироби, що відтворюють зовнішній вигляд усієї особи або її частини (протези ока, вушної раковини, носа чи усі разом) 06 30 33 Протези піднебіння Протезні вироби, що відтворюють зовнішній вигляд піднебіння 06 30 36 Зубні протези Протезні вироби, що відтворюють зовнішній вигляд та функції зубів	90	1 350
2	Витратні матеріали для забезпечення хірургічних втручань з реконструктивної хірургії		120	4 800
3	Матеріал для 3Д принтингу моделей реконструктивної біоінженерії	Титанова заготовка, силіконова заготовка	40	650
	ВСЬОГО			6 800

Потреба в матеріальних витратах представлена в таблиці 3.22

Таблиця 3.22

Кошторис матеріальних витрат для проекту «Створення центру реконструктивної щелепно-лицевої хірургії на базі відділень політравми та стаціонарної післягострої та довготривалої реабілітаційної допомоги з розвитком високотехнологічної реабілітаційної служби»

<i>Наявна потреба</i>	<i>Очікувані витрати</i>	<i>Джерело фінансування</i>
Персонал	Не потребує	-
Ремонтні роботи	Проводяться	НСЗУ
Обладнання	7 000,0 тис. грн.	Місцевий бюджет
Витратні матеріали	6 800,0 тис.грн. щороку	Програма здоров'я

На підставі наведених обґрунтувань можна зробити **висновок**:

Створення Центру Реабілітації та Реконструктивної хірургії дозволить:

- Забезпечити повноцінну інтегративну (соціальну, соціоничну, медичну, функціональну) реабілітацію постраждалих внаслідок військової агресії РФ проти України.
- Створити бази підготовки фахівців з Реабілітації та Реконструктивної хірургії для закладів України.
- Забезпечить організацію співпраці Одеського Національного Технологічного Університету (кафедра фізичного виховання та спорту, кафедра біомедичної інженерії); Одеського Політехнічного Університету (кафедра робототехніки та автоматизації процесів); Угоди по співпраці Казенний протезний завод (ортези, протези); ESPER bionic (виготовлення біонічних протезів верхніх кінцівок).

Проект 7 «Створення єдиного операційного блоку на базі корпусу літ. «В»

Опис даного проекту представлено в таблиці 3.23

Таблиця 3.23

Опис проекту «Створення єдиного операційного блоку на базі корпусу
літ. «В»

Характеристики проекту	Опис характеристик проекту
Ціль	забезпечення високоякісних та високоспеціалізованих оперативних втручань госпітального кластеру з можливістю впровадження кардіохірургічних операцій та трансплантації органів
Завдання	1. Отримання гранту ЄІББ на проведення реконструкції фасаду та 5го поверху КНП «МКЛ №10» ОМР 2. Проведення ремонтно-реконструкційних робіт фасаду корпусу літ. «В» 3. Проведення капітального ремонту приміщень 5го поверху КНП «МКЛ №10» ОМР зі створення єдиного операційного блоку
Потреби у витратних матеріалах	Є потреби

Потреба у витратних матеріалах представлена в таблиці 3.24

Таблиця 3.24

Потреба у витратних матеріалах (Матеріали з високотехнологічної
ендоскопічної урології) для проекту «Створення єдиного операційного блоку
на базі корпусу літ. «В»»

№	Найменування	Кількість, од.	Вартість 1 од.	Загальна вартість, тис.грн.
1	Стент сечовідний 7F\12F\26\4	100	1700,00	170
2	Стент сечовідний 7F\12F\28\4	100	1700,00	170
3	Катетер сечовідний coaxial 6F 70 см	200	450,00	90
4	Nitinol urological retrieval coil 3F\7mm\115cm	20	11 000,00	220
5	Ureteroscopic torque-stable helical stone basket 3F\14mm\115cm	70	5 800,00	406
6	Amplatz renal dilator set 6F-30F	20	16 000,00	320
7	Провідник нетоксичний апірогенний Landervist 0.35'' * 80cm	30	1 500,00	45
8	Seldinger guide wire 80cm 0.035''	30	1 800,00	54
9	Optical fiber reusable 365 μm	10	28 000,00	280
10	Optical fiber reusable 272 μm	10	28 000,00	280
11	Balloon dilatation catheter 12F\4mm\6cm	40	4 200,00	168
12	Набір для нефростомічного дренивання Superglide PCN 2-Step	50	3 800,00	190

	polyurethane 10F			
13	Набір для нефростомічного дренивання Superglide PCN 2-Stap polyurethane 8F	50	3 800,00	190
14	Набір для нефростомічного дренивання Superglide PCN 2-Stap polyurethane 6F	50	3 800,00	190
15	Karl storz 27050 N 24CH	30	3 300,00	99
16	Karl storz 27050 VG 24CH	30	3 300,00	99
17	Karl storz 27069 L	30	3 300,00	99
18	Karl storz 27050 L 24CH	30	3 300,00	99
19	Karl storz 27069 G	30	3 300,00	99
20	Harmonic ethicon W 7005C 22055-1103	30	12 000,00	360
21	Covidien LigaSure Atlas 10mm-37cm	30	12 000,00	360
22	Covidien LigaSure Advance 5mm-44cm	30	12 000,00	360
ВСЬОГО				4 348

Потреба у матеріалах з ендоскопічної та малоінвазивної хірургії представлена в таблиці 3.25

Таблиця 3.25

Потреба у витратних матеріалах з ендоскопічної та малоінвазивної хірургії для проекту «Створення єдиного операційного блоку на базі корпусу літ. «В»»

№	Найменування	Кількість, од.	Вартість 1 од.	Загальна вартість, тис. грн.
1	Ручка Ethicon Harmonic ACE+ 36 cm.	10	16 000,00	160
2	Ручка Ethicon Harmonic ACE+ 45 cm.	10	14 600,00	146
3	Covidien Ligasure Blunt Tip 5mm 37 cm.	1	43 700,00	43, 7
4	Електрод+затискач Covidien Ligasure LF3225C	1	20 100,00	20, 1
5	Дисектор Covidien Ligasure LF2019	10	43 340,00	433, 4
6	Лігуючий інструмент Covidien Ligasure LF1937	50	47 410,00	2 370, 5
7	Лігуючий інструмент Covidien Ligasure LF4418	10	12 800,00	128
ВСЬОГО			3 301, 7	

Потреба в матеріальних витратах представлена в таблиці 3.26

Кошторис матеріальних витрат для проекту «Створення єдиного
операційного блоку на базі корпусу літ. «В»

Наявна потреба	Очікувані витрати	Джерело фінансування	Примітка
Персонал	Не потребує		
Ремонтні роботи	120 000,0 тис грн.	УКС ОМР	Грант ЄІББ
Обладнання	80 000,0 тис. грн.	УКС ОМР	Грант ЄІББ
Витратні матеріали	4 348,0 тис. грн. щороку	Програма здоров'я	-
	3 301, 7 тис. грн. щороку	Програма здоров'я	-

На підставі наведених обґрунтувань можна зробити **висновок**:

Станом на теперішній час у КНП №МКЛ №10» ОМР існує три операційні блоки (окремий у кожному структурному підрозділі), що значно ускладнює організацію медико-технологічного процесу.

До того ж в приміщеннях всіх операційних блоків з моменту заснування не проводилось капітального ремонту.

Жодний з операційних блоків не відповідає сучасним вимогам організації та побудови операційного блоку.

Створення суцільного операційного блоку у нових приміщеннях дозволить оптимізувати витрати (відбудова «з нуля» одного оперблоку є дешевшою за ремонт трьох оперблоків) та простіше забезпечить виконання сучасних медико-технологічних стандартів влаштування операційних, оптимізує склад цілодобового персоналу оперблоків за рахунок суцільного розташування.

Проект 8 «Створення інсультного центру з палатою гострої реабілітації на базі корпусу літ. «Д» (приміщення колишнього відділення анестезіології та інтенсивної терапії)»

Опис даного проекту представлено в таблиці 3.27

Таблиця 3.27

Опис проекту «Створення інсультного центру з палатою гострої реабілітації на базі корпусу літ. «Д» (приміщення колишнього відділення анестезіології та інтенсивної терапії)»

Характеристики проекту	Опис характеристик проекту
Ціль	підвищення якості надання медичної допомоги при гострому інсульті із забезпеченням вимоги госпітального кластеру зі створення інсультного центру на 12 ліжок
Завдання	1. Отримання гранту ЄІББ на проведення реконструкції фасаду корп. літ. «Д» та 1го поверху КНП «МКЛ №10» ОМР 2. Проведення ремонтно-реконструкційних робіт фасаду корпусу літ. «Д» 3. Проведення капітального ремонту приміщень 1го поверху корпусу літ. «Д» КНП «МКЛ №10» ОМР зі створення інсультного центру

Потреба в матеріальних витратах представлена в таблиці 3.28

Таблиця 3.28

Кошторис матеріальних витрат для проекту «Створення інсультного центру з палатою гострої реабілітації на базі корпусу літ. «Д» (приміщення колишнього відділення анестезіології та інтенсивної терапії)»

<i>Наявна потреба</i>	<i>Очікувані витрати</i>	<i>Джерело фінансування</i>	<i>Примітка</i>
Персонал	Не потребує	-	-
Ремонтні роботи	120 000,0 тис грн.	УКС ОМР	Грант ЄІББ
Обладнання	80 000,0 тис. грн.	УКС ОМР	Грант ЄІББ
Витратні матеріали	Загальні витратні видатки	НСЗУ	-

На підставі наведених обґрунтувань можна зробити **висновок**:

На базі КНП «МКЛ №10» ОМР традиційно існує потужна служба надання медичної допомоги при ГПМК, щороку проходить лікування близько 1000 пацієнтів з ГПМК.

Проект забезпечить створення інсультного центру згідно сучасних вимог медико-технологічного стандарту, зокрема створення блоку (stroke unit) з палатою гострої реабілітації та створення умов з надання медичної допомоги належного чину.

Проект 9 «Створення сучасного відділення анестезіології та інтенсивної терапії з гострим гемодіалізом та ізолятором (можливість трансплантації кісткового мозку тощо)»

Опис даного проекту представлено в таблиці 3.29

Таблиця 3.29

Опис проекту «Створення сучасного відділення анестезіології та інтенсивної терапії з гострим гемодіалізом та ізолятором (можливість трансплантації кісткового мозку тощо)»

Характеристики проекту	Опис характеристик проекту
Ціль	підвищення якості надання медичної допомоги пацієнтам, що потребують інтенсивної терапії, зокрема забезпечення існуючого нормативного стандарту ресусцітації після комплексних кардіохірургічних та оперативних втручань надвисокої складності
Завдання	1. Створення сучасного відділення анестезіології та інтенсивної терапії модульного типу (ізолятор з подачею стерильного повітряобміну, гострий гемодіаліз тощо) в колишніх приміщеннях оперблоків 2-3 поверхів корпусу літ. «В».

Потреба в матеріальних витратах представлена в таблиці 3.30

Таблиця 3.30

Кошторис матеріальних витрат для проекту «Створення сучасного відділення анестезіології та інтенсивної терапії з гострим гемодіалізом та ізолятором (можливість трансплантації кісткового мозку тощо)»

Наявна потреба	Очікувані витрати	Джерело фінансування
Персонал	Не потребує	
Ремонтні роботи	12 000, 0 тис. грн.	Не визначене
Обладнання	6 000,0 тис. грн.	Не визначене

Витратні матеріали	Загальні витратні видатки	НСЗУ
--------------------	------------------------------	------

На підставі наведених обґрунтувань можна зробити **висновок**:

Сучасні вимоги влаштування палат інтенсивної терапії та служби реанімації та ресусцитації потребують дотримання складного медико-технологічного процесу, зокрема системи очищення та подання стерильного повітря у приміщення ізолятору, створення передумов проведення процедур гострого гемодіалізу, процедурам гемофільтрації та гемосорбції тощо.

Реконструкція приміщень колишніх операційних дозволять влаштування на базі цих приміщень відділення анестезіології та інтенсивної терапії з дотриманням вимог сучасних медико-технологічних стандартів, що дозволить забезпечити післяопераційний супровід пацієнтів після високотехнологічних оперативних втручань, зокрема після операцій трансплантації органів та кардіохірургічних втручань, а також найскладніших процедур (пересадка кітського мозку тощо).

Таким чином, запропонований проект з реалізації госпітального кластеру є обґрунтованим та доцільним. Він відповідає інтегральній моделі управління, яка забезпечує:

- безперервне надання якісних і безпечних медичних послуг,
- доступність лікування,
- раціональне використання фінансових ресурсів.

У центрі запропонованої інтегрованої моделі закладено зміцнення потенціалу первинної медико-санітарної допомоги (ПМД), яка вирішує більшість питань здоров'я населення. Профілактика захворювань і раннє виявлення патологій є економічно вигідними, оскільки дозволяють зменшити витрати на складне і тривале лікування. Інвестування в проактивні підходи на цьому рівні може знизити тягар захворюваності та забезпечити кращі медичні результати.

Реалізація проекту потребує сучасної моделі фінансування, яка повинна мінімізувати прямі витрати пацієнтів, запроваджуючи механізми страхування та справедливого розподілу ресурсів. Ключовими завданнями є:

- **Державне фінансування** на рівні не менше 5% ВВП, що відповідає міжнародним стандартам.
- **Реформування системи контрактів НСЗУ** із впровадженням довгострокових договорів, які забезпечують стабільність і передбачуваність фінансування.
- **Запровадження змішаних систем оплати** послуг із врахуванням результатів діяльності закладів.

Важливою складовою управління системою охорони здоров'я є моніторинг. Основою моніторингу доцільно зробити електронну систему охорони здоров'я.

За умови виконання перелічених умов запропонований проект з реалізації госпітального кластеру є ефективним.

ВИСНОВКИ

Реформування системи охорони здоров'я України – це складний і багатогранний процес, який вимагає інтегрованого підходу, врахування міжнародного досвіду та сучасних викликів. У ході дослідження було розглянуто ключові аспекти розвитку системи, удосконалення управління медичними закладами та діджиталізації медичних послуг. На основі аналізу можна зробити такі висновки:

Одним із важливих етапів реформування стало впровадження автономізації медичних закладів. Це дозволило передати більшу частину управлінських функцій місцевим радам, залучити громаду до прийняття рішень і підвищити прозорість роботи закладів. Проте для забезпечення ефективності цього процесу необхідно:

- Сформувати дієві наглядові ради, які включатимуть представників громади, пацієнтів і приватного сектору.
- Розробити інтегровану мережу медичних закладів, що дозволить уникнути дублювання функцій і підвищити доступність медичних послуг.
- Удосконалити механізми ліцензування та акредитації, щоб стимулювати розвиток і покращення якості медичних установ.

Інтеграція цифрових технологій у систему охорони здоров'я відкриває нові можливості для підвищення ефективності, доступності та прозорості медичних послуг. Успішні приклади впровадження eHealth демонструють, що електронні системи сприяють:

- Скороченню адміністративного навантаження на лікарів.
- Забезпеченню пацієнтів актуальною інформацією про їхнє здоров'я.
- Зменшенню дублювання медичних послуг і витрат.

Проте розвиток діджиталізації стикається з проблемами технічного, кадрового та організаційного характеру. Вирішення цих проблем потребує

модернізації інфраструктури, навчання медичного персоналу та фінансової підтримки з боку держави.

Для забезпечення конкурентоспроможності медичних закладів у нових умовах важливо зробити пацієнта центральною фігурою всіх процесів. Орієнтація на потреби споживачів дозволить медичним закладам підвищити якість послуг і утримати позиції на ринку. Ефективний медичний маркетинг, що враховує реальні потреби пацієнтів, є важливим інструментом для адаптації до змін.

Економічне обґрунтування нової моделі управління закладами охорони здоров'я передбачає:

- Забезпечення фінансування галузі на рівні не менше 5% ВВП.
- Впровадження стратегічних закупівель через Національну службу здоров'я України.
- Розвиток добровільного медичного страхування як доповнення до державних гарантій.

Ці заходи сприятимуть зменшенню фінансового навантаження на пацієнтів, підвищенню ефективності витрат і створенню передбачуваного фінансового середовища для медичних закладів.

Аналіз успішних прикладів країн ЄС (Естонії, Данії та інших) свідчить про важливість інтеграції технологій, прозорого управління та участі громади в ухваленні рішень. Впровадження найкращих практик дозволить українській системі охорони здоров'я швидше адаптуватися до сучасних викликів і потреб суспільства.

Система охорони здоров'я України перебуває в стані трансформації, і цей процес супроводжується численними викликами. Проте за умови належного управління, інтеграції цифрових технологій, фінансової стійкості та залучення громади до процесів ухвалення рішень можна створити якісну, прозору та доступну для кожного систему охорони здоров'я.

Література:

1. Бугайцов С.Г., Вороненко Ю.В., Грузєва Т.С. Механізм інформаційного забезпечення розвитку системи охорони здоров'я. // Публічне управління і адміністрування в Україні. Випуск 20, 2020. URL: <https://pag-journal.iei.od.ua>
2. Волосовець, О. П., Заболотько В. М., Волосовець А. О. Кадрове забезпечення галузі охорони здоров'я в Україні та світі: сучасні виклики. Українські медичні вісті. 1 (2020)
3. Всесвітня організація охорони здоров'я. Огляд реформ фінансування системи охорони здоров'я України. URL: <https://iris.who.int/handle/10665/346329>
4. Василенко В.О. Стратегічне управління: [навч. посібник] / Василенко В.О., Ткаченко Т.І. - К.: ЦУЛ, 2003. - 396с.
5. Желюк Т. Сучасні підходи до реалізації публічної політики у сфері охорони здоров'я. Вісник Тернопільського національного економічного університету. 2019. № 1.
6. Західна О.Р., Мидлик Ю.І. (2017) Медична реформа в умовах децентралізації влади в Україні. Молодий вчений, 11: 1155–1158.
7. . Інформаційна довідка, підготовлена Європейським інформаційно-дослідницьким центром <https://infocenter.rada.gov.ua/uploads/documents/29195.pdf>
8. Іванчов, П. (2021). СТАН ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ: СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНИЙ АСПЕКТ. Економіка та суспільство, (24). С. 98-104
9. Качан Є. П., Шушпанов Д. Г. Управління трудовими ресурсами. Київ: Видавничий дім «Юридична книга». 2005.
10. Кучма С. Оптимізація Управління персоналом в закладах охорони здоров'я: сучасні методи та тенденції в умовах війни.

Національній науково-практичній конференції студентів та молодих вчених «Інноваційні технології в менеджменті та публічно-му управлінні» (24 листопада 2023 року, ЗУНУ).

11. Корнілова, О. (2023). РОЗВИТОК СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЯК ПЕРЕДУМОВА ЯКІСНОГО ВІДТВОРЕННЯ ЛЮДСЬКОГО КАПІТАЛУ. Економіка та суспільство, (48).С. 1-7

12. Кузнецова І.О. Планування діяльності підприємств: структурний аспект (Монографія) / І.О. Кузнецова, Ю.В. Карпенко / Одеса: Атлант, 2012. – 209 с.

13. Кузнецова І.О., Балабаш О.С. , Карпенко Ю.В., Сокурєнко І.А. Прийняття управлінських рішень: методи та моделі (Монографія) / За заг. ред. І.О. Кузнецової. Харків: Діса плюс. 2022. 156 с.

14. Кузнецова І.О. Стратегічне управління підприємством на засадах ресурсного підходу // Науковий вісник ОНЕУ. – Одеса, 2023. – № 5-6 (308-309) – С.120-127

15. Кузнецова І.О. Балабаш О.С. Технологія управління: сутність, структура та роль у формуванні конкурентних переваг підприємства // Сучасні технології управління: (Монографія) / За заг. ред. І. О. Кузнецової, О. С. Балабаш– Одеса: ОНЕУ, 2023. – 320 с.

16. Котуза А.С. КОМПЛЕКСНІСТЬ ЗМІН СИСТЕМИ РЕГІОНАЛЬНОГО РІВНЯ – ДОСВІД ТА УРОКИ

17. Мамчин М.М. (2018) Організація служби управління госпітальною допомогою. Вісник Національного університету «Львівська політехніка». Серія: Логістика. № 892: 149–159.

18. Міністерство охорони здоров'я України. Цифрова трансформація охорони здоров'я України.
URL:<https://moz.gov.ua/uk/cifrova-transformaciya-ohoroni-zdorov-ya-ukrayini-2>

19. Міністерство охорони здоров'я України. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я до 2030 року. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%A1%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%B3%D1%96%D1%8F/UKR%20Health%20Strategy%20Feb%2024.2022.pdf>

20. Національний інститут стратегічних досліджень. Тенденції розвитку системи охорони здоров'я в умовах децентралізації. URL: <https://niss.gov.ua/doslidzhennya/sotsialna-polityka/tendentsiyi-rozvytku-systemy-okhorony-zdorovya-v-umovakh>

21. Організація діяльності в сфері охорони здоров'я: навч. посібник. За ред. Шкільняка М.М., Желюк Т.Л., Тернопіль, Крок, 2021. 438 с

22. Офіційний сайт Державно служби статистики // Електронний ресурс. Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/>

23. Програма медичних гарантій: впровадження в Україні
https://moz.gov.ua/uploads/0/3798-programa_medicnih_garantij_vprovadzenna_v_ukraini.pdf

24. (Право на охорону здоров'я // Юридична енциклопедія : [у 6 т.] / ред. кол.: Ю. С. Шемшученко (відп. ред.) [та ін.]. — К. : Українська енциклопедія ім. М. П. Бажана, 2003. — Т. 5 : П — С. — 736 с. — ISBN 966-7492-05-2.)

25. Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 302. Офіційний вісник України. 2018. № 36, ст. 1264.

26. Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 20.06.2000 р. № 989.

27. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я. Розпорядження КМУ від 30.11.2016 р. № 1013-р. zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#Text.

28. Право на охорону здоров'я // Юридична енциклопедія : [у 6 т.] / ред. кол.: Ю. С. Шемшученко (відп. ред.) [та ін.]. — К. : Українська енциклопедія ім. М. П. Бажана, 2003. — Т. 5 : П — С. — 736 с. — ISBN 966-7492-05-2.

29. Рошчін Г.Г., Мазуренко О.В., Дорош В.М. та ін. (2019) Реформування системи екстреної медичної допомоги постраждалим на ранньому госпітальному етапі. Клінічна хірургія, 86(5): 72–78.

30. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року
<https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%A1%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%B3%D1%96%D1%8F/UKR%20Health%20Strategy%20Feb%2024.2022.pdf>

31. Савіна Т.В. Кадрове забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні: стан та перспективи розвитку. Інвестиції: практика та досвід. 2017. № 15.

32. Стовбан М.П., Стовбан І.В. (2020) Основні характеристики системи взаємодії медичних закладів в межах одного госпітального округу. *Science Review*, 3(30): 11–18.

33. Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016–2019: спільний звіт ВООЗ та Світового банку
[https://iris.who.int/handle/10665/346329?search-
result=true&query=%D0%9E%D0%B3%D0%BB%D1%8F%D0%B4+%D1%80%D0%B5%D1%84%D0%BE%D1%80%D0%BC%D0%B8+%D1%84%D1%96%D0%BD%D0%B0%D0%BD%D1%81%D1%83%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F+%D1%81%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BC%D0%B8+%D0%BE%D1%85%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%BD%D0%B8+%D0%B7%D0%B4%D0%BE%D1%80%D0](https://iris.who.int/handle/10665/346329?search-result=true&query=%D0%9E%D0%B3%D0%BB%D1%8F%D0%B4+%D1%80%D0%B5%D1%84%D0%BE%D1%80%D0%BC%D0%B8+%D1%84%D1%96%D0%BD%D0%B0%D0%BD%D1%81%D1%83%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F+%D1%81%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BC%D0%B8+%D0%BE%D1%85%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%BD%D0%B8+%D0%B7%D0%B4%D0%BE%D1%80%D0)

[%BE%D0%B2%E2%80%99%D1%8F+%D0%A3%D0%BA%D1%80%D0%B0%D1%97%D0%BD%D0%B8&scope=&rpp=10&sort_by=score&order=desc](#)

34. Фінансування системи охорони здоров'я в Україні: реформа, стійкість і відновлення

https://iris.who.int/handle/10665/379577?search-result=true&query=%D0%A0%D0%B5%D1%84%D0%BE%D1%80%D0%BC%D1%83%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F+%D1%84%D1%96%D0%BD%D0%B0%D0%BD%D1%81%D1%83%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F+%D1%81%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BC%D0%B8+%D0%BE%D1%85%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%BD%D0%B8+%D0%B7%D0%B4%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B2%E2%80%99%D1%8F+%D0%B2+%D0%A3%D0%BA%D1%80%D0%B0%D1%97%D0%BD%D1%96&scope=&rpp=10&sort_by=score&order=desc

35. Фінансування системи охорони здоров'я в Україні: реформа, стійкість і відновлення. URL:

<https://www.who.int/ukraine/uk/publications/i/item/WHO-EURO-2024-10570-50342-75964>

36. Шкільняк М. М, Овсянюк-Бердадіна О. Ф., Крисько Ж. Л., Демків І. О. Менеджмент: Навчальний посібник. Тернопіль: Крок, 2017 р.

37. Шкільняк М., Желюк Т., Дудкіна О., Жуковська А., Попович Т. Управління закладами охорони здоров'я: виклики та перспективи (аналітичні рекомендації за результатами круглого столу (Тернопіль – Збараж, Збаразький замок, 9 вересня 2021 р.). Вісник економіки. 2021. № 4.

38. Шегда А. В. Менеджмент: [підручник] / А .В. Шегда. – К.: Знання, 2004. – 687с.

39. Шульга Г. О. Стратегічне управління розвитком підприємства. Харків, 2001. – 190с.
40. Health Care Reform: Learning From Other Major Health Care Systems <https://pphr.princeton.edu/2017/12/02/unhealthy-health-care-a-cursory-overview-of-major-health-care-systems/>