

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Сумський державний університет
Навчально – науковий інститут фінансів, економіки і менеджменту
імені Олега Балацького
Кафедра управління
Медичний інститут
Кафедра сімейної медицини

Наказ ректора
про затвердження теми

«До захисту допускається»
завідувачка кафедри
_____ Г. О. Швіндіна

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему

**«Оцінка ефективності роботи жіночої консультації Шосткинської
центральної районної лікарні в умовах медичної реформи.
Вдосконалення управлінської діяльності»**

за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування»
освітньо - професійна програма «Управління та адміністрування в охороні
здоров'я»

Студента гр. УЗ мз 91-ш _____ Коваленко Яна Сергіївна

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр.

Кваліфікаційна робота магістра містить результати власних досліджень.
Використання ідей, результатів і тестів інших авторів мають посилання на
відповідне джерело _____ Коваленко Яна Сергіївна

Наукові керівники:

_____ *Сміянов В.А.*
д.м.н., проф., завідувач кафедри громадського здоров'я

_____ *Деміхов О.І.*
к.н. з держ. упр., старший викладач кафедри управління

Суми 2020 р.

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Центр професійної та післядипломної освіти
Кафедра управління імені Олега Балацького

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри _____

«_____» _____ 20__ р.

ЗАВДАННЯ ДЛЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ МАГІСТРА
за спеціальністю

281 Публічне управління та адміністрування, освітньо – професійна
програма «Управління та адміністрування в охороні здоров'я»

студенту групи УЗ мз 91-ш

Коваленко Яні Сергіївні

1. Тема роботи: «Оцінка ефективності роботи жіночої консультації Шосткинської центральної районної лікарні в умовах медичної реформи. Вдосконалення управлінської діяльності» затверджена наказом по СумДУ № _____ від «_____» _____ 20__ р.

2. Термін подання студентом закінченої роботи: 04.12.2020 р.

3. Мета кваліфікаційної роботи: формування професійних умінь і навичок щодо прийняття самостійних рішень під час професійної діяльності в реальних ринкових умовах

4. Об'єкт дослідження: управління кадровим потенціалом жіночої консультації КНП «Шосткинська ЦРЛ» Шосткинської міської ради

5. Предмет дослідження: теоретико-практичні напрями удосконалення управління жіночою консультацією КНП «Шосткинська центральна районна лікарня» Шосткинської міської ради

6. Кваліфікаційна робота виконується на матеріалах первинного бухгалтерського обліку та фінансової звітності КНП «Шосткинська центральна районна лікарня» Шосткинської міської ради за 2019- 9 місяців 2020 року, літературні джерела з економіки, фінансів підприємства, управління персоналом, маркетингу, логістики, зовнішньоекономічної та інноваційної діяльності.

7. Орієнтовний план кваліфікаційної роботи, терміни подання розділів керівникові та зміст завдань для виконання поставленої мети.

№ пор.	Назва розділу	Термін подання
I	Етапи розвитку акушерсько – гінекологічної допомоги населенню	10.11.2020
II	Проблеми та перспективи надання амбулаторної допомоги у галузі акушерства та гінекології	20.11.2020
III	Рекомендації щодо вдосконалення управлінської діяльності в роботі жіночої консультації	30.11.2020

Зміст завдань для виконання поставленої мети кваліфікаційної роботи магістра:

У розділі 1 студент має дослідити етапи розвитку акушерсько – гінекологічної допомоги в Україні, основні принципи роботи жіночої консультації, надання акушерсько – гінекологічної допомоги в Україні.

У розділі 2 студент має провести аналіз ефективності надання амбулаторної акушерсько – гінекологічної допомоги в Польщі та Україні, аналіз роботи жіночої консультації на місцевому рівні.

У розділі 3 студент має запропонувати рекомендації щодо вдосконалення управлінської діяльності в роботі жіночої консультації.

8. Консультації щодо виконання роботи:

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
1			
2			
3			

9. Дата видачі завдання _____

Керівник кваліфікаційної роботи _____

Деміхов О.І.

Завдання до виконання одержав _____

Коваленко Я.С.

РЕФЕРАТ

Структура й обсяг роботи. Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, що включає 22 найменування. Загальний обсяг магістерської роботи становить 63 с., у тому числі 12 таблиць, список використаних джерел - 2 сторінки.

Актуальність. Потреба у вдосконаленні управління процесами розвитку охорони здоров'я в Україні зумовила зростаючий інтерес вітчизняних дослідників до обґрунтування його ефективних форм і методів. Певну роль у вирішенні такого завдання здатний зіграти аналіз сучасного зарубіжного досвіду. Мета його проведення оцінка застосовуваних підходів до організації державного управління охороною здоров'я на національному та обласному рівнях, селекція продуктивних інструментів, придатних для використання в практиці управління закладами охорони здоров'я в Україні.

Різним аспектам розвитку системи управління охороною здоров'я, присвячені роботи багатьох авторів. Однак цілісного вирішення проблеми організації управління медичною організацією, досі немає. Методологічна нерозробленість й методична незабезпеченість управління закладом охорони здоров'я в умовах нашої країни з урахуванням специфіки медичних послуг ставлять перед закладами охорони здоров'я завдання адаптації, розробки та комплексного впровадження управлінських технологій, які добре зарекомендували себе в зарубіжних країнах.

Вказане зумовило **актуальність** теми нашого дослідження, його мету і завдання.

Метою роботи є формування професійних умінь і навичок щодо прийняття самостійних рішень під час професійної діяльності в реальних ринкових умовах; поглиблення та закріплення теоретичних знань; опанування сучасними прийомами, методами та знаряддями праці в галузі майбутньої професії; набуття практичного досвіду з організації економічної, фінансової роботи та управління на підприємстві; виховання потреби постійно поповнювати свої знання та творчо їх застосовувати в практичній діяльності.

Відповідно до поставленої мети були вирішені такі *задачі*:

1. Проаналізувати досвід адміністрування закладів охорони здоров'я в країнах Європи.

2. Висвітлити досвід адміністрування закладу охорони здоров'я в Україні.
3. Проаналізувати особливості адміністрування на місцевому рівні на прикладі діяльності жіночої консультації КНП Шосткинська ЦРЛ
4. Оцінити стан та показники діяльності жіночої консультації Шосткинської ЦРЛ.
5. Надати рекомендації щодо адаптації адміністрування закладу охорони здоров'я на місцевому рівні в умовах реформування.

Об'єкт дослідження управління кадровим потенціалом жіночої консультації КНП «Шосткинська ЦРЛ» Шосткинської міської ради.

Предмет дослідження теоретико-практичні напрями удосконалення управління жіночою консультацією КНП «Шосткинська центральна районна лікарня» Шосткинської міської ради.

Методи дослідження. Методологічною основою роботи є діалектичний метод наукового пізнання та системний підхід. У роботі було використано структурний аналіз, порівняльний аналіз, статистичні методи.

Наукова новизна дослідження полягає у вирішенні наукового завдання з обґрунтування напрямів можливості адаптації адміністрування закладів охорони здоров'я на місцевому рівні в умовах реформування. В ході дослідження обґрунтовано стратегічний формат розвитку закладу охорони здоров'я в сучасних умовах на основі комплексного використання підходів - процесу створення послуг високої якості, раціонального використання ресурсів, управління персоналом та техніко-технологічного вдосконалення.

Набули подальшого розвитку: науково-методичні підходи до обґрунтування переваг адаптації адміністрування закладів охорони здоров'я на місцевому рівні в умовах реформування.

Ключові слова: адміністрування закладів охорони здоров'я, особливості управління.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	8
РОЗДІЛ 1 ЕТАПИ РОЗВИТКУ АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ	
1.1 Допомога жіночому населенню, як невід’ємна частина в історії медицини.....	10
1.2 Основні принципи роботи жіночої консультації. Надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні.....	12
РОЗДІЛ 2 ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ НАДАННЯ АМБУЛАТОРНОЇ ДОПОМОГИ У ГАЛУЗІ АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ	
2.1 Порівняльний аналіз ефективності надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Польщі та Україні.....	19
2.2 Аналіз ефективності роботи жіночої консультації КНП « Шосткинської ЦРЛ » за період 2017-2020 рр.....	32
РОЗДІЛ 3 РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ВДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІНСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В РОБОТІ ЖІНОЧОЇ КОНСУЛЬТАЦІЇ	
3.1 Шляхи впровадження нових інструментів управління в умовах реформування.....	53
ВИСНОВКИ.....	57
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	61

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ПМД – Первинна медична допомога

КНП «ШЦРЛ» ШМР – Комунальне некомерційне підприємство
«Шосткинська центральна районна лікарня» Шосткинської міської ради

ЕГП – Екстрагенітальна патологія

УЗД ОМТ – Ультразвукова діагностика органів малого тазу

ВПЛ – Вірус папіломи людини

ОПО – Онкологічне профілактичне обстеження

ВМК – Внутрішньоматковий контрацептив

ОК – Оральні контрацептиви

ВІЛ – Вірус імунодефіциту людини

ПАП – тест – мазок Папаніколау або цитологічний мазок

КТГ – Кардіотокографія

НСV - Hepatitis C Virus (вірус гепатиту С)

HBsAg - Hepatitis B surface Antigen

ВСТУП

Жіноча консультація – це лікувально – профілактичний заклад, основними напрямками якого є надання первинної медичної допомоги, попередження та профілактика хронічних захворювань та диспансерній нагляд за жінками з групи ризику, вагітними.

Згідно рішення Шосткинської міської ради (VII скликання, XIX сесія) від 20.11.2018 року з 08.02.2019 року КЗ "Шосткинська центральна районна лікарня" перетворено в Комунальне некомерційне підприємство "Шосткинська центральна районна лікарня" Шосткинської міської ради.

Робота первинної ланки в умовах медичної реформи суттєво змінилася, це питання ми розглянемо на принципі функціонування жіночої консультації Комунального некомерційного підприємства « Шосткинська центральна районна лікарня » Шосткинської міської ради.

Метою дипломної роботи є формування професійних умінь і навичок щодо прийняття самостійних рішень під час професійної діяльності в реальних ринкових умовах; поглиблення та закріплення теоретичних знань; опанування сучасними прийомами, методами та знаряддями праці в галузі майбутньої професії; набуття практичного досвіду з організації економічної, фінансової роботи та управління на підприємстві; виховання потреби постійно поповнювати свої знання та творчо їх застосовувати в практичній діяльності.

Актуальність дипломної роботи визначається необхідністю підготовки фахівців з глибокими знаннями та практичними навичками, які б дозволили ефективно управляти підприємством в умовах реформування медицини.

Завдання дипломної роботи:

– охарактеризувати діяльність жіночої консультації КНП «Шосткинська центральна районна лікарня» Шосткинської міської ради;

- проаналізувати планово-економічну діяльність жіночої консультації КНП «Шосткинська центральна районна лікарня» Шосткинської міської ради;
- дослідити процес управління персоналом;
- проаналізувати обліково-фінансову діяльність жіночої консультації КНП «Шосткинська центральна районна лікарня» Шосткинської міської ради;
- сформулювати пропозиції щодо удосконалення управління жіночою консультацією КНП «Шосткинська центральна районна лікарня» Шосткинської міської ради.

Об’єкт дипломної роботи - діяльність жіночої консультації КНП «Шосткинська центральна районна лікарня» Шосткинської міської ради.

Предмет дипломної роботи - теоретико-практичні напрями удосконалення управління жіночою консультацією КНП «Шосткинська центральна районна лікарня» Шосткинської міської ради.

Інформаційною базою написання дипломної роботи слугували дані первинного бухгалтерського обліку та фінансової звітності КНП «Шосткинська центральна районна лікарня» Шосткинської міської ради за 2019- 9 місяців 2020 року, літературні джерела з економіки, фінансів підприємства, управління персоналом, маркетингу, логістики, зовнішньоекономічної та інноваційної діяльності.

РОЗДІЛ 1 ЕТАПИ РОЗВИТКУ АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ

1.1. Допомога жіночому населенню, як невід’ємна частина в історії медицини

Акушерство (від французького *accoucher* – рукодіяти, *accoucher* – допомагати під час пологів) – галузь клінічної медицини, що вивчає фізіологічні й патологічні процеси, пов’язані з зачаттям, вагітністю, пологами та післяпологовим періодом, і розробляє методи доцільної допомоги під час пологів, профілактики і лікування ускладнень вагітності та пологів.

Перші літературні дані про акушерство зустрічаються в китайських ієрогліфічних рукописах, що датовані XXVII ст. до н. е. та в вавилонських клинописних табличках (XX ст. до н. е.).

Медицина сягнула нових вершин та здобула стрімкого розвитку в XVI ст. Саме тоді почала вдосконалюватися загальна медицина, а разом з нею акушерство. В цей період з’являються такі видатні вчені та експериментатори , як : хірург та акушер Амбруаз Паре (1509 – 1590), першозасновник повивальної школи; англійський акушер Смеллі (1693 – 1763), який є одним із засновників трактату біомеханізму пологів [6].

XVIII ст. стало видатним та переламним в історії акушерства. Саме в цей період акушерство почало займати окреме місце в медицині та виділилося в самостійну науку.

В Україні значну роль в розвитку акушерства та гінекології відіграє заснований 17 січня 1805 року Харківський імператорський університет. На базі університету було створено чимало, для того часу, кафедр, серед яких була кафедра повивального мистецтва, яку з плином часу перейменували в кафедру акушерства, жіночих та дитячих хвороб. За минулі роки було зроблено багато відкриттів, розроблено чимало оперативних втручань на органах малого тазу, надруковано безліч медичної літератури, вивчено видатних вчених та інше [6].

У місті Шостка в 1776 році згідно наказу Імператриці Катерини II було розпочато будівництво лазарету для лікування робітників порохового заводу, який тільки розпочав роботу на березі річки Шостка. Це було приміщення барачного типу на 39 ліжок, згодом в 1778 році це приміщення знесли, а на його місці збудували 2-х поверховий корпус на 150 ліжок. А в 1851 році зроблена прибудова на 50 ліжок. В кінці 1851 році було збудовано ще одну 2-х поверхову будівлю для лікарняної лабораторії та аптеки. Перебудували й конюшню під інфекційне відділення [4].

В 1859 році були додатково збудовані дерев'яні бараки для тяжкохворих на 112 ліжок, барак для гінекологічних хворих та пологове відділення на 10 ліжок.

В подальшому до, під час революції (1917-1919рр.) та після а також Великої вітчизняної війни лікарня змінювала своє розташування та знаходження, перейменовувалася в госпіталь.

Після війни, робота лікарні почала налагоджуватись, з фронту почали вертатись медики фронтовики, які вертались на роботу та відновлювали її. Також в Шостку почали приїжджати молоді лікарі: В.І.Горошко, О.Г.Куделя, В.С.Нудельман, А.Д.Півторак, М.А.Реуцький, З.В. Лоловцева, Н.Е. Площик, І.М.Рабінков. Основною базою надання медичної допомоги до 1971 року була міська лікарня №1, яка була флагманом по всій багатогранній лікувально-профілактичній діяльності [5].

В 60 – 80 роках Шостка почала формуватися як місто великої хімічної промисловості. В зв'язку з цим ввійшли в будування міські лікарні №4, №3, реконструйовано було лікарню №2. Введено в діяльність дитяча лікарня та поліклініка, стоматполіклініка, тубдиспансер, дитячий тубдиспансер. Збудовані аптеки №40 та №105.

З 1973 року починає свою діяльність міська лікарня №4, яка в подальшому з 1993 року стає базою для хірургічного відділення, яке переїжджає з Центральної районної лікарні, а лікарня №4 перейменовується в Центральну районну лікарню [5].

З 24.10.2016 року комунальна організація Шосткинська центральна районна лікарня змінила назву на КЗ «Шосткинська центральна районна лікарня»

Згідно рішення 19 сесії Шосткинської міської ради від 20.11.2018 р. на якій було прийнято рішення про створення з 08.02.2019 р. комунального некомерційного підприємства «Шосткинська центральна районна лікарня» Шосткинської міської ради.

Таким чином, можна зробити висновок, що допомога жіночому населенню, як окрема галузь медицина зародилась ще до нашої ери та стала невід'ємною частиною сьогодення. Провідну історичну роль в розвитку акушерства та гінекології в Україні відіграє Харківський імператорський університет, що являється витком для нинішнього Харківського національного медичного університету, на базі якого освіти здобувають студенти із багатьох провідних країн світу.

1.2. Основні принципи роботи жіночої консультації. Надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні

Персонал жіночої консультації в своїй роботі керується діючим законодавством, положенням про жіночу консультацію, наказами, інструкціями та іншими чинними нормативними актами органів охорони здоров'я, посадовими інструкціями.

Основні принципи роботи жіночої консультації затверджено Наказом Міністерства охорони здоров'я України « Про порядок надання первинної медичної допомоги » від 19 березня 2018 року № 504.

Опираючись на вище вказаний документ можна сказати, що заклад охорони здоров'я, в нашому випадку жіноча консультація комунального некомерційного підприємства « Шосткинська центральна районна лікарня» Шосткинської міської ради являється надавачем первинної медичної допомоги (ПМД) жіночому населенню. Професіонал у галузі акушерства та

гінекології – це лікар з надання ПМД. В разі сумісної роботи лікаря акушера – гінеколога та акушерки, таку групу називають – команда з надання ПМД [1].

Основними принципами з надання та організації ПМД:

- Безпечність – в основі цього поняття лежить основна задача – мінімізація ризиків, як для лікаря так і для пацієнта.
- Результативність - досягнення найкращих результатів в короткий термін при наданні ПМД, опираючись на принципи доказової медицини та професійні знання.
- Доступність – скорочення часу для отримання ПМД.
- Своєчасність.
- Економічна ефективність – вміння обрати та застосувати максимально пріоритетні ресурси для надання ПМД з уникненням неефективних витрат.
- Недискримінації – надання послуг з ПМД, рівень якої не відрізняється залежно від раси, соціального статусу, кольору шкіри, статі, національності, політичних та релігійних переконань, сексуальної орієнтації, місця проживання, раси, майнового стану або іншими ознаками.
- Орієнтованість на людину – лікар повинен враховувати потреби пацієнта, що звернувся по допомогу. Пацієнт має право на вільний вибір лікаря.

Амбулаторна акушерсько – гінекологічна допомога в Україні організована відповідно до методичних вказівок, що затверджено Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 15.07.2011 № 417.

В умовах КНП «Шосткинської ЦРЛ» ШМР, що являється закладом охорони здоров'я II рівня надання медичної допомоги населенню, акушерсько – гінекологічні послуги вагітним та гінекологічним хворим здійснює медичний персонал гінекологічного відділення та жіночої консультації. На базі жіночої консультації КНП «Шосткинської ЦРЛ» спостерігаються вагітні з необтяженим перебігом вагітності та вагітні з легкою, середньою та тяжкою

екстрагенітальною патологією, що не потребують скерування в заклади охорони здоров'я III рівня [3].

Амбулаторна акушерсько – гінекологічна допомога спрямована на диспансеризацію вагітних та жінок груп ризику по гінекологічній патології, збереження репродуктивного здоров'я жіночого населення, санітарно – просвітницьку роботу, профілактику та своєчасне лікування акушерських та гінекологічних хвороб, планування сім'ї.

Однією з основних задач в роботі жіночої консультації міста Шостка є організація диспансерного нагляду за вагітними, головною ціллю якої є народження дитини з урахуванням збереження здоров'я породіллі.

1. Вагітна повинна встати на облік не пізніше 12 тижнів вагітності. Перший візит є найбільш тривалим і передбачає : збір анамнезу, акушерське та загальне обстеження, визначення термінів лабораторних обстежень та повторних візитів, заповнення вагітною анкети, інформаційної згоди, заповнення лікарем медичної документації (Індивідуальна карта вагітної і породіллі - форма № 111/о та Обмінна карта - форма № 113/о) [2].

2. З моменту взяття на облік вагітній видається обмінна картка.

3. Лікар загальної практики – сімейної медицини повинен надати інформацію про стан здоров'я вагітної, чи перебуває вона на обліку з приводу хронічних захворювань терапевтичного профілю.

4. При наявності у вагітної екстрагенітальної патології, жінка підлягає постійному спостереженню профільного спеціаліста. Після отримання результатів досліджень та висновків вирішується питання про можливість виношування вагітності та планування її ведення.

5. Жінки з групи високого ризику по вродженій патології, підлягають медико – генетичній експертизі.

6. Обов'язкове проведення ультразвукової діагностики (11 – 13 тижнів, 18 – 21 тиж. вагітності), біомеханічного скринінгу (плацентарного білка РАРР , хоріонічного гонадотропіну та розрахунок ризиків деяких вроджених хромосомних патологій у плода) [2].

7. Під час кожного візиту всі дані фізикального, лабораторного та інструментального обстеження, заносять в "Індивідуальну карту вагітної і породіллі" та "Обмінну карту" із зазначенням відповідних призначень, дати наступного відвідування і засвідчуються підписом лікаря та інформованою згодою вагітної за формою ("Інформована - згодна/незгодна").

8. В середньому вагітна відвідує спеціаліста жіночої консультації сім – дев'ять разів за весь термін вагітності, при умові, що вона розвивається без ускладнень.

9. За умови виникнення ускладнень вагітності, з поінформованої згоди жінки, після доступного та обґрунтованого роз'яснення лікаря акушера – гінеколога, вагітна підлягає стаціонарному лікуванню. До 22 тижнів вагітності лікування проходить в гінекологічному відділенні, з 23 тижнів вагітності – у відділенні патології вагітних. В умовах пандемії COVID – 19 вагітні жінки, що мають підвищену температуру тіла, респіраторні прояви, зміни на рентгенографії органів грудної клітини повинні бути госпіталізовані в інфекційного відділення в ізольовані бокси, до встановлення точного діагнозу.

10. При оформленні відпустки у зв'язку із вагітністю та пологами лікар керується Порядком видачі листка непрацездатності та довідки для призначення державної допомоги у зв'язку з вагітністю і пологами" (накази МОЗ України від 13.11.2001 р. № 455 "Про затвердження Інструкції про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян", та від 18.03.2002 р. № 93 "Про затвердження форм облікової документації щодо призначення державної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами жінкам, які не застраховані в системі загальнообов'язкового державного соціального страхування, та інструкції щодо їх заповнення"). При оформленні відпустки у зв'язку із вагітністю та пологами вагітну оглядають два лікарі (бажано з завідуючою жіночої консультації) [2, 3].

11. На базі жіночої консультації КНП «Шосткинської ЦРЛ» ШМР працює «Школа батьківства». Основне направлення : підготувати вагітну та

членів її родини до майбутнього батьківства. В умовах карантину зумовленим COVID – 19 « Школа батьківства » тимчасово не працює. Лікарі підходять індивідуально до кожної вагітної та надають інформацію підчас планового візиту. Консультують по загрозовим станам, харчуванню та гігієні в післяпологовому періоді, плануванню сім'ї, виключно грудному вигодовуванню перші 6 місяців.

Робота жіночої консультації міста Шостка також орієнтована на амбулаторне обслуговування гінекологічних хворих, головною ціллю якої є збереження репродуктивного здоров'я, рання діагностика, профілактика , лікування гінекологічних захворювань та організація реабілітаційної допомоги.

Гінекологічна патологія виявляється під час профілактичних оглядів, або під час самостійного звернення жінок до жіночої консультації. Профілактичним оглядам підлягають дівчата з 18 років (з 14 за показаннями, в присутності батьків). Основною метою профілактичних оглядів є : профілактика небажаної вагітності, діагностика порушень статевого та фізичного розвитку, попередження інфекцій, що передаються статевим шляхом та вірусу папіломи людини, збереження репродуктивного здоров'я, порушення менструального циклу, профілактика запальних захворювань статевих шляхів, підліткової вагітності [3].

Під час обстеження лікар акушер – гінеколог збирає анамнез, проводить зовнішню та фізикальну оцінку фізичного та статевого розвитку, огляд зовнішніх статевих органів, огляд та пальпація молочних залоз, бімануальне обстеження органів малого тазу (або ректо – абдомінальне), візуальна оцінка стану шийки матки в дзеркалах, забір біологічного матеріалу з піхви для виділення мікрофлори. При зверненні пацієнтки з порушеннями менструальної функції, показано проведення ультразвукової діагностики органів малого тазу, онкоцитологія (при відсутності патологія 1 раз / 3 роки), кольпоскопія (проба Шиллера та проба з 3 % оцтовою кислотою).

На кожен жінок, яка вперше звернулася у зв'язку із скаргами або за направленням інших спеціалістів, а також для профілактичного огляду, заповнюють "Медичну карту амбулаторного хворого" (ф. 025/о) із детальним описом анамнезу, скарг, результатів аналізів і даних гінекологічного обстеження [3].

Таким чином, в системі охорони материнства та дитинства первинна медико – санітарна допомога завжди займала особливе місце. Реформування системи охорони здоров'я передбачує ще більше посилення ролі амбулаторно – поліклінічної служби, збільшення об'єму наданої допомоги на цьому етапі, в тому числі і за рахунок розширення спектру послуг в денних стаціонарах та впровадження в них стаціонар – замісних технологій.

У відповідності до плану заходів з реалізації пріоритетного національного проекту у галузі охорони здоров'я керівники органів охорони здоров'я повинні забезпечити систематичне навчання та підвищення кваліфікації медичного персоналу по застосуванню передових технологій в амбулаторно – поліклінічних умовах.

З цією метою необхідно збільшити використання денних стаціонарів для обстеження та оздоровлення вагітних, породіль, жінок з гінекологічними захворюваннями.

Одним із головних недоліків амбулаторної акушерсько – гінекологічної допомоги Шосткинської ЦРЛ є низький показник кратності відвідувань на одне звернення, навіть серед диспансерних хворих, що визначає низький рівень лікувально – діагностичної амбулаторної допомоги жіночому населенню з гінекологічною патологією.

Необхідними умовами покращення ситуації є оптимізація нормального числа амбулаторних відвідувань лікаря акушера – гінеколога як дорослим, так і дитячим населенням, що забезпечує можливість проведення сучасних діагностичних та лікувальних заходів при генітальній патології, а також зниження її хронізації.

За період з 2018 по 2020 рр. значно збільшилась кількість жінок, що спостерігаються та знаходяться на обліку по вагітності в Чехії та Польщі. Є дві основні причини еміграції жителів України (ми враховуємо лише жіноче населення у віці від 18 до 65 років), це: переїзд на постійне місце проживання та трудова еміграція.

Суттєва різниця в наданні медичних послуг у вище перерахованих країнах полягає в тому, що повних оборотів набула страхова медицина. Тому з 10 вагітних, що перебувають на обліку в Чехії та Польщі, 7 повертаються для подальшого дообстеження, спостереження, лікування та родорозрішення в Україну, бо не мають страховки.

При відсутності страхового поліса за надання медичних послуг в Польщі потрібно платити. В залежності від спеціалізації лікаря ціни можуть коливатися від 50 до 150 злотих за прийом. Наприклад: консультація гінеколога коштуватиме 70 – 90 злотих (525 – 675 грн.) за прийом.

Таким чином, з метою поглибленого порівняльного аналізу процедур надання акушерсько – гінекологічної допомоги, далі розглянемо досвід України та Польщі.

РОЗДІЛ 2 ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ НАДАННЯ АМБУЛАТОРНОЇ ДОПОМОГИ У ГАЛУЗІ АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ

2.1 Порівняльний аналіз ефективності надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Польщі та Україні

По – перше слід розглянути права жінок, що перебувають на території Польщі у період вагітності, пологів та післяпологовий період.

- Будь – яка застрахована жінка або жінка – резидент на території Республіки Польща, маючи польське громадянство, має право на гарантований безкоштовний догляд за станом її здоров'я.

- Вагітна жінка має право на додаткові безкоштовні стоматологічні послуги.

- Жінки мають право на повагу та конфіденціальність. При будь – яких маніпуляціях , що виконуються у медичному закладі, мають право бути присутніми лише пацієнт та лікар, що їх виконує. Інші медичні працівники та члени родини можуть бути присутніми з поінформованої згоди жінки.

- Жінка має право на присутність партнера на пологах (члени родини, подруга і т.д.).

- Жінки мають право бути повністю поінформованими про перебіг вагітності, пологів та післяпологового періоду, застосування лікувальних процедур та їх наслідки.

- Жінка має право відмовитись від виконання запропонованих процедур, лабораторних обстежень та хірургічного лікування.

- Після пологів у перші 2 години раннього післяпологового періоду показаний контакт « шкіра до шкіри ». Цей контакт може бути не виконаний за умов, що загрожують життю та здоров'ю матері або новонародженого.

- Жінка має право на отримання інформації про переваги та недоліки активного ведення III періоду пологів та раннього початку грудного вигодовування.

• Вагітна жінка має право на пренатальні тести, фінансування здійснюється за рахунок Національного фонду охорони здоров'я, якщо він відповідає вимогам. Вимоги зазначені в програмі пренатального тестування.[9,10]

Перелік тестів, на які спрямовуються жінки в наступні місяці вагітності залежать від перебігу вагітності. В Польщі такої ланки медичної галузі, як жіноча консультація не існує. Жінки звертаються за медичною допомогою до лікарів частішої практики, або лікувальні заклади загальної практики. Представляємо стандарти, що діють у Польських медичних центрах.

Таблиця 1

Графік відвідування лікаря гінеколога під час вагітності

Польща, 2020 рік *

Термін вагітності	Перелік медичних обстежень
До 10 тижнів вагітності	<ul style="list-style-type: none"> • Співбесіда та загальний гінекологічний огляд • Загальний аналіз крові • Загальний аналіз сечі • Група крові та резус належність • Резус – антитіла • ПАП – тест • Тестування вагінальної чистоти • Дослідження рівня глюкози в крові натщесерце • Аналіз крові на антитіла до ВІЛ, HCV, HBs Ag, токсоплазмоз та краснухи • Стоматологічне обстеження
11 – 14 тижнів вагітності	<p>Контрольний візит. У цей період лікуючий лікар повинен направити жінку на наступні обстеження:</p> <ul style="list-style-type: none"> • УЗД ОМТ • Загальний аналіз сечі • ПАП – тест, якщо не було зроблено у більш ранньому терміні вагітності.

Продовження таблиці 1

15 – 20 тижнів вагітності	<p>Контрольний візит. У цей період жінці необхідно зробити наступні тести:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Морфологія • Загальний аналіз крові • Загальний аналіз сечі • Тестування вагінальної чистоти • ПАП – тест, якщо не було зроблено у більш ранньому терміні вагітності
21 – 26 тижнів вагітності	<p>Попередній візит, під час якого слід направити жінку до школи батьківства. У цей період проводять наступні тести:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Дослідження рівня глюкози в крові після прийому всередину 75 г глюкози (на 24 – 28 тижнів вагітності) – двічі тест на глюкозу в крові: до введення глюкози (натщесерце) та через 2 год. після введення глюкози • Загальний аналіз сечі • Анти - резус – антитіла у жінок з резусом (-) • ПАП – тест, якщо не було зроблено у більш ранньому терміні вагітності.
27 – 30 тижнів вагітності	<p>Контрольне відвідування для проведення наступних обстежень:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Загальний аналіз сечі • Загальний аналіз крові • Резус – антитіла • УЗД ОМТ • ПАП – тест, якщо не було зроблено у більш ранньому терміні вагітності.
33 – 37 тижнів вагітності	<p>Оглядовий візит:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Загальний аналіз крові • Загальний аналіз сечі • Тестування вагінальної чистоти • HBs Ag, HCV • Тестування на ВІЛ • Висів піхвових виділень на наявність β – гемолітичного стрептококу

Продовження таблиці 1

38 – 39 тижнів вагітності	<ul style="list-style-type: none"> • Загальний аналіз сечі • Загальний аналіз крові
Після 40 тижнів вагітності	Вагітна жінка повинна відвідувати лікаря або акушерку кожного третього дня для проведення КТГ та УЗД ОМТ.
41 тиждень вагітності	Жінку направляють до лікарні.

*[EJMT 3(4) 2014 • Technologie w optymalizacji opieki medycznej. Opieka ginekologiczna wśród młodych kobiet w Polsce z zastosowaniem technologii medycznych, 18]

Таблиця представлена для ознайомлення з обсягом допологової допомоги польським жінкам та кращому розумінню матеріалу, що буде застосовуватись далі в роботі.

Для порівняльного аналізу розглянемо допологову допомогу вагітним в Україні, що виконується за наказом МОЗ України від 15 липня 2011 року № 417 « Про організацію амбулаторної акушерсько – гінекологічної допомоги в Україні ».

Перший візит (бажано до 12 тижнів вагітності). Перше відвідування жіночої консультації є найбільш довготривалим. Під час цього візиту заповнюється вся медична документація стосовно вагітності, збір анамнезу, визначення факторів, що збільшують ризик виникнення гестаційного діабету, визначення ризиків прееклампсії, загальний та інструментальний огляд лікарем акушер – гінекологом, пальпація молочних залоз, огляд сімейного лікаря та надання медичного заключення про наявність або відсутність хронічних захворювань та станів, вимірювання АТ, пульсу, температури, вимірювання зросту, маси тіла, визначення маси тіла. Призначення або проведення першого УЗД скринінгу (11 + 1 день до 13 тижнів та 6 днів).Лабораторні обстеження такі, як : загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, висів сечі, група крові та резус належність, резус – антитіла,

серологічне обстеження на сифіліс, тест на ВІЛ (перший), тест на наявність HBsAg, мазок на цитологію та флору. Інформування вагітної щодо наступного візиту, загрозливим станам, харчуванню, гігієні, статевому життю, умов праці.

Другий візит (через 2 тижні після першого). Жінка запрошується для оцінки загального стану, обговорення та інтерпретації результатів обстежень. При бідь – якому відхиленні від норми призначається консультація сумісних спеціалістів та призначення або корекція лікування. УЗД в термін вагітності від 18 тижнів до 20 тижнів 6 днів (для визначення структурних аномалій плоду). Призначення наступного візиту.

Третій візит (19 – 21 тиждень вагітності після проходження УЗД). Надання інформації щодо результатів попереднього УЗД, при наявності відхилень направлення для госпіталізації в гінекологічне відділення, відділення патології вагітності або до лікувального закладу III рівня надання медичної допомоги. Проводиться вимірювання висоти стояння дна матки, заповнення гравідограми. Вимірювання АТ, пульсу та температури. Обстеження : тест на ВІЛ, загальний аналіз сечі або експрес тест на наявність білка.

Четвертий візит (25 – 26 тижнів вагітності) надання жінці розгорнутої інформації щодо результатів попередніх лабораторних обстежень. Вимір висоти стояння дна матки, вимірювання АТ, пульсу, температури, аускультация серцебиття плоду, огляд нижніх кінцівок на наявність пастозності та набряків. Лабораторні обстеження: загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, серологічне дослідження на сифіліс, резус – антитіла, тест толерантності до глюкози, за наявності показів, призначення анти – резус імуноглобуліну.

П'ятий візит (30 тижнів вагітності) Оформлення відпустки по вагітності та пологам. Направлення до школи батьківства, обговорення питань щодо пологів, народження дитини , партнерських пологів. Вимірювання стояння дна матки з занесенням результатів до гравідограми, вимірювання АТ, пульсу, температури тіла, пальпація та огляд молочних залоз, огляд нижніх кінцівок,

аускультация серцебиття плода. Лабораторні обстеження : загальний аналіз сечі.

Шостий візит (34 – 35 тижнів) вимірювання висоти стояння дна матки, АТ, пульс, температура тіла, оцінка нижніх кінцівок, аускультация серцебиття плода, надання розгорнутої інформації щодо попередніх результатів обстеження. Обстеження: загальний аналіз сечі.

Сьомий візит (38 тижнів вагітності) інформування жінки щодо дій у разі початку пологової діяльності. Вимірювання висоти стояння дна матки, АТ, пульс, температура тіла, оцінка нижніх кінцівок, аускультация серцебиття плода.

Восьмий візит (40 тижнів вагітності) вимірювання висоти стояння дна матки, АТ, пульс, температура тіла, оцінка нижніх кінцівок, аускультация серцебиття плода. Лабораторні обстеження : загальний аналіз сечі.

Дев'ятий візит (41 тиждень вагітності) вимірювання висоти стояння дна матки, АТ, пульс, температура тіла, оцінка нижніх кінцівок, аускультация серцебиття плода, КТГ 2 рази / тиждень. Індукція пологів проводиться жінкам з поінформованої згоди, що мали необтяжений перебіг вагітності після 41 тижня вагітності.

Можна зробити висновок, що тактика спостереження за вагітними в Польщі та Україні майже не відрізняється, за винятком кількості лабораторних обстежень та оформлення медичної документації.

Державне фінансування амбулаторно – поліклінічних закладів в Польщі дозволяє більш ретельно та прицільно обстежувати жінок, що звертаються по допомогу.

Опираючись на досвід вищезазначеної країни слід збільшити проведення профілактичних заходів, що націлені на попередження ускладнень вагітності та пологів. Забезпечити жіноче населення консультативним послугами по плануванню сім'ї, профілактиці абортів та хвороб , що передаються статевим шляхом. Впровадити в практичну роботу сучасні досягнення з діагностики та лікування, а також надання соціально – правової допомоги жінкам.

Мета патронажу породіль у післяпологовому періоді однакова в обох порівнювальних країнах, це:

- забезпечення комплексного догляду за жінкою;
- попередження та рання діагностика післяпологових ускладнень;
- спостереження за самопочуттям породіллі ;
- спостереження за станом молочних залоз та характером лактації;
- спостереження за характером виділень зі статевих шляхів;
- спостереження за дотриманням жінкою правил особистої гігієни, характером харчування;
- консультація з питань планування сім'ї, контрацепції та грудному вигодовуванню.

Відмінною рисою являється тривалість патронажу. В Україні післяпологовий патронаж здійснюється у перші 7 діб після виписки породіллі з пологового будинку, на відміну від Польщі де жінка має право щонайменше на чотири відвідування акушерки в перші шість тижнів після пологів. [11]

При виявленні будь – яких відхилень від норми породіллі направляється на прийом до дільничного акушера – гінеколога або відразу в стаціонар, в залежності від загального стану жінки.

Пропоную розглянути статистичні данні, що стосуються надання гінекологічної допомоги та диспансеризації жіночого населення в Польщі. [14,15]

Ключовим аспектом гінекологічної допомоги є профілактика, що включає самоспостереження пацієнток, що регулярно відвідують та проходять огляд у спеціалістів та своєчасно здають аналізи такі, як мазок на мікрофлору, мамографію і т.д. Дослідження показують, що близько 16 % польських жінок вперше відвідують гінеколога у віці від 11 до 15 років, 48 % припадає на вік від 16 до 19 років, тоді як 21 % звертаються до спеціаліста у віці старше 20 років.

Рекомендовано проводити гінекологічний огляд принаймні раз на рік. За даними 2019 року регулярно зверталися до лікаря – акушера – гінеколога 74 % польських жінок, тоді як 18 % - відвідували зрідка або один раз. Решта 8,3 % складають жінки, які жодного разу не відвідували гінеколога, більшість з яких є люди вікової групи 16 – 25 років. [15]

Переважає більшість польських жінок обирають відвідування приватного гінеколога. Таким родом відвідувань користується 49,3 % жінок, ще 24,3 % відвідують як приватного, так і державного лікаря, і лише 26,4 % отримують державну допомогу.

Найбільша увага приділяється профілактичним заходам, що спрямована на попередження злоякісних новоутворень статеві системи, запальним процесам, порушенням менструального циклу, безпліддю.

Профілактика включає в себе використання щеплень, популяризацію принципів особистої гігієни, боротьбу зі шкідливими звичками та залежностями, раннє виявлення та лікування захворювань статеві системи.

Польща – країна з високим рівнем захворюваності та смертності від раку, що значною мірою пов'язано з низькою популярністю програм діагностики та лікування раку та затримка їх впровадження по відношенню до інших європейських країн. I місце – злоякісне новоутворення шийки матки, II місце – злоякісне новоутворення молочної залози. [16]

Мамографія являється пріоритетним та достовірним дослідженням у діагностиці раку молочної залози у польських жінок віком старше 50 років (Україна - вік старше 45 років). Профілактика раку шийки матки охоплює більшу когорту жінок, включаючи пацієнток молодого віку. Для профілактики раку шийки матки застосовуються скринінгові тести. Головною причиною розвитку злоякісних новоутворень шийки матки є інфікування вірусом папіломи людини (ВПЛ). Імовірність зараження вірусом зменшується при використанні противірусної вакцини, але щеплення діє лише до зараження вірусом. Рутинна імунізація повинна проводитись у віці 12 – 15 років. У Польщі переважна більшість дорослих жінок не щеплені. Профілактика раку

шийки матки застосовується з початком статевого життя до трьох років. Тести слід повторювати щороку. Рекомендовано припинити обстеження у віці 70 років за умови, якщо три попередні тести були у нормі і не показали диспластичних змін.

Цитологічна профілактика допомагає виявити новоутворення на ранніх стадіях, що дає набагато кращий прогноз. У разі діагностування пухлинного ураження місцевого характеру шанс вижити становить щонайменше 5 років у 92 % жінок і 13 % пацієнток виживають при виявленні захворювання з метастазуванням.

9 % від загальної кількості злоякісних новоутворень шийки матки припадає на молодих жінок, 12 % усіх випадків смерті від раку у віковій групі від 20 до 40 років.

Звичка регулярно проводити профілактичні огляди в польському суспільстві не склалась. У 2016 – 2019 рр. відсоток обстежених жінок був таким:

2016 р. – 21,25 %

2017 р. – 24,39 %

2018 р. – 26,77 %

2019 р. – 17,41 %

Найбільший відсоток жінок обстежено у таких воєводствах : Вармінсько – Мазурське, Західнопоморське, Ополе та Люблін. Найменше жінок обстежено у Великопольському та Мазовецькому воєводствах, Малопольське та Лодзьке.

У 2018 році в польських лікарнях було зроблено 1076 абортів. Як повідомляє Міністерство Здоров'я, в більшості випадків, основною причиною були вади розвитку та захворювання у плода.

Найбільша кількість юридично зафіксованих абортів було у Мазовецькому воєводстві – 287 переривань вагітностей на ранніх термінах на рік. Понад 100 процедур було проведено в сільській місцевості. Проведено 5

процедур через загрозу життю матері. Один аборт проводився через те, що вагітність була наслідком забороненого діяння.

Більшість процедур переривання вагітності стосувалося жінок старше 35 років – 409 абортів, у віковому діапазоні 30 – 34 роки – 283 аборти. У жінок до 18 років здійснено 57 абортів. [12]

У 2017 році жодна вагітність не переривалась через зґвалтування або інцест. У 22 випадках основною причиною виступала загроза життю та здоров'ю матері. Решта 1039 абортів було проведено через генетичні або соматичні дефекти розвитку у плода. Після кожного 4 – го абарту було діагностовано трисомію 21 хромосоми у плода, тобто синдром Дауна. [12]

Діючий закон 1993 року допускає аборти, коли вагітність представляє загрозу для життя та здоров'я жінки, є висока ймовірність ураження плода або наявність вроджених аномалій, що призведуть до тяжкої інвалідності дитини після народження, або коли вагітність стала результатом забороненого діяння (зґвалтування або інцест).

В перших двох випадках переривання вагітності здійснюється до тих пір, поки плід не може самостійно існувати за межами материнського організму. В результаті забороненого діяння – якщо від початку вагітності пройшло не більше 12 тижнів.

Закон наголошує, що фізичні особи, охоплені соціальним страхуванням, та фізичні особи, що мають право у відповідності з окремим положенням на безкоштовне медичне обслуговування, мають право на безкоштовне переривання вагітності в медичних закладах.

Для переривання вагітності необхідна письмова згода жінки. У випадку неповноліття чи жінки з інвалідністю, що веде за собою втрату дієздатності пацієнтки, потрібна письмова згода законного представника. У випадку з підлітком старше 13 років також потрібна її письмова згода. У випадку неповнолітньої до 13 років потрібна згода опікунського суду, та неповнолітня має право виразити свою думку.

Статистика щодо переривання вагітності в Україні за 2018 – 2019 рр. невтішна. Так за даними закладів охорони здоров'я кількість абортів за 2019 рік становить – 74 606, з них 727 зроблено неповнолітнім особам. У 2018 році в Україні було проведено 46 552 аборти, з них майже 400 – неповнолітнім.

Як ми бачимо статистичні данні щодо переривання вагітності в Україні значно перевищують показники Польщі, що свідчить про низьку соціальну відповідальність жінок, відсутність обізнаності у питаннях контрацепції та недостатню санітарно – просвітницьку роботу медичних працівників серед жіночого населення.

За даними Центрального статистичного управління Польщі, все більше жінок приймають рішення про пізнє материнство. У 2017 році жінки у віці 40-45 років народили 10 642 дитини, а жінки старше 45 років – 405 дітей.

Міжнародний досвід, рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі — ВООЗ), а також дослідження специфіки використовуваної сьогодні моделі системи охорони здоров'я України свідчать, що єдиним способом забезпечити якісний медичний захист без фінансового стресу для громадян є перехід до фінансування медицини за страховим принципом. Цей підхід дозволяє розподілити ризики хвороби та витрати на лікування між великою кількістю застрахованих осіб, заздалегідь збираючи посильні внески з великого пулу людей і спрямовуючи зібрані кошти на виплати за страховим випадком у разі хвороби чи іншого розладу здоров'я.

Для запровадження в Україні пропонується модель державного солідарного медичного страхування, яка враховує кращі сучасні практики та досвід трансформації систем охорони здоров'я у світі, зокрема у Центральній та Східній Європі.

Основним джерелом фінансування оновленої системи охорони здоров'я залишаються кошти Державного бюджету України, отримані із загальнодержавних податків. Виплати для лікування окремої людини не прив'язані до розміру її індивідуальних внесків.

Бюджетні кошти на фінансування медицини розподіляються через новий, сучасний механізм стратегічної закупівлі медичних послуг. Відбувається перехід від фінансування постатейних кошторисів закладів охорони здоров'я — бюджетних установ, розрахованих відповідно до їх існуючої інфраструктури (кількості ліжок, персоналу тощо), до оплати результату (тобто фактично пролікованих випадків або приписаного населення) закладам, які перетворюються на автономних постачальників цих послуг, а також аптекам як постачальникам призначених лікарями лікарських засобів. Таким чином, буде запроваджено принцип “гроші ходять за пацієнтом”, а не за інфраструктурою закладів охорони здоров'я та іншими надавачами послуг.

Предметом закупівлі стає державний гарантований пакет медичної допомоги — прозоро визначений обсяг первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої), екстреної медичної допомоги та лікарських засобів, право на отримання якого у разі потреби матимуть всі без винятку громадяни України. Вартість цих послуг покриватиметься системою страхування повністю або частково. У випадку часткового покриття пацієнти будуть здійснювати офіційну співоплату за послуги та/або лікарські засоби. Підходи до встановлення розмірів такої співоплати будуть чітко визначеними і єдиними для всієї країни. [21]

Розглянемо Польщу, як країну яка майже 20 років проводить зміни в системі охорони здоров'я, змінюючи централізовану систему Семашко на державне медичне страхування.

Система охорони здоров'я в Польщі підпорядкована Міністерству охорони здоров'я і Національному фонду здоров'я. Міністерство і нові створені навколо нього установи займаються регуляторною діяльністю. Національний фонд здоров'я розподіляє гроші між медичними установами різної форми власності.

Для отримання медичної допомоги в Польщі треба бути застрахованим в Національному фонді здоров'я або мати страховку іншої країни ЄС. Обов'язкове страхування. Ви працюєте - за вас платить роботодавець, це

близько 9% доходу. Ви працюєте на себе - самі платите страховку. Іншим резидентам Польщі потрібно оформити на себе добровільну страховку. 98% резидентів Польщі так чи інакше застраховані. На папері страховка покриває дуже багато і значно менше на практиці, повідомляє звіт ВООЗ.

Польща зараз витрачає 6,5% ВВП на охорону здоров'я (на сьогоднішній день ВВП на охорону здоров'я в Україні складає 3,5 %). У 2019 році цей показник був 7,5%. Для порівняння Великобританія витрачає 9,8%, Швеція - 11%. У різні роки 86-91% грошей на здоров'я дає Національний фонд, а решту доплачують влади воєводств. Тобто одних тільки страхових внесків недостатньо, влада повинна доплачувати з інших джерел доходів. Зокрема, витрати на громадське здоров'я та невідкладну допомогу лежать на місцевих бюджетах. При цьому державне фінансування забезпечує лише загальних 70% витрат на здоров'я, а 30% витрат на здоров'я йде безпосередньо з кишень громадян. ВООЗ розмістило польську систему охорони здоров'я на 50-му рядку рейтингу з 192-х країн, між Малайзією і Домініканською Республікою. Україна на 79-му місці.

Національний фонд здоров'я розподіляє гроші між воєводствами на основі алгоритму, що враховує чисельність і особливості населення. Гілка Фонду в кожному воєводстві підписує на конкурсній основі контракти з провайдерами медичних послуг, тобто лікарями, лікарнями та клініками. Лікарі первинної ланки отримують плату за кількість пацієнтів, а вторинної ланки діагностики - за надані послуги. Медична реформа Польщі має на меті посилити роль первинної ланки, і його фінансування зростає. Слабка первинка - це велика потреба в дорогому обслуговуванні вторинної ланки і стаціонарному лікуванні, показує досвід Польщі. Інша проблема польської охорони здоров'я так само як і української - це нестача кадрів. По-перше, це нація, яка старіє - смертність перевищує народжуваність, і все більше людей похилого віку потребують лікування і не можуть собі дозволити приватні клініки. По-друге, по всьому ЄС до початку Брексіта була хвиля трудової міграції, в тому числі лікарів.

Українська система охорони здоров'я, як і польська - системи, значно постраждали внаслідок отриманої у спадок централізованої системи Семашко. Польща почала свою "реабілітацію" раніше нас і має досить хороші результати: змінився принцип фінансування, що поліпшило ефективність роботи медичних установ, виріс зарібок лікарів і збільшилась довіра пацієнтів до системи.

Польща пройшла довгий шлях, щоб позбутися від радянської спадщини в системі охорони здоров'я і побудувати більш сучасну і ефективну систему. Для нас досвід цієї країни - хороший кейс для натхнення на втілення якісних змін і неповторення помилок, які свого часу зробили поляки.

2.2 Аналіз ефективності роботи жіночої консультації КНП «Шосткинської ЦРЛ» за період 2017-2020 рр.

У 2016 році почала відбуватися запроваджена Урядом України трансформація системи охорони здоров'я. Зміни відбуваються за рахунок підвищення ефективності, модернізації застарілої системи та поліпшення доступу до медичного обслуговування кращої якості. Стратегія Уряду передбачала в першу чергу зміни у фінансуванні охорони здоров'я.

Після розробки та затвердження стратегії Кабінетом Міністрів України, Верховна Рада прийняла новий закон про фінансування охорони здоров'я (Закон «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»). Була створена Національна служба здоров'я України (НСЗУ), яка розпочала стратегічні закупівлі медичних послуг відповідно до гарантованого державою пакету.

Загальні зміни фінансування охорони здоров'я України відповідають провідним міжнародним практикам покращення доступу, якості та ефективності медичних послуг, при тому що загальне макроекономічне середовище України та стан розвитку економіки залишаються складними.

Дефіцит бюджету охорони здоров'я на сьогодні досить значний, що не дозволяє суттєво збільшити капітальні інвестиції у розбудову спроможної мережі. Для подальшої трансформації мережі закладів та забезпечення повного доступу населення до послуг охорони здоров'я важлива політична підтримка та стабільність дотримання визначеного курсу трансформації. Забезпечення загальної стабільності бюджету на охорону здоров'я та його зростання буде ключовим фактором для подальшого впровадження реформ системи охорони здоров'я.

Фінансування системи охорони здоров'я як пріоритету держави має бути захищене в межах бюджету.

Також в рамках змін відбулися:

- реформа первинної ланки медичної допомоги із чітким переліком послуг для пацієнтів та вільним вибором сімейного лікаря;
- автономізація закладів охорони здоров'я;
- створення єдиної системи електронної охорони здоров'я;
- прогресивна програма реімбурсації медикаментів «Доступні ліки» із використанням електронного рецепту.

Національна служба здоров'я України, Центр громадського здоров'я, ДП «Електронне здоров'я», Державний експертний центр, ДП «Медичні закупівлі України» та інші інституції системи зараз є ключовими агентами змін. Важливо забезпечити сталий розвиток цих інституцій та збільшення їхньої спроможності для того, щоб вони і далі відігравали ключову роль у подальшій трансформації системи охорони здоров'я в Україні.

Місцеві органи влади здійснюють важливу роль як власники закладів, отже, ми вважаємо необхідним подальше узгодження децентралізованих ролей і пріоритетів національної політики в галузі охорони здоров'я.

Також, з нашої токи зору, дуже важливо, щоб зміни у системі фінансування охорони здоров'я супроводжувалися додатковими

інструментами, що впливатимуть на підвищення показників здоров'я населення та зростання якості медичних послуг.

Для вирішення зазначених проблем в Україні запроваджується модель державного солідарного медичного страхування, яка враховує кращі сучасні практики та досвід трансформації систем охорони здоров'я у світі, зокрема у Центральній та Східній Європі.

Основним джерелом фінансування оновленої системи охорони здоров'я є кошти Державного бюджету України, які отримуються закладами із загальнодержавних податків. Виплати для лікування окремої людини не прив'язані до розміру її індивідуальних внесків.

Бюджетні кошти на фінансування медицини розподіляються через новий, сучасний механізм стратегічних закупівель медичних послуг.

Відбувається перехід від фінансування постатейних кошторисів бюджетних закладів охорони здоров'я до оплати результату (тобто згідно фактично пролікованих випадків, наданих послуг або кількості підписаних декларацій із сімейним лікарем) закладам, які перетворюються на автономних неприбуткових постачальників цих послуг, а також аптекам як постачальникам призначених лікарями лікарських засобів. Таким чином, запроваджується принцип «гроші ходять за пацієнтом».

Враховуючи договір № 0487-E420-P000 про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій від 01.04.2020 у КНП «Шосткинська центральна районна лікарня » Шосткинської міської ради на базі жіночої консультації надається перелік пакетів послуг:

1. Гістероскопія – 353 808,00 грн.

Закладу надана певна самостійність щодо уповноваження приймати рішення з різних аспектів надання послуг. Повноваження щодо прийняття рішень стосуються шести аспектів: кількості вкладеної праці,

капіталовкладень, інших вкладень, рівня та складу послуг, процесів управління.

Тому в рамках цього проведено дооснащення жіночої консультації медичним обладнанням.

Дохідна частина фінансового плану на 2020 рік – 34525,1 тис. грн.:

- 5783,4 тис. грн. – державний бюджет;
- 24259,3 тис. грн. – за рахунок медичної субвенції (в подальшому за рахунок коштів за договорами з НСЗУ).
- 2482,4 тис. грн. – дохід з місцевого бюджету на оплату комунальних послуг та енергоносіїв.

1794,9 тис. грн. – дохід з місцевих бюджетів на капітальні видатки, в т.ч.: 794,0 тис. грн. на придбання дороговартісного обладнання (співфінансування за інвестиційним проектом), 382,9 тис. грн. – на проведення капремонту (співфінансування за інвестиційним проектом), 618,0 тис. грн. – придбання комп'ютерної техніки.

Інші доходи (дохід від безоплатно одержаних активів) амортизація – 205,1 тис. грн.

Такими чином, на базі жіночої консультації КНП « Шосткинської ЦРЛ» ШМР відбулись суттєві зміни в рамках реформування.

Змінилась система фінансування , стратегія надання медичної допомоги та розподілу витрат.

На перший план постає своєчасне виявлення та попередження хвороб, а також повна інструментальна та клініко – лабораторна діагностика.

Реформування медицини в Україні на сьогодні є стратегічним і тому впровадження нових інструментів управління має бути поступовим та виваженим.

Таким чином, щоб зробити висновок про ефективність роботи жіночої консультації КНП «Шосткинська ЦРЛ» Шосткинської міської ради проведемо аналіз статистичних даних за 2017 – 2020 рр.

У порівнянні з 2017 роком чисельність населення м. Шостки та Шосткинського району зменшилась.

Зміна чисельності населення виглядає таким чином :

Таблиця 2

Кількість населення (у тому числі жіночого) у Шосткинському районі та м. Шостка в період з 2017 – 2018 рр.

	За 2017 рік	За 2018	Зміна показника	
			Абсолютне число	%
Всього населення	98417	97358	- 1059	-1,08 %
Всього жіночого населення	54512	53924	- 588	-1,08 %
Кількість жінок фертильного віку	24578	23210	- 1368	- 5,6%

Таблиця 3

Кількість населення (у тому числі жіночого) у Шосткинському районі та м. Шостка в період з 2019 – 2020 рр.

	За 2019 рік	За 9 місяців 2020 року	Зміна показника	
			Абсолютне число	%
Всього населення	96414	94825	- 1589	- 1,6 %
Всього жіночого населення	53358	52651	- 707	- 1,3%
Кількість жінок фертильного віку	22674	22062	- 612	- 2,7%

Як видно з вищезазначених таблиць 2 та 3 в період з 2017 – 2020 рр. спостерігається стрімке зменшення кількості населення Шосткинського району та міста Шостка. Порівняно з 2017 роком на сьогоднішній день загальна кількість населення зменшилось на 3 592 людини (3,6 %), загальна кількість жіночого населення зменшилась на 1 681 людину (3,08 %), більшість з яких є жінки фертильного віку.

Зниження кількості жіночого населення веде до зменшення числа відвідувань жіночої консультації.

Таблиця 4

Показники охоплення жіночого населення м. Шостка та Шосткинського району:

	За 2017 рік	За 2018 рік	Зміна показника	
			Абсолютне число	%
Всього прийнято	36729	35486	- 1243	- 3,4%
Сільське населення	2989	3076	+ 87	+ 2,9%
0 – 17 років	2731	2661	-70	- 2,6%
0 – 17 років сільське населення	98	141	+ 43	+ 43,9%
Відвідування на дому	478	364	- 114	- 29,6%
Амбулаторні операції	893	739	- 144	- 23,8%
Амбулаторні операції для мешканок сіл	24	38	+ 14	+ 58,3%

Таблиця 5

Показники охоплення жіночого населення м. Шостка та Шосткинського району:

	За 2019 рік	За 9 місяців 2020 року	Зміна показника	
			Абсолютне число	%
Всього прийнято	30704	28584	- 2120	- 6,9%
Сільське населення	2471	2564	+ 93	+ 3,7%

Продовження таблиці 5

0 – 17 років	2127	1688	- 439	- 20,6%
0 – 17 років сільське населення	83	96	+ 13	+ 15,6%
Відвідування на дому	337	237	- 100	- 29,6%
Амбулаторні операції	684	540	- 144	- 21,05%
Амбулаторні операції для мешканок сіл	12	23	+ 11	+ 91,7%

Починаючи з 2017 року ми бачимо з таблиць 4 та 5 тенденцію до збільшення сільського населення, хоча з 2018 по 2019 рік спостерігається зворотна регресія, але вже починаючи з 2019 року і до сьогодні чисельність жіночого населення, що проживає в сільській місцевості стрімко зростає.

Враховуючи всесвітню пандемію пов'язану з COVID – 19, жителі міста намагаючись уникнути місць скупчення народу, переїздить в райони. Таким чином, з вищезазначених таблиць ми можемо бачити збільшення кількості відвідувань жіночої консультації жителями прилеглих сіл.

До мережі лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я Шосткинського району станом на 30.09.2020 року відноситься:

фельдшерсько-акушерські пункти (ФАП) – 4

в тому числі:

- Дубрівський ФАП
- Гамаліївський ФАП
- Собичівський ФАП
- Собицький ФАП

фельдшерські пункти (ФП)

– 11

в тому числі:

- Воронізький ФП
- Ковтунівський ФП
- Тиманівський ФП
- Лушницький ФП
- Глазівський ФП
- Погребський ФП
- Каліївський ФП
- Вовнянський ФП
- Маківський ФП
- Гуківський ФП
- Пирогівський ФП

Матеріально – технічна база пологопомічних закладів у місті Шостка складається із 1 пологового будинку, 1- го гінекологічного відділення в складі багатoproфільної лікарні міста, 1 жіночої консультації та одного кабінету планування сім'ї.

Одним із основних показників роботи жіночої консультації залишається раннє охоплення наглядом вагітних та їх своєчасне обстеження на наявність екстрагенітальної патології . Екстрагенітальна патологія (ЕГП) - це численна група різноманітних і рівнозначних хвороб, синдромів, станів у вагітних жінок, об'єднаних тим, що вони не є гінекологічними захворюваннями або акушерськими ускладненнями вагітності.

Таблиця 6

Показники обстеження вагітних

Показники	За 2017 рік	За 2018 рік	За 2019 рік	За 9 місяців 2020 року

Продовження таблиці 6

Взято на облік вагітних	543	557	421	557
Раннє охоплення наглядом вагітних, %	542 – 99,8%	557 – 100%	421 – 100%	429 – 100%
Огляд терапевтом до 12 тижнів, %	602 – 99,8%	492 – 100%	485 – 100%	413 – 100%
УЗД 2 рази до 22 тижнів	601 – 99,6%	492 – 100%	485 – 100%	413 – 100%
Охоплення обстеженням на ВІЛ вагітних	601 – 99,6%	492 – 100%	485 – 100%	413 – 100%

Показники взяття вагітних на Д – облік за 4 роки в період з 2017 по 2020 роки є сталими. Показники огляду терапевта, дворазове УЗД до 22 тижнів вагітності, охоплення обстеженням на ВІЛ вагітних є сталим.

Таблиця 7

Показники обстеження вагітних з екстрагенітальною патологією

	За 2017 рік		За 2018 рік		За 2019 рік		За 9 місяців 2020 року	
Знаходилося під наглядом вагітних	953		866		754		673	
З них ЕГП	327	34,3%	243	28,0%	212	28,1%	199	29,5%

Продовження таблиці 7

- В групі вкрай високого ризику	26	7,7%	23	9,4%	20	9,4 %	32	16,0%
ЕГП виявлена під час вагітності	150	45,8%	126	14,5%	99	13,1%	57	8,4%
Закінчили пологами	258	78,8%	227	93,4%	186	30,1%	179	26,5%
Передчасні пологи	3	0,9%	1	0,7%	-	-	2	1,0%
Перинатальні втрати у вагітних з ЕГП	1	0,3%	-	-	-	-	1	0,5%
Кесарський розтин з ЕГП	18	5,5%	5	2,0%	13	6,1%	8	4,0%

Кількість жінок з ЕГП в період з 2017 по 2020 роки значно зменшилася, за рахунок зменшення загальної кількості вагітних. Збільшення кількості жінок з екстрагенітальною патологією з групи високого ризику на 8,3 % у 2020 році в порівнянні з 2017 роком (2017 рік – 7,7 %, 2020 рік – 16,0 %). Це пов'язано з плануванням вагітності у жінок з екстрагенітальною патологією.

Поліпшився показник вперше виявленої ЕГП під час вагітності, зменшився, що пов'язано з активізацією роботи з профільними спеціалістами та сімейними лікарями. За чотири роки з 2017 року по 2020 рік було дві перинатальних витрати (2017 рік – 1; 2018 – 2019 рр. – 0; 2020 рік – 1), що пов'язано з якісним родорозрішенням і вчасною госпіталізацією в медичні заклади III рівня . Показник кесарських розтинів за чотири роки залишається сталим.

Таблиця 8

Структура захворюваності вагітних за період з 2017 року по 2020 рік

Структура захворюваності	2017 рік		2018 рік		2019 рік		9 місяців 2020 року	
Захворювання ССС	35	10,7	16	6,5	21	9,9	25	12,5
Захворювання сечостатевої системи	55	16,8	55	22,6	25	11,7	27	13,5
Захворювання щитоподібної залози	166	50,7	89	36,6	104	49,0	84	42,2
- з них дифузний зоб	151	46,1	77	31,6	87	41,0	74	37,1
- ожиріння	52	15,9	35	14,4	32	15,0	22	11,0
Цукровий діабет	2	0,6	-	-	3	1,4	1	0,5
Захворювання очей	31	9,4	19	7,8	13	6,1	6	3,0
Анемії	62	18,9	68	27,9	69	32,5	67	33,6
Венозні ускладнення	43	13,1	29	11,9	44	20,7	30	15,0
Захворювання верхніх дихальних шляхів	9	2,7	10	4,1	11	5,1	8	4,0
Захворювання ЦНС	5	1,5	1	0,4	3	1,4	-	-

В таблиці 8 представлені найважливіші і найчастіше діагностовані патології, що складають структуру захворюваності вагітних. Як ми можемо бачити більшість показників є сталими, що свідчить про своєчасне обстеження вагітних та ранню профілактику захворюваності серед жінок фертильного періоду. Такий показник, як анемія є сталим, що свідчить про недотримання жінок збалансованого харчування та погіршення умов життя.

У зв'язку з тим, що більшість жінок починають планувати вагітність, ми можемо спостерігати зниження захворюваності центральної нервової системи,

щитоподібної залози, зменшення кількості вагітних з ендокринними порушеннями.

За рахунок покращення показників виявлення вагітних жінок з ЕГП, збільшилася кількість направлень жінок в заклади надання медичної допомоги III – IV рівня.

Таблиця 9

Направлення вагітних в заклади надання медичної допомоги III – IV рівня

	За 2017 рік		За 2018 рік		За 2019 рік		За 9 місяців 2020 року	
Пологи в закладах III рівня	94	36,0	89	36,6	95	44,8	50	25,1
Пологи в м. Київ КНДІ ПАГ	9	10,6	6	-	2	0,9	3	1,6
або інших закладах	1	-	2	-	-	-	3	1,6
Проконсультовано вагітних	-	-	-	-	-	-	-	-
в закладах III рівня	113	-	101	-	135	63,6	87	43,7
Скільки було направлено в КНДІ ПАГ	10	-	4	-	6	28	12	6,0
або інші заклади м. Київ	3	-	1	-	1	0,4	4	2,0
Оздоровлено вагітних з ЕГП	327	-	243	-	212	-	199	-
- амбулаторно	205	62,2	123	50,6	117	55,1	101	50,7
- стаціонарно	70	21,4	81	33,3	64	30,1	54	27,1
- в закладі Шрівня	52	15,6	39	16,0	31	14,6	44	22,1

Зменшилася кількість пологів в КНДІПАГ, закладах м. Київ та лікарнях III рівня, що свідчить про чітке виконання наказу і відбору жінок, що підлягають госпіталізації на III рівень для родорозрішення.

Зменшився показник консультованих вагітних на III рівні, в зв'язку з небажанням жінок з ЕГП відвідувати медичні заклади III рівня.

Кількість оздоровлених вагітних жінок з ЕГП в 2020 році стрімко знижується в порівнянні з 2017 роком, що відображено в таблиці 8. Це пов'язано з більш важкою екстрагенітальною патологією у вагітних.

Однією з головних задач ефективної роботи жіночої консультації є диспансеризація гінекологічних хворих.

В жіночій консультації Комунального некомерційного підприємства «Шосткинська центральна районна лікарня» Шосткинської міської ради працює кабінет патології шийки матки з 2005 року.

За 2017 рік зроблено кольпоскопій – 784

За 2017 рік зроблено біопсій – 261

План ОПО за 2017 рік виконаний на 86,0 %

За 2018 рік зроблено кольпоскопій – 610

За 2018 рік зроблено біопсій - 336

План ОПО за 2018 рік виконаний на 87,8 %

Зменшилась кількість проведених кольпоскопій, однак кількість взятих біопсій підвищилась в порівнянні з 2017 роком. Це пов'язано з чітким відбором за показаннями жінок для проведення кольпоскопій, кількість виявленої патології шийки матки є сталою в порівнянні з 2017 роком.

За 2018 рік взято на Д – облік 50 хворих з онкогінекологічними захворюваннями. З них виявлені при ОПО 34 хворих – 66,6 % (За 2017 рік – 51 хвора, під час ОПО – 42 – 82,3 %).

Взято на Д – облік за 2017 рік гінекологічних хворих – 2212, при ОПО – 1750 – 79,1 %

Взято на Д – облік за 2018 рік гінекологічних хворих – 2073, при ОПО – 1639 – 79,0 %

Незначно зменшилась кількість взятих на Д – облік в зв'язку з зменшенням потоку пацієнтів до лікаря.

За 2017 рік не було зареєстрованих випадків занедбаного раку.

За 2018 році було зареєстровано 1 випадок занедбаного раку.

За 9 місяців 2020 року зроблено кольпоскопій – 425.

За 9 місяців 2020 року зроблено біопсій – 175.

План онкологічного профілактичного огляду (ОПО) за 9 місяців 2020 року виконаний на 82,0 %

За 2019 рік зроблено кольпоскопій – 698.

За 2019 рік зроблено біопсій – 371.

План ОПО за 2019 рік виконаний на 90,4 %.

Зменшилася кількість проведених кольпоскопій, також кількість взятих біопсій знизилась в порівнянні з 2019 роком. Це пов'язано зі зменшенням кількості жінок, що звернулися до ЖК. Кількість виявленої патології шийки матки також зменшилась в порівнянні з 2019 роком.

За 9 місяців 2020 року на Д – облік взято 68 хворих з онкогінекологічними захворюваннями. З них виявлено при ОПО 44 хворих – 64,7% (за 2019 рік взято на Д – облік 42 хворих з онкогінекологічними захворюваннями. З них виявлені при ОПО 30 хворих – 71,4 %).

Значно збільшилась кількість онкологічної патології.

Взято на Д – облік за 2019 рік гінекологічних хворих – 2038, при ОПО – 1577 – 77,3 %

Взято на Д – облік за 9 місяців 2020 року гінекологічних хворих – 1608, при ОПО – 1236 – 76,8 %

За 2019 рік був зареєстрований 1 випадок занедбаного раку яєчників. Випадок розібраний, є складнодіагностичним.

За 9 місяців 2020 року був зареєстрований 1 випадок занедбаного раку шийки матки. Випадок розібраний.

Таблиця 10

Передракова патологія: виявлено та оздоровлено

Нозологія	За 2017 рік			За 2018 рік		
	Взято на облік	Виявлено ОПО	Оздоровлено	Взято на облік	Виявлено ОПО	Оздоровлено
Дисплазія шийки матки	60	60-100%	58-99,6%	59	59-100%	59-100%
Лейоміома	312	269-86,2%	307-98,3%	305	262-85,9%	303-99,3%
Ерозія шийки матки	219	219-100%	216-98,6%	266	266-100%	265-99,6%
Кіста яєчника	290	273-94,1%	286-98,6%	302	289-95,6%	300-99,3%
Поліп шийки матки	128	128-100%	126-98,4%	127	127-100%	127-100%
Запальні захворювання ш/м	201	201-100%	201-100%	149	149-100%	149-100%

Продовження таблиці 10

Сальпінгіти	292	189- 64,7%	292-100%	247	145- 58,7%	247-100%
Порушення менструального циклу	138	38- 42,0%	138-100%	103	19- 18,4%	103-100%

Оздоровлення хворих з передраковою патологією за 2017 рік становить – 1624 – 99,02 %

Оздоровлення хворих з передраковою патологією за 2018 рік становить – 1553 – 99,6 %

Кількість виявлених та оздоровлених жінок з передраковою патологією в 2018 році є сталою в порівнянні з 2017 роком.

Збільшення кількості кіст яєчників, що пов'язано з частими стресами, дисгормональними порушеннями організму жінок (більшість кіст є функціональними). Зменшення показників виявлених ендocerвіцитів, сальпінгітів та порушення менструальної функції.

Таблиця 11

Передракова патологія: виявлено та оздоровлено

Нозологія	За 2019 рік			За 9 місяців 2020 року		
	Взято на облік	Виявлено ОПО	Оздоровлено	Взято на облік	Виявлено ОПО	Оздоровлено
Дисплазія шийки матки	52	52-100%	51-98,0%	42	42-100%	42-100%
Лейоміома	354	308- 87,0%	351-99,1%	278	252- 90,6%	275-98,9%

Продовження таблиці 11

Ерозія шийки матки	228	228-100%	225-98,6%	161	161-100%	159-98,7%
Кіста яєчника	270	245-92,2%	268-99,2%	230	219-95,2%	228-99,1%
Поліп шийки матки	150	150-100%	148-98,6%	189	178-94,1%	187-98,9%
Запальні захворювання ш/м	111	111-100%	111-100%	86	86-100%	86-100%
Сальпінгіти	222	126-56,7%	222-100%	153	69-45,0%	153-100%
Порушення менструального циклу	96	13-13,5%	96-100%	37	18-48,6%	37-100%

Значно зменшилась кількість виявленої гінекологічної патології, за виключенням поліпів шийки матки. Що пов'язано зі значним зменшенням відвідування жінками ЖК.

Оздоровлення хворих з передраковою патологією за 2019 рік становить – 1472 – 99,2 %

Оздоровлення хворих з передраковою патологією за 9 місяців 2020 року становить – 1167 – 99,2%.

В жіночій консультації працює кабінет планування сім'ї, який надає організаційно – методичну допомогу з питань планування сім'ї лікарям акушер – гінекологам, лікарям сімейної практики. Здійснює зв'язок акушерсько – гінекологічної служби з терапевтичною мережею та психіатрами. Показники роботи по плануванню сім'ї знаходиться на рівні обласних.

Таблиця 12

Показники роботи по плануванню сім'ї

Показники	За 2017 рік	За 2018 рік	За 2019 рік	За 9 місяців 2020 року
ВМК на 1000 жінок фертильного віку	330,3	400,3	410,0	400,0
ОК на 1000 жінок фертильного віку	340	400,3	413,5	400,2
Абортів на 1000 жінок фертильного віку	4,4	4,9	5,0	3,7
Абортів на 100 пологів	17,5	23,4	23,5	19,8
Передчасні пологи	18 – 2,9%	10 – 2,03%	7-1,4%	6-1,4%
Міні аборти	60 – 50,4%	48 – 41%	21-18,4%	14-17,0%
Самовільні аборти	4 – 0,6%	3 – 0,6%	3-0,6%	4-0,9%
Медикаментозні аборти	35 – 29,4%	51 – 44,3%	84-73,6%	57-69,5%

У зв'язку з якісним проведенням санітарно – просвітницької роботи в період з 2017 року по 2020 рік збільшилась кількість контрацептованих жінок. Зменшилась кількість передчасних пологів. Це пов'язано з якісним веденням та обстеженням жінок під час вагітності. Збільшився показник абортів в співвідношенні з пологами. В абсолютних цифрах цей показник дещо

зменшився, однак кількість пологів зменшилась, тому відносні цифри є більшими. Хочеться наголосити на значному збільшенні медикаментозних абортів, що призводять до зменшення післяабортних ускладнень.

В кабінеті планування сім'ї на 01.01.2020 року знаходилося на обліку з безпліддям 39 хворих. Взято на облік за 9 місяців 2020 року 30 хворих. Вагітність наступила у 14 хворих. Народилося – 8 дітей.

Жінок з трубним безпліддям – 23 – 33,3 % (в 2019 р. 17 – 23,6 %; 2018 р. – 8 – 12,7 %; 2017 р. – 19 – 27,5 %)

Жінок з ендокринним безпліддям – 0 (в 2019 р. 6 – 8,3 %; 2018 р. – 12 – 19,2 %; 2017 р. – 14 – 20,3 %)

Жінок з поєднаним безпліддям – 42 – 59,4 % (в 2019 р. 44 – 61,1 %; 2018 р. – 33 – 52,3 %; 2017 р. – 24 – 34,8 %)

Чоловіче безпліддя – 4 – 5,8 % (в 2019 р. 5 – 7,0 %; 2018 р. – 10 – 15,8 %; 2017 р. – 12 – 17,4 %)

Планують лікування методом допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) за власні кошти – 3 жінки, за бюджетні кошти – 2 .

Завагітніли методом ДРТ за 9 місяців 2020 року – 3 жінки, пологи – 3 .

Показники планування сім'ї є сталими в порівнянні з 2019 роком.

На Д – обліку із невиношуванням стоїть 24 жінки, взято на облік за 9 місяців 2020 року 33 жінки.

Таким чином, за період з 2017 – 2020 рр. значно покращились показники диспансерного обліку вагітних та їх 100 % обстеження на догоспітальному рівні. З кожним роком профілактичні огляди проводяться у більшій кількості жіночого населення фертильного віку. Також за останні 4 роки спостерігається зменшення жіночого населення м. Шостка та Шосткинського району. Зменшилась кількість вперше виявлених злоякісних новоутворень жіночих

статевих органів, що свідчить про своєчасно проведені діагностичні та лікувальні маніпуляції.

Підсумовуючи матеріал вивчений у розділі II, можна зробити висновок, що реформування системи охорони здоров'я в Україні тільки розпочалась. Польщі знадобилось 20 років для повного переходу до нової системи надання медичних послуг. Головну роль на даному етапі відіграє державне фінансування, враховуючи економічну кризу в якій на сьогодні знаходиться Україна, та не досконалу стратегію реконструкції, перехід до нової системи охорони здоров'я буде довготривалим. Для подальшої ефективної роботи потрібно змінювати свідомість та пріоритети медичних працівників. На перший план повинна вийти профілактика та рання діагностика захворювань, тобто робота первинної ланки.

РОЗДІЛ 3 РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ВДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІНСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В РОБОТІ ЖІНОЧОЇ КОНСУЛЬТАЦІЇ

3.1 Шляхи впровадження нових інструментів управління в умовах реформування

Аналіз наукових джерел висвітлив той факт, що практично стовідсотково керівники закладів охорони здоров'я (головні лікарі, завідувачі відділеннями, старші медичні сестри) наголошують на тому, щоб процедура відбору персоналу на вакантну посаду лікаря – ординатора та медичної сестри відбувалася за певних етапів:

- 1) аналіз змісту та якості їх роботи;
- 2) складання вимог до людини, яка займає визначену вакантну посаду;
- 3) конкурсний відбір людини, яка буде відповідати вимогам, що пред'являються;
- 4) вибір працівника за допомогою різних методів відбору;
- 5) обов'язкова співбесіда та оцінка фахівця після співбесіди.

Ми вважаємо, що для формування ефективної моделі управління медичним закладом менеджеру необхідно:

- визначити роль і місце штатного розкладу закладу охорони здоров'я;
- проаналізувати ефективність контрактів;
- організувати сучасний підхід до організації системи нормування праці в закладі охорони здоров'я ;
- проаналізувати діючу нормативно – правову базу з питань праці та можливості її повноцінного використання в практиці керованого закладу ;

- ознайомитись із сучасною номенклатурою посад медичних працівників, кваліфікаційними вимогами, професійними стандартами та новою системою акредитації;
- оцінити забезпеченість організації медичними кадрами відповідно до нормативів;
- впровадити ефективні види управління персоналом;
- розрахувати потреби в працівниках з урахуванням ролі медичного персоналу в лікувально – діагностичному процесі, програмі державних гарантій, видів та умов пропонованої установою медичної допомоги населенню;
- визначити пріоритети діяльності керованого закладу охорони здоров'я в умовах реформування та економічної кризи;
- розробити програми мотивації персоналу.

Аналіз стану, проблем та перспектив розвитку системи управління персоналом у вітчизняній галузі охорони здоров'я показав, що в даний час, на відміну від інших секторів економіки, практично відсутні ефективні й уніфіковані для закладів охорони здоров'я технології управління кадрами. Залишаються невирішеними питання:

- професійного відбору медичних працівників;
- періодичного оцінювання їх діяльності;
- питання їх трудової мотивації та адаптації;
- питання їх службово – професійного просування;
- можливості навчання персоналу на робочому місці;
- питання вивільнення персоналу.

Управління персоналом фактично зведено до формалізованих процедур набору і звільнення співробітників, що не дозволяє ефективного використовувати їх трудовий потенціал.

Дослідження процесу управління кадрами в умовах реформування дає змогу сформулювати концептуальну модель цієї діяльності, що складається з чотирьох взаємозумовлених систем:

- 1) система руху кадрів;
- 2) система винагороди за працю;
- 3) система організації роботи;
- 4) система впливу співробітників на організацію.

Для сучасної української системи охорони здоров'я на сьогодні особливо актуальною є проблема підвищення ефективності діяльності медичних установ й організації медичної допомоги населенню. У зв'язку з цим необхідно знайти вирішення таких завдань, як ресурсне забезпечення галузі та раціональне використання наявних ресурсів, розвиток альтернативних джерел фінансування, інформатизації системи управління та надання медичних послуг населенню та створення умов для впровадження сучасних високотехнологічних медичних технологій тощо.

Необхідність вирішення цих складних завдань, в свою чергу, вимагає нових форм, методів і моделей управління всіма ланками системи охорони здоров'я та економічних процесів, включаючи створення моделей управління в умовах реформування.

Для органів місцевої влади та структурних підрозділів з питань охорони здоров'я відкриті дані на сайті НСЗУ надають великі можливості аналізу статистичних даних для планування розвитку системи охорони здоров'я області, району, міста, села чи ОТГ. Для стратегічного планування, наприклад, важливо визначити необхідну кількість лікарів та молодшого медперсоналу на певних територіях чи в закладах, їхню спеціалізація.

Також цей інструмент дозволяє вирішувати тактичні задачі. Наприклад, керівництво району може заохотити фахівця перейти з одного закладу до іншого, побачивши, де менше декларацій припадає на одного лікаря. Крім

цього, представники місцевої влади можуть побачити цілісну картину щодо укладання договорів закладами з Національною службою здоров'я.

Отже, з усього вищезазначеного, можна зробити тільки один висновок, що без кваліфікованого, обізнаного та завзятого медичного персоналу ніколи не досягнути ефективної роботи та високих показників.

ВИСНОВКИ

Мета дипломної роботи полягала у формуванні професійних умінь і навичок щодо прийняття самостійних рішень під час професійної діяльності в реальних ринкових умовах; поглиблення та закріплення теоретичних знань; опанування сучасними прийомами, методами та знаряддями праці в галузі майбутньої професії.

Проаналізували діяльності жіночої консультації комунального некомерційного підприємства « Шосткинська центральна районна лікарня » Шосткинської міської ради в період з 2017 по 2020 рік. Опрацювали статистичні данні, зробили висновки щодо ефективності роботи медичного закладу.

Оцінили переваги та недоліки в роботі жіночої консультації. Опрацювавши щорічні звіти виокремили проблеми, що не дозволяють ефективному функціонуванню медичного закладу.

В період з 2017 по 2020 рр. значно зменшилась кількість жіночого населення, а серед них жінок фертильного віку.

Значно збільшився процент захворюваності, деякі хвороби « помолодшали » , цей процент збільшився на тлі зменшення загальної кількості жіночого населення.

Медичні заклади адаптуються до роботи в умовах реформування, але для досягнення стійкого результату знадобиться час, сумісні зусилля та обізнаність населення.

По суті сучасна система охорони здоров'я поступово перетвориться в 3-ланкову систему: стаціонарні, напівстаціонарні і амбулаторно-поліклінічні заклади.

Не викликає сумнівів і той факт, що втілення всього комплексу цих заходів можливе лише в умовах нової системи управління медичною допомогою, заснованої на розумному поєднанні централізації і децентралізації цього процесу з інтеграцією зусиль всіх зацікавлених законодавчих і

виконавчих структур влади, а також відповідних відомств регіонального рівня на реалізації гарантованих державою рівних прав всьому населенню, в отриманні доступної і якісної медичної допомоги.

Таким чином, з викладеного випливає, що необхідність проведення реформи в охороні здоров'я очевидна. Однак, вона повинна носити обґрунтований характер, причому головними критеріями оцінки обраного напрямку повинні бути задоволеність пацієнтів і лікарів.

Перехід на додаткове фінансування з страхових фондів не вирішує поки навіть проблему стабілізації системи охорони здоров'я через недостатність відрахувань (3,6% від фонду оплати праці) в фонд обов'язкового медичного страхування. Тому виникла гостра необхідність в ефективному і раціональному використанні існуючих ресурсів, у створенні більш раціональних форм надання медичної допомоги з метою підтримання ефективної діяльності системи охорони здоров'я населення.

Разом з тим механізм функціонування медичного страхування вимагає модернізації інфраструктури охорони здоров'я і, перш за все, - первинної медичної допомоги, яка повинна успішно вирішувати не тільки медичні, а й соціально-гігієнічні питання. Одним з напрямків, що дозволяють підвищити соціальну, економічну та медичну ефективність функціонування системи охорони здоров'я населення, є реформування первинної медико-санітарної ланки - основного компонента програми реформи охорони здоров'я. Термін "первинна медична допомога" (ПМД) з'явився в період підготовки і проведення під егідою Всесвітньої організації охорони здоров'я Міжнародної конференції (Алма-Ата, 1978). На цій конференції були сформульовані основні принципи організації ПМД, був даний потужний поштовх розвитку міжнародного співробітництва в цій галузі.

- ПМД є основним засобом, що дозволяє реалізувати основну мету - досягнення задовільного рівня здоров'я для всіх.

- ПМД має базуватися на практичних науково-обґрунтованих і соціально-прийнятних методах і технологіях, які повинні бути доступні як окремим особам, так і сім'ям.

- Населення має брати активну участь в охороні здоров'я.

- Витрати на організацію ПМД повинні бути виправдані як для громади, так і для країни в цілому на кожному етапі її розвитку.

- ПМД становить невід'ємну частину національної системи охорони здоров'я, є її ядром. Це перший ступінь в контакті окремої людини, сім'ї, громади зі всієї національної системою охорони здоров'я.

- ПМД має бути максимально доступною, тобто будь-яка людина повинна мати можливість отримати високо-кваліфіковану медичну допомогу в максимально короткі терміни і в належному обсязі.

- Політика в галузі охорони здоров'я повинна бути здатна забезпечити всі верстви населення доступною ПМД.

- Всі ланки національної системи охорони здоров'я повинні сприяти ПМД за рахунок професійної підготовки фахівців і забезпечення матеріально-технічної підтримки.

- Особливу увагу необхідно приділяти тим верствам населення, які недостатньо забезпечені медичною допомогою.

- Стратегія щодо ПМД має постійно переглядатися, щоб забезпечити адаптацію охорони здоров'я до нових етапів розвитку суспільства.

- Робота в сфері ПМД вимагає від медичних працівників особливої відданості справі. Суспільство і влада повинні враховувати цю обставину і надавати їм пільги, розмір яких залежить від відносної міри ізоляції, труднощів, умов проживання та роботи медичних працівників.

Більшість перерахованих вище принципів організації ПМД населенню не були реалізовані в нашій країні з різних причин, основними з яких є:

- недовлік бюджетного фінансування;

- жорстка централізована система управління;
- концепція соціальної однорідності здоров'я;
- жорстке об'єднання профілактичної і лікувальної медицини, що призвело до переважаючої ролі останньої (тільки 5% робочого часу медиків приділяється профілактиці);

Одним з пріоритетних напрямків в організації медичної допомоги є зниження рівня госпіталізації. Посилення ролі первинної медико-санітарної допомоги покликане вирішити цілий ряд медичних, соціальних і економічних проблем, в числі яких профілактика захворюваності, рання діагностика, зниження втрат суспільства від втрати працездатності, економія фінансових коштів, що виділяються на потреби охорони здоров'я.

Список використаних джерел

1. Примірне положення про жіночу консультацію. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 15.07.2011 № 417. Електронний ресурс: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0417282-11#n182>
2. Порядок надання первинної медичної допомоги. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 19.03.2018 № 504 Електронний ресурс: https://moz.gov.ua/uploads/0/4207-dn_20180319_504.pdf
3. Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько – гінекологічної допомоги. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 15.07.2011 № 417. Вилучено з: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0417282-11#n32>
4. Рабінков І. М. Історія медицини Шосткинщини (історичний нарис)[Текст] / І. М. Рабінков. -Шостка: Северянщина, 2004. - 66 с.
5. Чернобров І. В. Люди милосердя. Сторінки історії медицини Сумщини [Текст] / І. В. Чернобров. -Суми: «Корнпункт», 2001. – 308 с.
6. Офіційний сайт Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Медичний факультет. Електронний ресурс: <http://medicine.karazin.ua/ru/departments/kafedra-akusherstva-ta-ginekologii/Istoriya-kafedri-akusherstva-ta-ginekologii>
7. Аналіз роботи жіночої консультації Комунальне некомерційне підприємство « Шосткинська центральна районна лікарня » за 2019 рік [Текст]
8. Аналіз роботи жіночої консультації Комунальне некомерційне підприємство « Шосткинська центральна районна лікарня » за 9 місяців 2020 року [Текст]
9. Burgis J.T., Bacon J.L. Communicating with the adolescent gynecology patient. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America 2003.

10. Pozdał M., Południewski G. Ogólnopolski raport „Współczesna seksualność i Nowoczesna Antykoncepcja Polaków 2014”.
11. . Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w sprawie antykoncepcji (2006) Wydanie specjalne. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Ginekologia po Dyplomie.
12. Hartman L.B., Monasterio E., Hwang L.Y.: Adolescent Contraception: Review and Guidance for Pediatric Clinicians, Current Problems. Pediatric & Adolescent Health Care; October 2012.
13. Jarząbek G., Radomski D. Specyfika opieki ginekologicznej i seksuologicznej nad kobietami niepełnosprawnymi w okresie pomenopauzalnym z uwzględnieniem aspektów etycznych. Przegląd Menopauzalny 2011.
14. Committee on Adolescent Health Care Long-Acting Reversible Contraception Working Group, The American College of Obstetricians and Gynecologists, Committee Opinion no. 539, Adolescents and long acting reversible contraception: implants and intrauterine devices, Obstetrics & Gynecology 2012.
15. Spaczyński M., Karowicz-Bilińska A., Nowak-Markwitz E., Uchlik J., Januszek-Michalecka L.: Podsumowanie realizacji programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy w ramach narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych, 2010.
16. Rywczak I., Mrukowicz J. Programy szczepień przeciwko ludzkiemu wirusowi brodawczaka. Aktualne stanowisko European Centre for Disease Prevention and Control. Medycyna Praktyczna Ginekologia i Położnictwo 2013.
17. EJMT 3(4) 2014 • Technologie w optymalizacji opieki medycznej. Opieka ginekologiczna wśród młodych kobiet w Polsce z zastosowaniem technologii medycznych. Електронний ресурс: [04_opieka_ginekologiczna_wsrod_mlodych_kobiet_w_polsce_z_zastosowaniem_t_echnologii_medycznych_-_pirog.pdf](#).

18. <https://moz.gov.ua/statistika> - Міністерство охорони здоров'я України статистика.
19. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2019 році (2019). Державна служба статистики України. Вилучено з: <http://www.ukrstat.gov.ua>
20. Жаліло, Л.І. & Мартинюк, О.І. (2016). Стратегії змін у сфері охорони здоров'я в умовах соціально-економічних реформ в Україні. Вилучено з: <http://www.academy.gov.ua/ej/ej14/txts/Zhalilo.pdf>
21. Електронний журнал «Управління закладом охорони здоров'я» (2020). Вилучено з: <https://egolovlikar.mcfr.ua/book?bid=28683>
22. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013 – р м. Київ «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я». Вилучено з: <https://www.kmu.gov.ua/npas/249626689>