

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ФАКУЛЬТЕТ МЕНЕДЖМЕНТУ**

Кафедра бізнес - адміністрування і менеджменту зовнішньоекономічної  
діяльності

**Кваліфікаційна робота магістра**

на тему: Організація експорту фармацевтичної продукції ТОВ «Істок плюс»

Виконав : студентка 2 курсу, групи 8.0739-зокс-з  
спеціальності 073 Менеджмент освітньої програми  
бізнес-адміністрування

Євенко Г.О.

Керівник: завідувач кафедри бізнес-  
адміністрування і менеджменту  
зовнішньоекономічної діяльності, доктор наук з  
державного управління, професор

Бікулов Д. Т.

Рецензент : доцент кафедри бізнес-адміністрування  
і менеджменту зовнішньоекономічної діяльності,  
кандидат наук державного управління, доцент  
Петрова К. В.

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Факультет менеджменту \_\_\_\_\_

Кафедра бізнес-адміністрування і менеджменту зовнішньоекономічної діяльності \_\_\_\_\_

Освітньо-кваліфікаційний рівень магістр \_\_\_\_\_

Спеціальність 073 Менеджмент \_\_\_\_\_

Освітня програма бізнес-адміністрування \_\_\_\_\_

**ЗАТВЕРДЖУЮ**

Завідувач кафедри \_\_\_\_\_

Д.Т. Бікулов \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2022 року

**З А В Д А Н Н Я  
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ МАГІСТРА**

Свенко Ганна Олександрівна \_\_\_\_\_

1. Тема роботи Організація експорту фармацевтичної продукції ТОВ «Істок плюс» керівник роботи: Бікулов Д.Т., завідувач кафедри бізнес-адміністрування і менеджменту зовнішньоекономічної діяльності, доктор наук державного управління, професор \_\_\_\_\_

затверджені наказом ЗНУ від 25.05.2022 року № 583-с \_\_\_\_\_

2. Строк подання студентом роботи 23.11.2022 р. \_\_\_\_\_

3. Вихідні дані до роботи навчальні посібники, монографії, періодичні та аналітичні вітчизняні та зарубіжні матеріали, фінансова звітність підприємства, інтернет ресурси \_\_\_\_\_

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) \_\_\_\_\_

1. КЛЮЧОВІ ЗАСАДИ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ В УКРАЇНІ \_\_\_\_\_

2. ДОСЛІДЖЕННЯ СИСТЕМИ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У М. ЗАПОРІЖЖЯ ЧЕРЕЗ ІМПЛЕМЕНТАЦІЮ E-HEALTH \_\_\_\_\_

3. ШЛЯХИ ПОКРАЩЕННЯ СИСТЕМИ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У ЗАПОРІЗЬКІЙ ОБЛАСТІ \_\_\_\_\_

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень) .

10 таблиць

10 рисунків

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
1	Бікулов Д.Т.		
2	Бікулов Д.Т.		
3	Бікулов Д.Т.		

7. Дата видачі завдання 20.04.2020 р.

### КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1.	Затвердження теми кваліфікаційної роботи у наукового керівника.	20.05.2022	
2.	Затвердження змісту роботи.	28.05.2022	
3.	Огляд літератури за темою кваліфікаційної роботи.	01.06.22-16.06.22	
4.	Розробка чернетки I розділу кваліфікаційної роботи.	17.06.22-23.06.22	
5.	Написання I розділу кваліфікаційної роботи.	24.06.22-27.06.22	
6.	Збір розрахунково-аналітичного матеріалу за темою.	28.06.22-25.07.22	
7.	Розробка чернетки II розділу кваліфікаційної роботи.	26.07.22-29.08.22	
8.	Написання II розділу кваліфікаційної роботи.	30.08.22-06.09.22	
9.	Розробка чернетки III розділу кваліфікаційної роботи.	07.09.22-14.09.22	
10.	Написання III розділу кваліфікаційної роботи.	15.09.22-29.10.22	
11.	Оформлення кваліфікаційної роботи згідно вимог.	30.10.22-02.11.22	
12.	Попередній захист кваліфікаційної роботи.	09.11.2022	
13.	Проходження нормоконтролю.	09.11.22-22.11.22	
14.	Подання кваліфікаційної роботи на кафедру.	23.11.2022	
15.	Захист кваліфікаційної роботи.	грудень 2022	

Студент

(підпис)

Г.О. Євенко

(ініціали та прізвище)

Керівник роботи

(підпис)

Д.Т. Бікулов

(ініціали та прізвище)

**Нормоконтроль пройдено**

Нормоконтролер

(підпис)

С. В. Маркова

(ініціали та прізвище)

## РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна магістерська робота: 78 с., 16 таблиці, 32 рисунок, 20 джерел.

Метою кваліфікаційної магістерської роботи є виявлення потреб, шляхів розвитку та практичної реалізації проектів щодо покращення первинної, медичної допомоги у м. Запоріжжі шляхом імплементації через E-health та інструменти цифровізації

Об'єктом дослідження є система охорони здоров'я України, зміни системи фінансування медичних закладів на загальних вимогах.

Предметом дослідження є шляхи та проекти розвитку системи надання медичних послуг на пацієнт-орієнтованість через цифровізацію у м. Запоріжжя.

В кваліфікаційній роботі магістра вирішуються наступні завдання: визначити сутність концепції реформування медичної галузі в Україні; проаналізувати законодавче забезпечення реформування в системі надання медичної допомоги; проаналізувати перебіг медичної реформи в Україні; сформувати характеристику системи охорони здоров'я у м. Запоріжжя; визначити потенціал E-Health для покращення системи надання медичної допомоги у м. Запоріжжя; дослідити ефективність первинної медичної допомоги у м. Запоріжжя; розглянути закордонний досвід функціонування охорони здоров'я; розробити шляхи системи надання медичних послуг на пацієнт-орієнтованість через цифровізацію; розробити практичну реалізацію проектів щодо покращення системи первинної та вторинної медичної допомоги у м. Запоріжжя; сформувати вимоги до охорони праці медичного закладу.

Для покращення якості надання медичних послуг у м. Запоріжжя запропоновані підходи до автоматизації технологічних процесів системи охорони здоров'я, системи надання медичної допомоги та шляхи розвитку інформаційних систем телемедицини, діджиталізації ланцюга створення цінності для клієнта.

ЄВРОПЕЙСЬКИЙ СОЮЗ, КАБІНЕТ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ, КОНСТИТУЦІЯ УКРАЇНИ, МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, НАЦІОНАЛЬНА СЛУЖБА ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ, ПРОГРАМА МЕДИЧНИХ ГАРАНТІЙ, ПЕРВИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА, СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

## ANNOTATION

Qualifying master's thesis: 78 pp., 16 tables, 32 figures, 20 sources.

The purpose of the qualifying master's thesis is to identify needs, ways of development and practical implementation of projects to improve primary and medical care in Zaporizhia through the implementation through E-health and digitization tools

The object of the study is the health care system of Ukraine, changes in the system of financing of medical institutions on the general requirements.

The subject of the research is the ways and projects of development of the system of providing medical services for patient-orientation through digitalization in Zaporizhia.

The following tasks are solved in the master's qualification work: to determine the essence of the concept of reforming the medical field in Ukraine; to analyze the legislative support for reforming the health care system; to analyze the course of medical reform in Ukraine; to form a description of the health care system in Zaporizhia; identify the potential of E-Health to improve the health care system in Zaporizhia; to study the effectiveness of primary health care in Zaporizhia; to consider foreign experience in the functioning of health care; to develop ways of system of providing medical services on patient-orientation through digitalization; to develop practical implementation of projects to improve the system of primary and secondary health care in Zaporizhia; to form requirements for labor protection of the medical institution.

To improve the quality of medical services in Zaporizhia, approaches are proposed to automate the technological processes of the health care system, the system of medical care and ways to develop information systems of telemedicine, digitalization of the value chain for the client.

EUROPEAN UNION, THE CABINET OF MINISTERS OF UKRAINE, CONSTITUTION OF UKRAINE, MINISTRY OF HEALTH, NATIONAL HEALTH SERVICE OF UKRAINE, MEDICAL WARRANTY PROGRAM, PRIMARY HEALTH CARE, HEALTHCARE SYSTEM

## ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ ТА ТЕРМІНІВ.....	7
ВСТУП .....	8
РОЗДІЛ 1. КЛЮЧОВІ ЗАСАДИ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ В УКРАЇНІ.....	11
1.1 Концепція реформування медичної галузі в Україні .....	11
1.2 Законодавче забезпечення реформування в системі надання медичної допомоги .....	22
1.3 Перебіг медичної реформи в Україні.....	25
РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ СИСТЕМИ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У М. ЗАПОРІЖЖЯ ЧЕРЕЗ ІМПЛЕМЕНТАЦІЮ E-HEALTH. 33	
2.1 Характеристика системи охорони здоров'я у м. Запоріжжя .....	33
2.2 Потенціал E-Health для покращення системи надання медичної допомоги у м. Запоріжжя.....	41
2.3 Дослідження ефективності первинної медичної допомоги у м. Запоріжжя.....	53
РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ ПОКРАЩЕННЯ СИСТЕМИ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У ЗАПОРІЗЬКІЙ ОБЛАСТІ .....	61
3.1 Закордонний досвід функціонування охорони здоров'я .....	61
3.2 Шлях системи надання медичних послуг на пацієнт-орієнтованість через цифровізацію .....	69
ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ.....	74
ПЕРЕЛІК ПОСИЛАНЬ.....	76

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ,  
СКОРОЧЕНЬ ТА ТЕРМІНІВ

Слово / словосполучення	Скорочення	Умови використання
Є		
Європейський Союз	ЄС	по тексту
К		
Кабінет Міністрів України	КМУ	по тексту
Конституція України	КУ	по тексту
Комунальна установа «Обласний інформаційно- аналітичний центр медичної статистики» Запорозької обласної ради	КУ «ОІАЦМС» ЗОР	по тексту
М		
медична інформаційна система	МІС	по тексту
Міністерство охорони здоров'я	МОЗ	по тексту
Н		
Національна служба здоров'я України	НСЗУ	по тексту
П		
Програма медичних гарантій	ПМГ	по тексту
Первинна медична допомога	ПМД	по тексту
С		
Система охорони здоров'я	СОЗ	по тексту
Ф		
Фізична особа-підприємець	ФОП	по тексту
Ц		
Центр первинної медико- санітарної допомоги	Центр ПМСД	по тексту

## ВСТУП

Актуальність теми. У сучасному світі ефективна система охорони здоров'я відіграє ключову роль у підтримці загального рівня медичної інфраструктури та здоров'я населення. Однак, для постійного розвитку даної системи потрібно використовувати інноваційно-інформаційні системи управління, які дозволяють контролювати інформацію про пацієнта, медичний відділ, загальний фінансово-діагностичний стан закладу надання медичної допомоги. Тому, актуальним є дослідження потенціалу розвитку системи електронного здоров'я E-health та розробка шляхів розвитку системи надання медичних послуг на пацієнт-орієнтованість через цифровізацію та відповідно до гармонізації ЄС.

Мета й завдання дослідження. Метою роботи є визначення шляхів розвитку та розробка практичної реалізації проектів щодо розвитку первинної допомоги у м. Запоріжжі через імплементацію E-health та інструментів цифровізації.

Досягнення поставленої мети дослідження обумовило необхідність постановки та виконання наступних завдань:

- а) розкрити сутність концепції реформування медичної галузі в Україні;
- б) вивчити законодавче забезпечення реформування в системі надання медичної допомоги;
- в) визначити особливості перебігу медичної реформи в Україні;
- г) охарактеризувати систему охорони здоров'я у м. Запоріжжя;
- д) дослідити та визначити потенціал E-Health для покращення системи надання медичної допомоги у м. Запоріжжя
- е) визначити та дослідити ефективність первинної медичної допомоги у м. Запоріжжя;
- ж) розглянути закордонний досвід функціонування охорони здоров'я;



з) розробити шляхи системи надання медичних послуг на пацієнт-орієнтованість через цифровізацію;

и) розробити практичну реалізацію проектів щодо покращення системи первинної та вторинної медичної допомоги у м. Запоріжжя;

к) визначити вимоги до охорони праці медичного закладу.

Об'єктом дослідження є система охорони здоров'я України, яка виконує поступові проекти реформування медичної допомоги, шляхом зміни системи фінансування медичних закладів на загальних вимогах.

Предметом дослідження є шляхи та проекти розвитку системи надання медичних послуг на пацієнт-орієнтованість через цифровізацію у м. Запоріжжя.

Методи дослідження. У процесі виконання роботи застосовувалися такі наукові методи: системно-аналітичний метод (для узагальнення концепції, розробок, пропозицій, медичних реформ присвяченим розвитку системи охорони здоров'я; метод теоретичного узагальнення (для обґрунтування ефективного управління теперішньою системою охорони здоров'я); метод порівняння (для пошуку оптимальних ланок створення цінності для пацієнта аналізуючи теперішній, минулий та очікуваний стан розвитку надання медичної допомоги); абстрактно-логічний (для формування висновків, концепцій, практичних шляхів розвитку надання медичної допомоги шляхом імплементації E-health).

Теоретичною і методологічною основою дослідження є концепції, законодавча база, інформаційні системи сталого розвитку та вимоги до гармонізації системи охорони здоров'я України з ЄС.

Наукова новизна отриманих результатів полягає у такому:

1) удосконалено: підходи до автоматизації технологічних процесів системи охорони здоров'я, надання медичної допомоги ;

2) дістало подальшого розвитку: інформаційним системам телемедицини, діджиталізації ланцюга створення цінності для клієнта, проектів залучення усіх верств населення.

Практичне застосування отриманих результатів полягає в тому, що впровадження розроблених проектів дозволить системі охорони здоров'я України та Запоріжжя залучити більш ніж 80% населення Запорізької області та наступні чисті приведені грошові засоби за наступними проектами:

а) інформаційна онлайн-система медичної статистики та охорони здоров'я «Control Health Nation Online», 17,184 млн. грн чистих приведених грошових засобів з окупністю 2,43 грн. за кожен одиницю інвестицій;

б) послуга страхування життя пацієнта, 8,251 млн. грн чистих приведених грошових засобів з окупністю 3,06 грн., за кожен одиницю інвестицій.

в) система діагностики здоров'я у реальному часі 24/7, «Здорова країна 360», 22,955 млн. грн чистих приведених грошових засобів з окупністю 3,53 грн., за кожен одиницю інвестицій.

г) система «E-SMART NFC – декларування» та документального медичного обігу інформації пацієнта, 11,484 млн. грн чистих приведених грошових засобів з окупністю 2,42 грн., за кожен одиницю інвестицій.

Обсяг та структура роботи. Основний зміст роботи викладено на 78 сторінках комп'ютерного тексту (вступ, 3 розділи, висновки). Список використаних джерел містить 20 найменувань. У кваліфікаційній роботі магістра наведено 32 рисунка та 16 таблиць.

## РОЗДІЛ 1

### КЛЮЧОВІ ЗАСАДИ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ В УКРАЇНІ

#### 1.1 Концепція реформування медичної галузі в Україні

Трансформація реформи системи охорони здоров'я (далі СОЗ) була ініційована Урядом України у 2015 р., яка націлена на покращення стану здоров'я та забезпечення фінансової захищеності населення від зайвих витрат на медичне обслуговування за власний рахунок. Досягнення мети було заплановано за рахунок модернізації застарілої СОЗ та підвищення ефективності даної системи.

Необхідність запровадження реформи була спричинена тим, що більшість населення України не довіряє вітчизняній СОЗ із застарілою інфраструктурою та низькою якістю медичних послуг. Вже застаріла радянська командно-адміністративна модель її організації, функціонування та фінансування спричинила дисфункціональність даної системи, що у першу чергу, впливає на рівень здоров'я та зменшення тривалості життя населення.

В результаті, Кабінетом міністрів України (далі КМУ) було схвалено Концепцію реформи фінансування СОЗ та видано розпорядження «Про схвалення Концепції реформи системи фінансування охорони здоров'я» від 30 листопада 2016 р. № 1013-р [1].

На рис. 1.1 представлені ключові відомості про сутність Концепції реформи системи фінансування охорони здоров'я України, реалізація якої:

- забезпечить підвищення рівня медичного обслуговування громадян України до європейського рівня;
- впровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги (далі ПМД);

- запуск процесу переходу до нової моделі фінансування СОЗ, яка полягає у обов'язковому державному медичному страхуванні громадян за рахунок акумульованих коштів державного бюджету України;
- створення єдиного національного замовника медичних послуг та автономізацію постачальників даних послуг [1];
- розробка нової сучасної системи управління медичною інформацією.



Рисунок 1.1 – Загальна характеристика Концепції реформи системи фінансування охорони здоров'я України [1]

Виконання поставлених завдань реформи було заплановано реалізовувати поетапно до 2020 р. Важливою умовою впровадження нової моделі є саме поступовість, так як:

- в умовах повної реорганізації СОЗ необхідним є забезпечення належного рівня соціально-економічного захисту її працівників;
- розбудова інформаційної системи є довготривалим процесом, який водночас потребує ефективної консолідації ресурсів, для якої також потрібен деякий проміжок часу;
- розвиток медичної інфраструктури та створення госпітальних округів також вимагає часових витрат для роботи з органами місцевого

самоврядування: закріплення нових функцій, забезпечення процесу та системи ефективної комунікації, донесення та пояснення сутності, механізму та очікуваних результатів населенню.

Таким чином, реформування СОЗ несе у собі ґрунтовні зміни у функціонуванні даної системи, що змінить управління нею, її ресурсне та фінансове забезпечення, якісну зміну вироблюваних послуг.



Рисунок 1.2 – Характеристика проблем СОЗ України [1]

Перш ніж, перейти до детального розгляду очікуваних результатів, розглянемо та охарактеризуємо визначені Урядом України проблеми у фінансуванні системи охорони здоров'я, виявлення яких поклало початок створення концепції реформування медичної галузі (СОЗ). На рис. 1.2

представлена детальна характеристика проблем СОЗ України, які потребують розв'язання:

- а) катастрофічна фінансова незахищеність пацієнтів;
- б) низька якість та ефективність надання послуг;
- в) неефективне витрачання бюджетних коштів.

Таким чином, механізм витрачання бюджетних коштів є вкрай неефективним, так як громадяни України роблять передоплату за медичне обслуговування у вигляді податків, але водночас, вони не можуть розраховувати на безоплатне якісне та вчасне медичне лікування в бюджетних закладах охорони здоров'я (комунальні лікарні та поліклініки). Населення України є мало захищеним у випадку хвороби, вони платять за медичні послуги двічі: спершу – регулярні податки, потім – із власної кишені для оплати послуг, процедур, купівлі лікарських засобів та оплати послуг лікаря («неофіційний гонорар»). Як наслідок, СОЗ – не є прозорою, бюджетні кошти розподіляються не раціонально, більшість місцевих бюджетів та їх громади не є фінансово захищеними перед ризиками настання хвороб, попри велику медичну інфраструктуру, вона є застарілою, система медичного обслуговування має низьку якість та є ненадійною, неефективний менеджмент негативно впливає на мотивацію персоналу та керівництва закладів охорони здоров'я (далі ЗОЗ), населення України має значно гірші показники здоров'я та меншу тривалість життя, ніж жителі країн Європи.

Мета реформи: створення та запровадження нової моделі фінансування СОЗ України, яка вирішить проблеми (рис. 1.2) шляхом забезпечення українців медичним обслуговуванням на європейському рівні, що можна досягти за рахунок переходу до моделі солідарного медичного страхування населення з використанням бюджетних коштів [1].

Для досягнення мети Урядом України визначено завдання реформи:

- а) впровадити державний гарантований пакет медичної допомоги;
- б) створити єдиного національного замовника медичних послуг;

- в) створити нові можливості для здійснення місцевою владою повноважень у сфері охорони здоров'я;
- г) провести автономізацію постачальників медичної допомоги;
- д) запровадити принцип «гроші ходять за пацієнтом»;
- е) розбудувати сучасну систему управління медичною інформацією [1].

Для кращого визначення сутності концепції, детально розглянемо та охарактеризуємо кожне завдання (див. рис. 1.3-1.8). На рис. 1.3 представлена сутність завдання про впровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги.

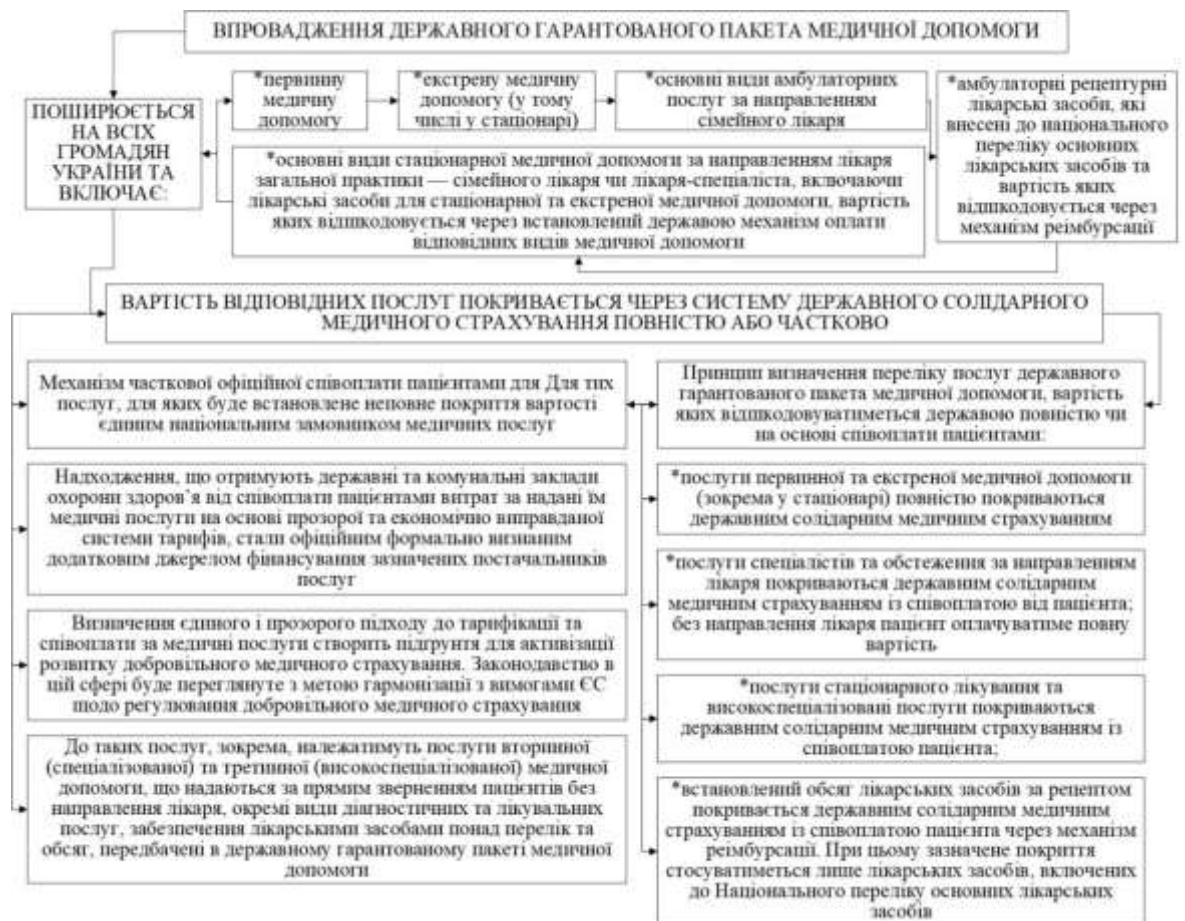


Рисунок 1.3 – Характеристика завдання «Впровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги» [1]

Відповідно до рис. 1.3, державний гарантований пакет медичної допомоги поширюється на усіх громадян України, включає певний спектр

амбулаторної та стаціонарної медичної допомоги, та деякий пакет лікарських засобів, вартість яких покривається повністю або частково покривається через систему державного солідарного медичного страхування. Ті медичні послуги або лікарські засоби, за якими закріплене часткове покриття їх вартості державою, сплачуються за механізмом часткової співоплати пацієнтами на офіційному рівні. Перелік послуг та медикаментів, які входять до державного гарантованого пакета медичної допомоги та сплачуються повністю за рахунок державного бюджету або за механізмом співоплати, щороку затверджуються КМУ, також затверджуються тарифи, які є уніфікованими по всій території України. Перелік послуг та лікарських засобів визначаються відповідно до пріоритетів СОЗ, фінансово-економічного стану країни [1].

На рис. 1.4 представлена сутність завдання про утворення єдиного національного замовника медичних послуг.



Рисунок 1.4 – Характеристика завдання «Утворення єдиного національного замовника медичних послуг» [1]



Отже, відповідно до рис. 1.4, єдиний національний замовник медичних послуг:

- а) є окремим центральним органом виконавчої влади, який відокремлений від процесу формування політики;
- б) займається закупівлею медичних послуг в межах державного гарантованого пакета медичної допомоги;
- в) жорстко дотримується технічних критеріїв розподілу бюджетних коштів (пулу ресурсів) для фінансування СОЗ та не залежить від політичних міркувань;
- г) щороку надає публічні звіти результатів своєї діяльності.

Утворення даної моделі забезпечує справедливий та універсальний збір та розподіл коштів, встановлення уніфікованих тарифів, керованість процесу реформування [1].

На рис. 1.5 представлена сутність завдання про створення нових можливостей для здійснення місцевою владою повноважень у сфері охорони здоров'я.

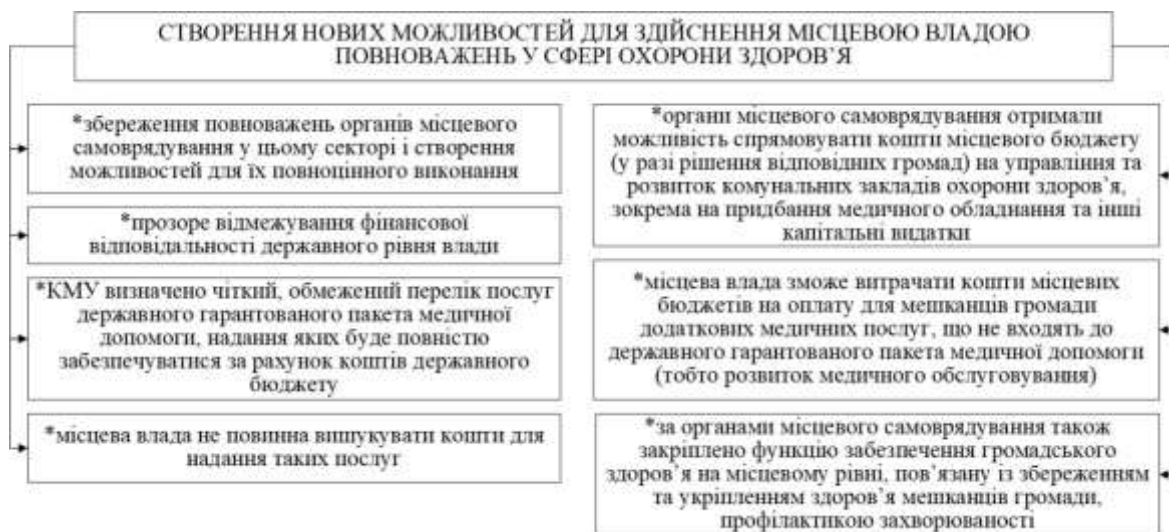


Рисунок 1.5 – Характеристика завдання «Створення нових можливостей для здійснення місцевою владою повноважень у сфері охорони здоров'я» [1]

Відповідно до рис. 1.5, для місцевої влади основною перешкодою, яка заважає ефективно здійснювати свої повноваження у медичній сфері є те, що

більшість коштів місцевих бюджетів спрямовується не на розвиток ЗОЗ, а на покриття або співоплату поточних видатків на базові медичні послуги. Оновлена модель фінансування СОЗ зберігає повноваження органів місцевого самоврядування, а також надає можливість направляти кошти місцевого бюджету на розвиток медичної інфраструктури, закупівлю обладнання та оплачувати додаткові медичні послуги для мешканців громад [1].

На рис. 1.6 представлена сутність завдання про автономізацію постачальників медичної допомоги.

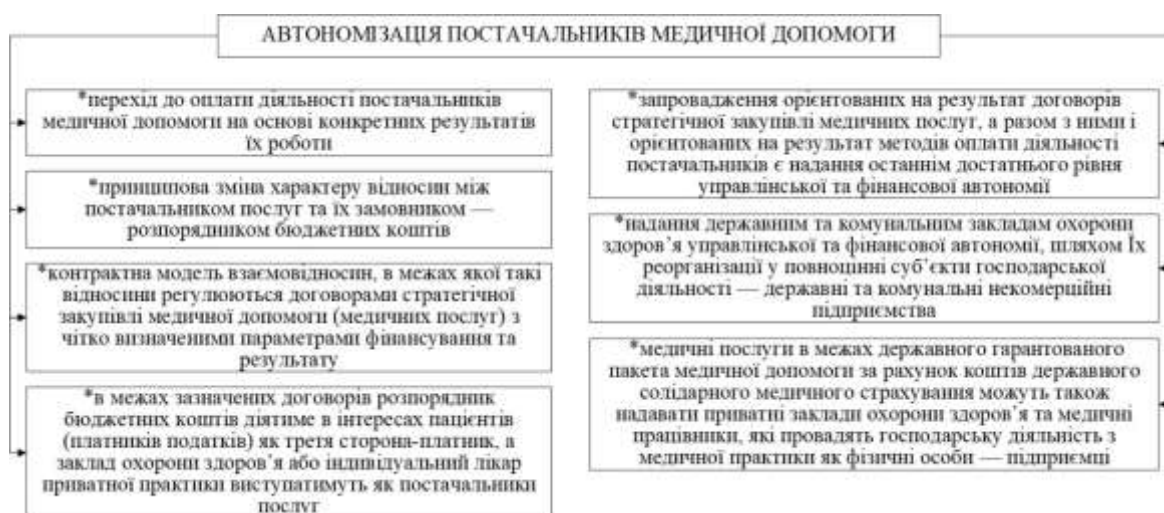


Рисунок 1.6 – Характеристика завдання «Автономізація постачальників медичної допомоги» [1]

Відповідно до рис. 1.6, автономізація постачальників медичної допомоги передбачає реорганізацію державних та комунальних ЗОЗ у державні та комунальні некомерційні підприємства. Щодо приватних ЗОЗ та медичних працівників, вони також можуть провадити господарську діяльність як ФОП. Усі ці заклади можуть надавати послуги в межах державного гарантованого пакета медичної допомоги за рахунок коштів державного солідарного медичного страхування [1]. Запровадження такої моделі фінансування та взаємовідносин забезпечує:

- а) оплату діяльності постачальників медичної допомоги за результатами їх роботи;
- б) регулювання відносин за допомогою договорів стратегічної закупівлі медичних послуг з чітко визначеними тарифами та результатами фінансування;
- в) надання постачальникам медичних послуг можливості покращити якість надаваних послуг, надання управлінської та фінансової автономії, що сприяє економії коштів [1].

На рис. 1.7 представлена сутність завдання про запровадження принципу «гроші ходять за пацієнтом».



Рисунок 1.7 – Характеристика завдання «Запровадження принципу «гроші ходять за пацієнтом» [1]

Відповідно до рис. 1.7, принцип «гроші ходять за пацієнтом» передбачає:

- а) оплату ЗОЗ (автономним суб'єктам господарської діяльності) за фактично надану пацієнту нами медичну допомогу;
- б) змішаний метод оплати для постачальників медичних послуг: капітальна ставка та бонусні доплати;
- в) укладання прямого договору про надання послуг між замовником послуг ПМД та акредитованим та ліцензованим МОЗ постачальником;

- г) оплати послуг постачальників вторинної та третинної медичної допомоги проводять за різними методами;
- д) утворення госпітальних округів, з метою впорядкування діяльності мережі ЗОЗ, ефективного використання бюджетних коштів;
- е) запровадження механізму реімбурсації – часткова або повна оплата вартості наданих замовниками лікарських засобів пацієнтам, які входять до Національного переліку основних лікарських засобів [1].

На рис. 1.8 представлена сутність завдання про розбудову сучасної системи управління медичною інформацією.



Рисунок 1.8 – Характеристика завдання «Розбудова сучасної системи управління медичною інформацією» [1]

Відповідно до рис. 1.8, розбудова сучасної системи управління медичною інформацією передбачає:

- а) використання національним замовником медичних послуг медичних даних, медичну історію пацієнтів для фінансового планування, укладення контрактів та моніторингу;
- б) використання медичної інформації МОЗ, Мінсоцполітики та Мінфіном для проведення аналізу та визначення змісту державного пакета медичної допомоги;
- в) утворення єдиного загальнонаціонального медичного простору за допомогою уніфікованих стандартів обміну даними;

- г) виконання ролі платформи для виконання принципу «гроші ходять за пацієнтом»;
- д) створення системи унікальної ідентифікації пацієнтів, електронних реєстрів, протоколів обміну даними, системи кодування діагнозів та процедур [1].

Слід зауважити, що реалізація концепції реформування медичної галузі є довготривалим процесом, який включає три етапи (див. рис. 1.9).



Рисунок 1.9 – Термін реалізації концепції та очікувані результати [1]

Отже, реалізація Концепції реформи системи фінансування охорони здоров'я передбачає отримання наступні очікуваних результатів (див. рис. 1.9):

- а) створення сучасної моделі фінансування СОЗ;
- б) підвищення ефективності використання та розподілу бюджетних коштів;
- в) підвищенню рівня фінансової захищеності громадян України у випадку хвороби;

- г) підвищення якості медичних послуг за рахунок появи конкуренції між постачальниками;
- д) підвищення рівня довіри населення до вітчизняної СОЗ.

## 1.2 Законодавче забезпечення реформування в системі надання медичної допомоги

Стратегія трансформації системи фінансування охорони здоров'я була сформована Кабінетом Міністрів України у вигляді концептуального документу – розпорядження «Про схвалення Концепції реформи системи фінансування охорони здоров'я» від 30 листопада 2016 р. № 1013-р [1].

Відповідно до концепції (рис. 1.1), реалізація реформи відбуватиметься поетапно: перший етап охоплює первинну медичну допомогу, другий – вторинну та третинну, впровадження якого заплановано у 2020 році.

Розроблена концепція вимагала створення міцної правової основи для початку проведення реформи. У табл. 1.1 представлені основні законодавчі та нормативно-правові акти, які забезпечують реформування в системі надання медичної допомоги.

Таблиця 1.1.

Основні законодавчі та нормативно-правові акти

№ з/п	Назва документа	№ документа та дата затвердження
1	2	3
1	Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції реформи системи фінансування охорони здоров'я» [1]	№1013-р від 30.11.2016
2	Постанова Кабінету Міністрів України «Про внесення змін та визнання такими, що втратили чинність, деяких постанов Кабінету Міністрів України» (Урядова програма реімбурсації «Доступні ліки»)[2]	№180 від 16.03.2017
3	Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [3]	№2168-VIII від 19.10.2017 остання редакція від 01.01.2021

## Продовження табл. 1.1

1	2	3
4	Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» [4]	№2206-VIII від 14.11.2017
5	Постанова Кабінету Міністрів України «Про утворення Національної служби здоров'я України» [5]	№1101-2017-п від 27.12.2017 остання редакція від 19.10.2021
6	Закон України «Про Державний бюджет України на 2021 рік» [6]	№ 1082-IX від 15.12.2020 остання редакція від 09.12.2021
7	Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу» [7]	№ 503 від 19.03.2018
8	Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» [8]	№ 504 від 19.03.2018
9	Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у II-IV кварталах 2021 року» [9]	№133 від 15.02.2021 Остання редакція від 23.11.2021
10	Постанова Кабінету Міністрів України від «Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для надання первинної медичної допомоги населенню» [10]	№ 283 Від 28.03.2018 остання редакція від 09.04.2019
11	Бюджетний Кодекс України [11]	№ 2456-VI від 08.07.2010 остання редакція від 10.11.2021
12	Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я» [12]	№411 від 25.04.2018 остання редакція від 24.11.2021
13	Конституція України [13]	№ 254к/96-ВР від 28.06.1996 остання редакція від 01.01.2020
14	Закон України «Про ціни та ціноутворення» [14]	№ 5007-VI від 21.02.2012 остання редакція від 10.12.2021
15	Закон України «Про місцеве самоврядування» [15]	№ 280/97-ВР від 21.05.1991 остання редакція від 24.11.2021
16	Закон України «Про екстрену медичну допомогу» [16]	№ 5081-VI від 05.07.2012 остання редакція від 16.10.2020
17	Постанова Кабінету Міністрів України «Про внесення змін до Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті на 2021 рік на розвиток системи екстреної медичної допомоги та модернізацію і оновлення матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я» [17]	№ 1218-2021-п від 24.11.2021
18	Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання закупівлі лікарських засобів, медичних виробів та допоміжних засобів до них, що закуповуються у 2021 році» [18]	№ 132-2021-п від 17.02.2021 Остання редакція від 10.12.2021

## Продовження табл. 1.1

1	2	3
19	Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» [19]	№ 504 від 19.03.2018 Остання редакція Від 22.12.2020
20	Закон України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» [20]	№ 3611-VI від 07.07.2011 остання редакція від 30.01.2018
21	Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо невідкладних заходів у сфері охорони здоров'я» [21]	№ 421-IX від 20.12.2019 остання редакція від 31.12.2020
22	Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення» [22]	№ 391 від 28.03.2018 остання редакція від 19.09.2020
23	Постанова Кабінету Міністрів України «Про договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій» [23]	№ 410 від 25.04.2018 остання редакція від 21.12.2021
24	Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання створення госпітальних округів» [24]	№ 1074 від 27.11.2019 остання редакція від 16.07.2020
25	Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» [25]	№ 2002-VII від 06.04.2017

Слід зауважити, що цей перелік (табл. 1,1) не є вичерпним та постійно оновлюється до нині. Детальніше розглянемо деякі з них. Наприклад, Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [3] виконує функцію регулювання фінансування СОЗ, збалансовує перелік завдань для НСЗУ. У Бюджетному кодексі прописані посадові обов'язки органів влади та типи видатків в з бюджету України (Стаття 87,89) [11]. Закон України «Про ціни та ціноутворення» [14] та Стаття 95 Конституції України [13] є підґрунтям для законодавчого регулювання питання впровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги. Стаття 32 Закону України «Про місцеве самоврядування» [15] визначає повноваження органів місцевого самоврядування щодо управління ЗОЗ. Закон України «Про внесення змін до



деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» [25] визначає основні вимоги та рекомендації щодо питання автономізації ЗОЗ. Постанови Кабінету Міністрів України: «Про договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій» [23], «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення» [22], «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у II-IV кварталах 2021 року» [9] – визначають перелік вимог для постачальників медичних послуг та порядок укладення договорів. Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання створення госпітальних округів» [24] визначає вимоги та особливості утворення госпітальних округів. Питання створення та функціонування НСЗУ регулюється постановою Кабінету Міністрів України «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення» [22].

Отже, документи, які представлені у табл. 1.1 законодавчо забезпечують виконання реформи фінансування СОЗ.

### 1.3 Перебіг медичної реформи в Україні

Медична реформа, яка була схвалена Кабінетом Міністрів України та затверджена у формі розпорядження «Про схвалення Концепції реформи системи фінансування охорони здоров'я» [1], проведення якої було розраховано на 2016-2020 рр. передбачає істотні зміни у СОЗ у три етапи: підготовчий етап (2017 рік), етап впровадження (2018 – 2019 роки) та етап інтеграції (2020 рік). На рис. 1.10 представлена детальна характеристика етапів реформування, відповідно до Концепції [1].

ПІДГОТОВЧИЙ ЕТАП (2017 РІК)	ЕТАП ВПРОВАДЖЕННЯ (2018 – 2019 РОКИ)
<ul style="list-style-type: none"> <li>*підготувати проекти та прийняти нормативно-правові акти, які створюють законодавчу базу для функціонування нової системи фінансування охорони здоров'я та єдиного національного замовника медичних послуг;</li> <li>*розробити проекти законів, що визначатимуть модель державного гарантованого пакета медичної допомоги;</li> <li>*утворити єдиного національного замовника медичних послуг як центральний орган виконавчої влади;</li> <li>*розробити модель державного гарантованого пакета медичної допомоги, модель співплати медичних послуг;</li> <li>*прийняти нормативно-правові акти щодо надання управлінської та фінансової автономії закладам охорони здоров'я;</li> <li>*розпочати процес реорганізації закладів охорони здоров'я;</li> <li>*запровадити національну систему реімбурсації лікарських засобів;</li> <li>*розробити необхідні електронні реєстри;</li> <li>*запровадити нову модель фінансування на рівні первинної медичної допомоги;</li> <li>*розпочати підготовку до запровадження нової моделі фінансування на рівні вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги;</li> <li>*розпочати процес впорядкування мережі закладів, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу шляхом утворення госпітальних округів</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*підготувати проекти та прийняти нормативні акти, які створюють законодавчу базу для запровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги, а також механізмів співплати;</li> <li>*розпочати фінансування державного гарантованого пакета медичної допомоги через єдиного національного замовника медичних послуг;</li> <li>*запровадити в повному обсязі систему реімбурсації лікарських засобів;</li> <li>*почати запровадження співплати медичних послуг;</li> <li>*затвердити уніфіковані клінічні протоколи;</li> <li>*розробити та затвердити систему тарифікації медичних послуг;</li> <li>*розробити та прийняти нормативно-правові акти, які забезпечують укладення договорів постачальників з єдиним національним замовником медичних послуг;</li> <li>*розробити та прийняти нормативно-правові акти, які регламентують залучення добровільного медичного страхування;</li> <li>*впровадити електронні інструменти обміну медичними, фінансовими та статистичними даними;</li> <li>*розпочати оплату постачальникам медичних послуг за принципом оплати за пролікований випадок</li> </ul>
<b>ЕТАП ІНТЕГРАЦІЇ (2020 РІК)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>*забезпечити фінансування державного гарантованого пакета медичної допомоги (включно з реімбурсацією лікарських засобів) через єдиного національного замовника медичних послуг в повному обсязі;</li> <li>*забезпечити функціонування єдиного медичного простору;</li> <li>*забезпечити повноцінне функціонування механізму співплати;</li> <li>*забезпечити у відносинах між єдиним національним замовником медичних послуг та постачальниками медичних послуг використання нових механізмів оплати медичних послуг (остаточно-споріднені групи);</li> <li>*провести оцінку впровадження нової моделі фінансування системи охорони здоров'я та підготувати плани розвитку системи на наступні п'ять років</li> </ul>	

Рисунок 1.10 – Характеристика етапів реформування системи фінансування охорони здоров'я [1]

Отже, відповідно до рис. 1.10, перший етап реформи передбачає: створення законодавчої бази, впровадження нової моделі фінансування ПМД, створення госпітальних округів, з метою впорядкування мережі закладів вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. На другому етапі передбачено впровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги, який буде фінансувати НСЗУ. Третій етап передбачає інтеграцію нової системи фінансування охорони здоров'я на території всієї країни.

Таким чином, реформа передбачає ґрунтовні зміни у медицині (див. табл. 1.2).

Таблиця 1.2

Головні зміни у медицині згідно з реформою [26,27,28]

№ з/п	Було	Стало
1	2	3
1	МОЗ фінансувало, перевіряло та контролювало охорону здоров'я	Розробка політики здоров'я – МОЗ, реалізація – перейшла до нової Національної служби здоров'я України
2	Фінансування лікарні за їхнє існування	Фінансуються надані лікарнею послуги пацієнту

## Продовження табл. 1.2

1	2	2
3	Мешканці сіл їхали в райлікарні чи поліклініки до спеціалістів	Сімейний лікар у кожному селі (у найвіддаленіших – на базі ФАП)
4	Лікар отримував «ставку»	Лікар отримує фінансування за кожного полікованого пацієнта
5	Були державні, муніципальні, приватні медзаклади	Нова форма господарювання – некомерційні підприємства, які належать громадам

01.04.2018 р. Урядом України було створено Національну службу здоров'я України (далі НСЗУ) – як єдиного замовника медичних послуг/національного страхового органу, який виконує забезпечувальну функцію охоплення жителів країни, у межах доступного фіскального простору, визначеним гарантованим пакетом медичних послуг []. Також було обрано Голову НСЗУ та затверджено положення про функціонування даної служби. Після, командою НСЗУ було розпочато практичну реалізацію розробленої стратегії, основні зусилля були направлені на ПМД. На рис. 1.11 представлені основні відомості про НСЗУ.



Рисунок 1.11 – Ключові факти про НСЗУ [29]

У липні 2018 року НСЗУ розпочала процес підписання договорів із надавачами ПМД про медичне обслуговування за програмою медичних гарантій (далі ПМГ). Договори уклалися з наступними умовами: застосування до надавачів послуг ПМД механізму фінансування на основі капітальної ставки, кожен мешканець України має право вільно обирати будь-якого постачальника ПМД і підписати декларацію, за умови якщо, останній заключив договір з НСЗУ та отримав юридичний статус автономного суб'єкта господарювання [1,29,30]. На рис. 1.12 представлена детальна характеристика ПМГ.



Рисунок 1.12 – Сутність програми медичних гарантій [30, 31]

Програму «Доступні ліки» почали реалізовувати з квітня 2017 року, НСЗУ адмініструє програму реімбурсації з квітня 2019 року і відшкодовує аптекам вартість відпущених ліків пацієнтам, які отримали електронний рецепт, що дає змогу зменшити фінансовий тягар на пацієнтів. Алгоритм отримання ліків:

- а) звернутись до лікаря, з яким заключено декларацію, та отримати е-рецепт;
- б) звернутись в аптеку, яка має позначку «Тут є Доступні ліки»;
- в) отримати ліки безкоштовно або за частковою сплатою за електронним рецептом [33].

Перелік лікарських засобів/медичних препаратів, які входять до

програми реімбурсії у 2021 році представлений у Додатку А. Список ліків щороку оновлюється за рішенням Уряду України.

Програма медичних гарантій на рівні вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги почала працювати у квітні 2020 року, відповідно, ЗОЗ вторинної та третинної медичної допомоги почали укладати договори із НСЗУ [34,35,37]. Усі ЗОЗ, які почали працювати з НСЗУ, також як і ЗОЗ ПМД, змінили свій юридичний статус на комунальні некомерційні підприємства. Обов'язковою умовою для підписання договору була комп'ютеризація ЗОЗ та підключення до медичної інформаційної системи. Субвенції було відмінено, фіксовану зарплату також було відмінено, пацієнти отримали право вільного вибору вузького спеціаліста, безкоштовна консультація яких – лише зі скерування сімейного лікаря [34, 39,40].



Рисунок 1.13 – Види медичних послуг за ПМГ 2021

[30,34,35,36,37,38,42,43]

Також, розпочався процес підвищення заробітної плати медичним працівникам, кожного року тарифи збільшують. Розпочався розвиток цифрових трансформацій: eHealth став доступним 24/7, розроблено RoadMap та утворено комітет SDLC, який займається розробкою функціоналу системи [34, 41].

3 квітня 2021 року ввели в дію оновлену ПМГ, яка передбачає 35 пакетів медичних послуг [42,43]. На рис. 1.13 представлений перелік медичних послуг, які можуть отримати жителі України за ПМГ у 2021. Перелік послуг також, щороку, оновлюється Урядом та НСЗУ. У табл. 1.3 представлена порівняльна характеристика обсягу фінансування деяких видів медичних послуг у 2020 та 2021 роках, вартість яких щороку також змінюється Урядом України та НСЗУ.

Таблиця 1.3

Тарифи на деякі види медичних послуг відповідно до ПМГ у 2020 та 2021 рр. [43]

№ з/п	Послуга	01.04.2020	01.04.2021
1	2	3	4
1	Пологи	8136 грн.	10382 грн.
2	Складні неонатальні випадки при народженні дитини вагою до 1500 г	98500 грн.	113700 грн.
3	Екстрена медична допомога з розрахунку на одну людину	116 грн.	235 грн.
4	Лікування інсульту з розрахунку на людину незалежно від стану й рівня тяжкості	19332 грн.	97821 грн.
5	Лікування онкологічних захворювань, дорослі/діти	18000 грн. 30000 грн.	54000 грн. 162000 грн.
6	Лікування туберкульозу	21000 грн.	40000 грн.

Станом на квітень 2021 року більше 2,5 тис. постачальників медичних послуг, з яких 455 лікарів-ФОПів та 185 приватних медичних закладів [43]. Найбільший рівень завантаженості у 2021 році отримала ланка ПМД, яка відіграє найважливішу роль у боротьбі з COVID-19, так як, саме до лікарів ПМД звертаються пацієнти з підозрою на коронавірусну інфекцію [43]. У 2021 році також було збільшено тарифи для ЗОЗ та лікарів на 5-15%. До кінця 2021 року заплановано розробити стратегічний план розвитку СОЗ

населення до 2030 року [44].

#### Висновки до розділу 1

Визначено сутність концепції реформування медичної галузі в Україні, мета якої полягає у переході від старої моделі фінансування СОЗ до нової – за результатними діяльності ЗОЗ.

Проблеми, які спонукають до проведення реформи: а) високий рівень фінансової незахищеності населення України як у випадку хвороби; б) неякісні та малоефективні медичні послуги; в) система витрачання коштів з державного бюджету на СОЗ є неефективною.

Завдання реформи: а) створення та впровадження уніфікованого державного гарантованого пакета медичної допомоги; б) утворення єдиного національного замовника медичних послуг; в) нові можливості та повноваження для органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я; г) проведення автономізації постачальників медичної допомоги; д) впровадження принципу «гроші ходять за клієнтом»; е) розбудова сучасної системи управління медичною інформацією.

Відповідно до розпорядження КМУ «Про схвалення Концепції реформи системи фінансування охорони здоров'я» від 30 листопада 2016 р. № 1013-р, медична реформа – це тривалий процес, тому було визначено три етапи її реалізації: а) підготовчий – 2017 р., б) впровадження – 2018-2019 рр.; в) інтеграції – 2020 р.

Також, було визначено та розглянуто законодавче забезпечення реформування СОЗ.

В результаті вивчення особливостей перебігу медичної реформи було визначено, що у СОЗ відбулись наступні зміни: а) створення НСЗУ – як єдиного національного замовника медичних послуг, як окремого органу виконавчої влади; б) визначено особливості функціонування НСЗУ; в) розроблено та впроваджено ПМГ, визначено її сутність, види медичних послуг, якими користуються українці в межах даного пакету у 2021 р., зміст якого щороку переглядається та оновлюється; г) досліджено наскільки

збільшилися тарифи на деякі види медичних послуг відповідно до ПМГ у 2021 р. порівнюючи 2020 р.; д) було відмінено дотації з державного бюджету ЗОЗ, було створено пул коштів, акумульованих з державного бюджету, кошти з якого направляються на стратегічну закупівлю медичних послуг, які ЗОЗ отримують лише за кожного пролікованого пацієнта; е) ЗОЗ – постачальники медичних послуг, більшість з них провели реструктуризацію та змінили юридичний статус на некомерційне підприємство та уклали договір з НСЗУ; ж) запровадження електронну СОЗ; з) вдосконалено систему регулювання цін на медичні препарати, розроблено та впровадженого механізм реімбурсації лікарських засобів – повного або частково відшкодування їх вартості з державного бюджету.

Слід зауважити, процес реформування СОЗ вимагає значних інвестицій, розвитку нових інформаційних систем та цифрових рішень, які нададуть можливість подальшої успішної реалізації обраної стратегії впровадження системи електронного здоров'я, що потребує швидкості та є викликом для наступного покоління.



## РОЗДІЛ 2

### ДОСЛІДЖЕННЯ СИСТЕМИ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У М. ЗАПОРІЖЖЯ ЧЕРЕЗ ІМПЛЕМЕНТАЦІЮ E-HEALTH

#### 2.1 Характеристика системи охорони здоров'я у м. Запоріжжя

Відповідно до даних центру медичної статистики (КУ «ОІАЦМС» ЗОР) [45], на кінець 2020 року мережа закладів охорони здоров'я Запорізької області налічувала 128 об'єктів, з амбулаторно-поліклінічною потужністю 35059 відвідувань за зміну та 11096 стаціонарних ліжок для цілодобового перебування хворих [46]. Кількість ЗОЗ, які надають ПМД населенню у Запорізькій області налічує 44 Центри ПМСД, до складу яких входять 268 амбулаторій загальної практики сімейної медицини, з них: самостійні- 5 од., фельдшерсько-акушерські пункти – 80 од., фельдшерські пункти – 193 од., пункти здоров'я – 32 од [46]. Вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медичної допомоги: ЗОЗ обласного підпорядкування – 24 од., міські ЗОЗ – 44 од. Детальна інформація представлена у табл. 2.1.

Таблиця 2.1- Мережа ЗОЗ Запорізької області на кінець 2020 р. [46]

№ з/п	Вид ЗОЗ	Кількість закладів, од.	Потужність, відвідувань за зміну, од.	Кількість ліжок цілодобового перебування хворих у стаціонарі, од.
1	2	3	4	5
1.	ЗОЗ Запорізької області			
1	Загальна кількість, з них:	128	35059	11096
1.2	Міські	44	17865	5156
1.3	Районні	60	13643	2314
1.4	Обласні	24	3551	3626
2	Центри ПМСД			
2	Загальна кількість, з них:	44	15184	–
2.1	Міські Центри ПМСД	13	7529	–
2.2	Районні Центри ПМСД	31	7655	–
3	Вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медична допомога			
3.1	Заклади охорони здоров'я обласного підпорядкування, з них:	24	3551	3626

Продовження табл. 2.1

1	2	3	4	5
3.1.1	ЗОЗ, які надають високоспеціалізовану медичну допомогу	–	760	1140
3.1.2	ЗОЗ, які надають спеціалізовану медичну допомогу:			
3.1.2.1	Психіатричну	–	969	1128
3.1.2.2	Протитуберкульозну	–	452	315
3.1.2.3	При онкологічних захворюваннях	–	280	380
3.1.2.4	При серцево-судинних захворюваннях	–	200	160
3.1.2.5	При інфекційних захворюваннях	–	470	217
3.1.2.5	При порушеннях репродуктивної функції	–	180	36
3.1.2.6	Медичну допомогу ветеранам війни	–	90	–
3.1.2.4	З медичної реабілітації	–	230	–
3.2	Міські ЗОЗ	44	17865	5156
3.2.1	Дитячі міські лікарні	2	874	495
3.2.2	Центральні районні лікарні та багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування	20	4977	2234
3.2.3	Районні лікарні	1	40	40
3.3	Пологові будинки м. Запоріжжя	3	716	330
3.4	Пологові будинки м. Мелітополь	1	243	90
3.5	Диспансери	1	150	75

З 2018 по 2020 р. у Запорізькій області всі ЗОЗ, які надають вторинну та третинну МД були реорганізовані та змінили юридичний статус на комунальні некомерційні підприємства, за винятком 6 ЗОЗ, які представлені у Додатку Б.

На рис. 2.1 представлені дані про штатну укомплектованість ЗОЗ Запорізької області на кінець 2020 р.

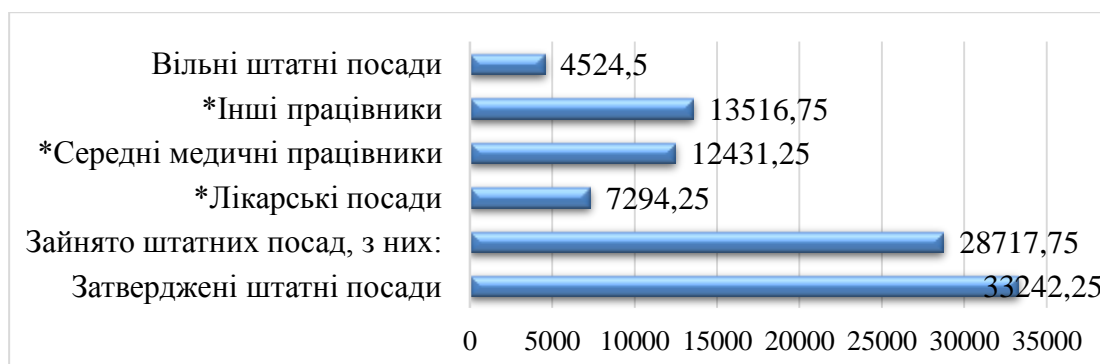


Рисунок 2.1 – Забезпеченість кадрами ЗОЗ Запорізької області у 2020 р.

Отже, у 2020 році було затверджено 33242,25 штатні посади, з яких 4524,5 залишились не зайнятими. Відтік кадрів та низька популярність посад могла бути спричинена пандемією Covid-19, високим рівнем ризику та замалим фондом заробітних плат у медичній сфері, а також реорганізацією ЗОЗ. У табл. 2.2 представлені дані про укомплектованість штатних лікарських посад ЗОЗ у 2018-2020 рр.

Таблиця 2.2- Укомплектованість та коефіцієнт сумісництва лікарів ЗОЗ у Запорізькій області у 2018-2020 рр. [47]

№ з/п	Показник	2018	2019	2020
1	2	3	4	5
1	Укомплектованість штатних лікарських посад фізичними особами в цілому по ЗОЗ області	71,6%	71,9%	71,7%
2	Укомплектованість в обласних ЗОЗ	69,9%	69,4%	77,2%
3	Укомплектованість в міських ЗОЗ	74,6%	74,7%	72,2%
4	Укомплектованість в районних ЗОЗ	66,7%	68,3%	66,2%
5	Коефіцієнт сумісництва лікарів в цілому по області, од.	1,21	1,19	1,15

Отже, у 2020 р. ЗОЗ у Запорізькій області штатні лікарські посади не були укомплектовані на 28,3% від загальної кількості штатних посад, у районних ЗОЗ – 33,8%. З 2018 по 2020 р. спостерігається тенденція зменшення показника укомплектованості кадрами, що скоріш за все пов'язано з процесом реорганізації ЗОЗ відповідно до реформи.

У табл. 2.3 представлені дані про забезпеченість лікарями.

Таблиця 2.3 - Забезпеченість лікарями ЗОЗ у Запорізькій обл. у 2018-2020 рр., од.[47]

№ з/п	Показник	2018	2019	2020
1	2	3	4	5
1	Забезпеченість штатними посадами лікарів по області на 10 тисяч населення	45,6	45,1	43,3
2	Забезпеченість фізичними особами лікарів по області на 10 тисяч населення	32,7	32,4	31,0
3	Кількість вакантних посад лікарів в цілому на кінець року	1060,00	1113,50	1254,50
4	Кількість вакантних посад лікарів в закладах обласного підпорядкування на кінець року	–	264,50	188,50
5	Кількість вакантних посад лікарів закладах міського підпорядкування на кінець року	–	500,75	681,25
6	Кількість вакантних посад лікарів в районних закладах охорони здоров'я, які надають медичну допомогу переважно сільському населенню на кінець року	–	348,25	384,75

Для більшої деталізації, на рис. 2.2 представлені дані про кількість вакантних ставок лікарів за спеціальностями на кінець 2020 р. в цілому у Запорізькій області. Дані на рис. 2.2 вказують на те, що найбільша кількість вільних вакансій для сімейних лікарів - 147, терапевтів - 116 та анестезіологів – 114 [47].

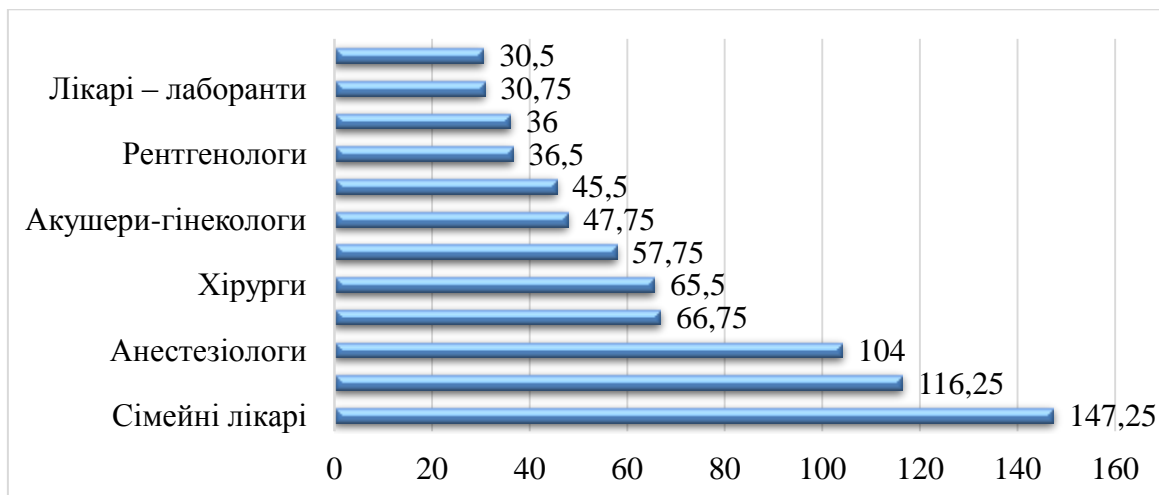


Рисунок 2.2 – Кількість вакантних посад лікарів за спеціальностями у Запорізькій у 2020 р. [47]

Відповідно до даних центру медичної статистики (КУ «ОІАЦМС» ЗОР), у 2020 р. в цілому у Запорізькій області кількість затверджених штатних посад молодших спеціалістів, які мають медичну освіту становила - 12431,25 од., на кінець року було зайнято лише 10633,75 од. [47].

У табл. 2.4 представлені дані про забезпеченість ЗОЗ Запорізької області молодшими спеціалістами з медичною освітою.

Таблиця 2.4 - Забезпеченість молодшими спеціалістами ЗОЗ у Запорізькій обл. у 2018-2020 рр., од.[47]

№ з/п	Показник	2018	2019	2020
1	Укомплектованість штатних посад молодших спеціалістів з медичною освітою фізичними особами в цілому по ЗОЗ області	79,5%	78,9%	78,1%
В окремих типах закладів укомплектованість становить:				
2	В обласних ЗОЗ	78,0%	76,1%	81,0%
3	В міських ЗОЗ	77,1%;	77,3%	73,8%
4	В районних ЗОЗ	85,9%	85,2%	85,8%
5	Забезпеченість штатними посадами молодших спеціалістів з медичною освітою в цілому по Запорізькій області на 10 тисяч населення	83,9	81,3	73,7
6	Забезпеченість фізичними особами молодших спеціалістів з медичною освітою по області на 10 тисяч населення	66,6	64,1	57,6

Отже, відповідно до отриманих даних на рис. 2.1-2.2 та табл. 2.2 -2.4, можна зробити висновок, що у 2018-2020 рр. відбулось зменшення кількості штатних посад та працівників по ЗОЗ у Запорізькій області, що у першу чергу пов'язано з процесом реорганізації постачальників медичних послуг вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої), що призвело до зменшення загальної кількості ЗОЗ.

Щодо атестації кадрів по ЗОЗ у Запорізькій області, то за даними центру медичної статистики, у 2020 р. працювало 7023 лікаря. Кількість лікарів, які мають кваліфікаційну категорію – 4461, вища категорія- 2450 лікарів, з них: перша категорія – 1436 лікарів, друга категорія – 575 [47].

Щодо лікарів пенсійного віку, то кількість працюючих – 1619 особи або 23,1% від загальної кількості.

Щодо середнього медичного персоналу пенсійного віку – 1398 осіб або 11,8% від загальної кількості.

У табл. 2.5 представлені дані про атестацію кадрів в ЗОЗ Запорізької області.

Таблиця 2.5 - Атестація лікарів та молодших спеціалістів по ЗОЗ в цілому у Запорізькій області за 2020 р. [47]

№ з/п	ЗОЗ	Кількість атестованих, ос.	З них, мають кваліфікаційну категорію, ос.
1	2	3	4
Лікарі			
1	Обласні ЗОЗ	2456	1545
2	Міські ЗОЗ	3381	2168
3	Районні ЗОЗ	1186	748
4	Мають вищу кваліфікаційну категорію	5581	Перша – 1576 друга – 948
Молодші спеціалісти			
5	Загальна кількість атестованих	8105	
6	Мають вищу кваліфікаційну категорію	5581	перша – 1576 друга – 948

За даними центру медичної статистики (КУ «ОІАЦМС» ЗОР) у 2020 р. загальна кількість постійного населення складала 1686612 осіб, наявного – 1666515 осіб (в Запорізькій області) [48].

У табл. 2.6 представлені дані про чисельність населення в Запорізькій

області у 2018-2020 рр. з розподілом на вікові категорії.

Таблиця 2.6 - Чисельність постійного населення Запорізької області у 2018-2020 рр. за віковими категоріями, ос. [48]

№ з/п	Вікова категорія	2018	2019	2020	+/-, абс.ч	+/-, %
1	2	3	4	5	6	7
1	Все населення	1722382	1705047	1686612	-35770	-2,1
2	Діти 0-17 р.	294644	293207	290504	-4140	-1,4
3	Дорослі 18 р. і старші	1427738	1411840	1396108	-31630	-2,2
4	Працездатне населення: чоловіки та жінки 16-59 р.	1036424	1017605	999453	-36971	-3,6
5	Населення старше працездатного віку: чоловіки та жінки 60 р.+	418324	422025	425618	+7294	+1,7

Відповідно до даних в табл. 2.6, з 2018 по 2020 рр. у Запорізькій області загальна чисельність населення зменшилась на 2,1%, доросле населення зменшилось на 2,2%, найбільше зменшилась чисельність населення віком 16-59 р., підвищилась кількість населення старше 60 років на 1,7% та зменшилась кількість дітей на 2,1%, що свідчить про негативну демографічну ситуацію в Запорізькій області.

У табл. 2.7 представлені дані про розподіл населення за місцем проживання, які свідчать про те, що показник кількості міського населення в Запорізької області вище середнього значення по Україні, а кількість сільського населення навпаки – менша.

Таблиця 2.7

Розподіл населення у Запорізькій області за місцем проживання у 2018-2020 рр. [48]

№ з/п		Запорізька область			Україна 2020 р.
		2018 р.	2019 р.	2020 р.	
1	2	3	4	5	6
1	Міське населення	77,1%	77,1%	77,2%	69,3%
2	Сільське населення	22,9%	22,9%	22,8%	30,7%

У додаток до даних в табл. 2.7, слід зауважити, що відповідно до статистичних даних [48], з 2018 по 2020 р. у Запорізькій області чисельність постійного сільського населення зменшилась на 2,7%, міського на 1,9%.

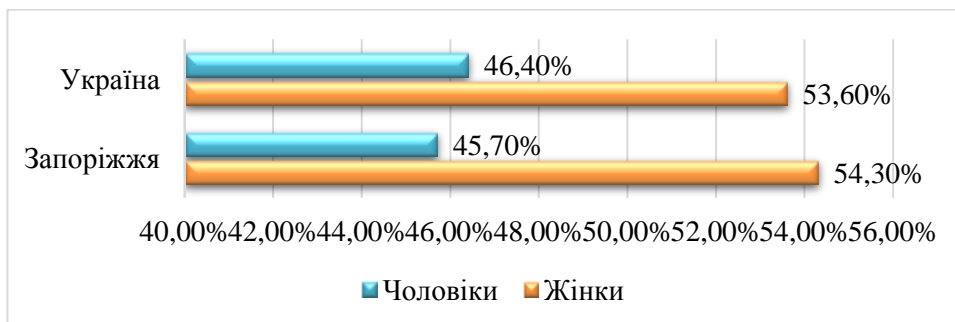


Рисунок 2.3 – Статева структура населення у 2020 р. [48]

На рис. 2.3 представлені дані про статеву структуру населення Запорізькій області та в цілому в Україні у 2020 р., які свідчать про те, що серед населення стабільно переважають жінки.

У табл. 2.8 представлені демографічні показники населення в Запорізькій області у 2018-2020 рр.

Таблиця 2.8 - Демографічні показники населення у 2018-2020 рр., на 1000 середньо-наявного населення [49,48]

№ з/п	Показник	Запорізька область			Україна 2020 р.
		2018 р.	2019 р.	2020 р.	
1	2	3	4	5	6
1	Народжуваність	7,4	6,8	6,3	7,0
2	Смертність	16,3	16,4	17,5	14,8
3	Природний рух	-8,9	-9,6	-11,2	-7,8

Дані у табл. 2.8 свідчать про те, що у Запорізькій області демографічна ситуація є досить гострою проблемою, так як спостерігається тенденція збільшення смертності та зниження рівня народжуваності майже у два рази. Відповідно, показник природного руху також є від'ємним. Відповідно до даних Головного управління статистики України [49], у Запорізькій області смертність суттєво перевищує народжуваність: у 2018 р. – 100 померлих на 45 живонароджених; 2019 р. – 100:41; 2020 р. – 100:36; середній показник 2020 р. в Україні – 100:48.

На рис. 2.4 представлені дані про структуру смертності населення Запорізької області у 2020 році за причинами.

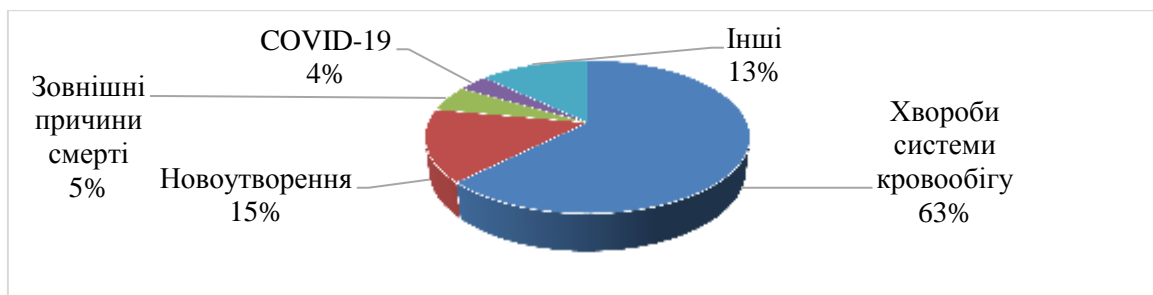


Рисунок 2.4 – Структура смертності населення Запорізької області у 2020 р. [48,49]

Відповідно до рис. 2.4, найбільша частка смертей в Запорізькій області припадає на хвороби системи кровообігу, новоутворення, зовнішні причини та Covid-19, загальна частка яких складає 87% від загальної кількості. Найбільший вплив на смертність чинять хвороби системи кровообігу – 63% від загальної кількості.

Розглянемо більш детально усі причини смертності населення в Запорізькій області та в Україні (див. табл. 2.9).

Таблиця 2.9 - Основні причини смертності населення за 2018-2020 рр., на 100 тис. середньо – наявного населення [48,49]

№ з/п	Причина смерті	Запорізька область			Україна 2020 рік
		2018	2019	2020	
1	Всього померлих від усіх причин	1625,6	1639,9	1752,4	1477,6
2	Інфекційні та паразитарні хвороби	24,3	25,0	19,3	16,3
3	Новоутворення	263,9	264,5	267,9	186,5
4	в т.ч. злоякісні новоутворення	261,7	262,1	265,8	184,8
5	Хвороби системи кровообігу:	1014,7	1031,0	1096,9	979,1
6	ішемічна хвороба серця	576,3	582,7	636,4	682,7
7	в т.ч. інфаркт міокарда	40,94	44,8	46,9	44,8
8	цереброваскулярні хвороби	280,9	293,5	308,8	187,2
9	в т.ч. інсульти (всі форми)	115,1	118,5	119,8	114,4
10	COVID -19	-	-	63,7	49,6
11	Хвороби органів дихання	34,2	37,1	44,4	40,0
12	Хвороби органів травлення	58,3	58,2	61,1	58,0
13	Зовнішні причини смерті	99,4	97,4	96,8	67,2

Отже, дані у табл. 2.9 вказують на те, що з 2018 по 2020 р. приріст загального показника смертності у Запорізькій області склав 7,8%. Коливання показника спостерігається серед інфекційних та паразитарних



хвороб та хвороб органів дихання. Зниження показника серед зовнішніх причин смерті. Серед усіх інших причин спостерігається стабільне збільшення показника смертності в Запорізькій області від 1,5 до 29,8%.

Отже, для системи охорони здоров'я у Запорізькій області (включаючи м. Запоріжжя) характерним є достатньо розвинена мережа закладів охорони здоров'я, практично усі постачальники медичних послуг провели реорганізацію та уклали договори із НСЗУ. Щодо кадрового забезпечення, то присутньої є проблема нестачі штатних працівників у відповідності до встановленої потреби.

Переважає більшість кадрів є атестованою. Слід звернути увагу на те, що негативні демографічні показники у Запорізькій області з 2018-2020 рр., де основною причиною смертності є хвороби системи кровообігу, вказують на те, що у СОЗ Запорізької області слід приділити більшу увагу саме цим проблемам зі здоров'ям населення та шукати шляхи їх попередження, своєчасної діагностики, надання медичної допомоги та лікування.

## 2.2 Потенціал E-Health для покращення системи надання медичної допомоги у м. Запоріжжя

Для розуміння потенціалу розвитку системи «E-Health» [50, 51] необхідно дослідити поточний стан її функціонування, кроки подальшої Digital-ізації згідно нормативної бази та виділити основні вектори розвитку інформаційної медичної системи, використовуючи стандарти та практичні кейси закордонної СОЗ.

На рис. 2.5 представлена архітектура поточної інформайно-медичної системи «E-health».

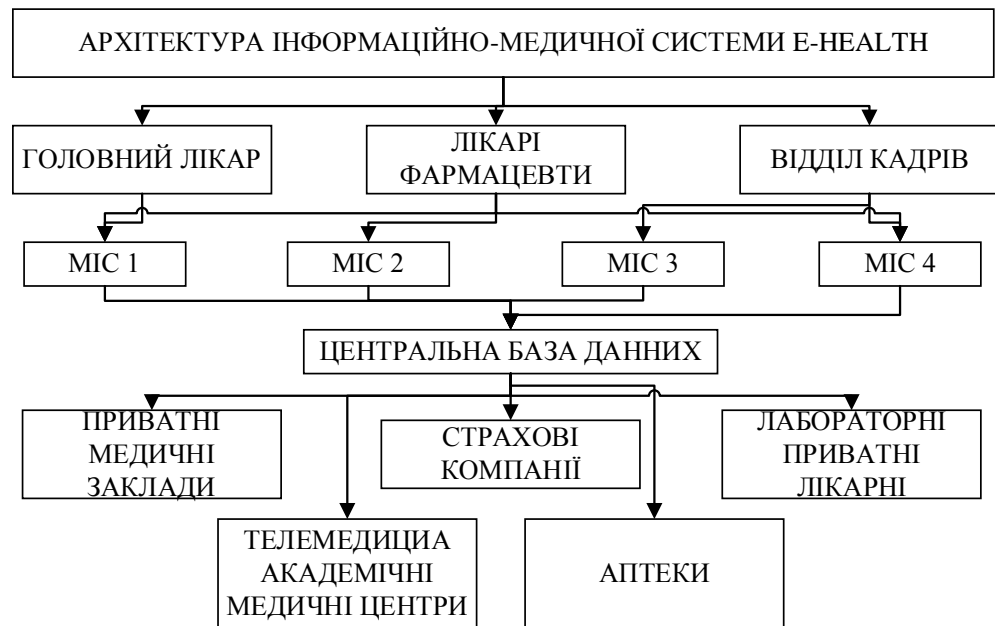


Рисунок 2.5 – Архітектура поточної інформаційно-медичної системи «E-health» [50, 51]

Відповідно до рис. 2.5, в архітектурі поточної інформаційно-медичної системи «E-health» можна виділити, що система «E-health» напряму використовується серед лікарів та фармацевтів різних категорій, які використовують системи медично інформаційного керування структурою свого підприємства або підрозділу, інформація про діяльність якого отримується центральним сервером (бази-даних), який допомагає у функціонуванні наступних структур: приватні заклади; страхові; телемедицина або академічні центри; аптеки; лабораторні приватні лікарні [50, 51].

На рис. 2.6 представлений функціонал для закладів ПМД реалізованої провайдерами МІС.



Рисунок 2.6 – Функціонал для закладів ПМД реалізованої провайдерами МІС [50, 51]

Відповідно до даних рис. 2.2, інтеграція системи «Е-health» з системами керування медичною інфраструктурою дозволяють укласти договір надавання послуг ПМД з НСЗУ, заключати та переглядати декларації пацієнтів, виписувати направлення до вузько направлених лікарів, електронні рецепти та назначати курс імунізацій [50, 51].

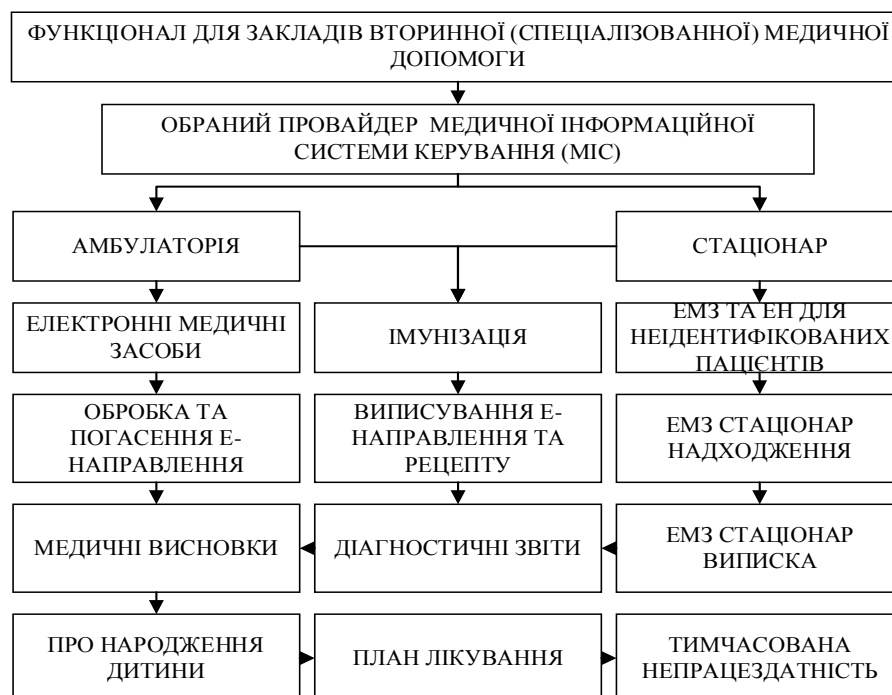


Рисунок 2.7 – Функціонал для закладів вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги реалізованої провайдерами МІС [51, 52]

На рис. 2.7 представлений функціонал для закладів вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги реалізованої провайдерами МІС, відповідно до якого, інтеграція системи E-health з системами керування медичною інфраструктурою дозволяють контролювати доходження та виписування зі стаціонару, розробляти плани лікування, діагностичні звіти тощо [51, 52].

Таблиця 2.10

Перелік інтегрованих систем первинної та спеціалізованої допомоги з  
E-Health [51, 52]

№	Тип системи	Найменування	Стан інтеграції
1	2	3	4
1	МІС	ВІЛ-інфекція в Україні	Недостатня
2	МІС	ВІСА	Недостатня
3	МІС	Дніпро-МТ	Достатня
4	МІС	Доктор Елекс	Достатня
5	МІС	Дорадо	Достатня
6	МІС	Електронна лікарня 2.0	Достатня
7	МІС	еАптека-Компендіум	Недостатня
8	МІС	ЕМСІМЕД	Достатня
9	МІС	EMSImed+	Достатня
10	МІС	Каштан	Достатня
11	МІС	МЕДЕЙР	Достатня
12	МІС	Медікіт	Недостатня
13	МІС	МедІнфоСервіс	Достатня
14	МІС	МІА Здоров'я	Достатня
15	МІС	Нейрон	Недостатня
16	МІС	Парацельс	Недостатня
17	МІС	Поліклініка без черг	Достатня
18	МІС	ПростоМед	Недостатня
19	МІС	Скарб	Недостатня
20	МІС	Укрмедсофт	Достатня
21	МІС	Цифровий пацієнт	Недостатня
22	МІС	Ademrius	Недостатня
23	МІС	Asker	Достатня
24	МІС	Clinica Web	Достатня
25	МІС	DocDream	Достатня
26	МІС	EvoMIS	Достатня
27	МІС	Health 24	Достатня
28	МІС	Healthtech	Недостатня
29	МІС	Helsi	Достатня
30	МІС	Hermes medical	Недостатня
31	МІС	Iconx CRM	Недостатня

Продовження табл. 2.10

1	2	3	4
32	МІС	Lakmus	Достатня
33	МІС	МС+	Достатня
34	МІС	MedCenter+	Недостатня
35	МІС	Medcore	Недостатня
36	МІС	MEDICS IT	Достатня
37	МІС	MEDSTAR	Достатня
38	МІС	MoniHeal	Достатня
39	МІС	nHealth	Достатня
40	МІС	Pharma Space	Недостатня
41	МІС	Selenium	Достатня
42	МІС	SimplexMed	Достатня
43	МІС	SimplexMis	Достатня
44	МІС	UA Smart	Достатня
45	МІС	3i	Недостатня
46	МІС	Аптека 9-1-1	Недостатня
47	МІС	TerraLab	Недостатня

У табл. 2.10 представлений перелік інтегрованих систем первинної та спеціалізованої допомоги з E-Health, відповідно до якого.1 кількість не інтегрованих провайдерів МІС, первинної та спеціалізованої допомоги з E-health становить близько 19 МІС, кількість інтегрованих МІС складає 28, що визначає достатню кількість для розвитку, підтримки функціонування медичного ринку під час неперервного процесу реформування для обслуговування та надавання послуг первинної та спеціалізованої медичної допомоги [51, 52].

На рис. 2.8 представлені кроки та вектори розвитку з гармонізації та доопрацювання системи електронного здоров'я «E-health».

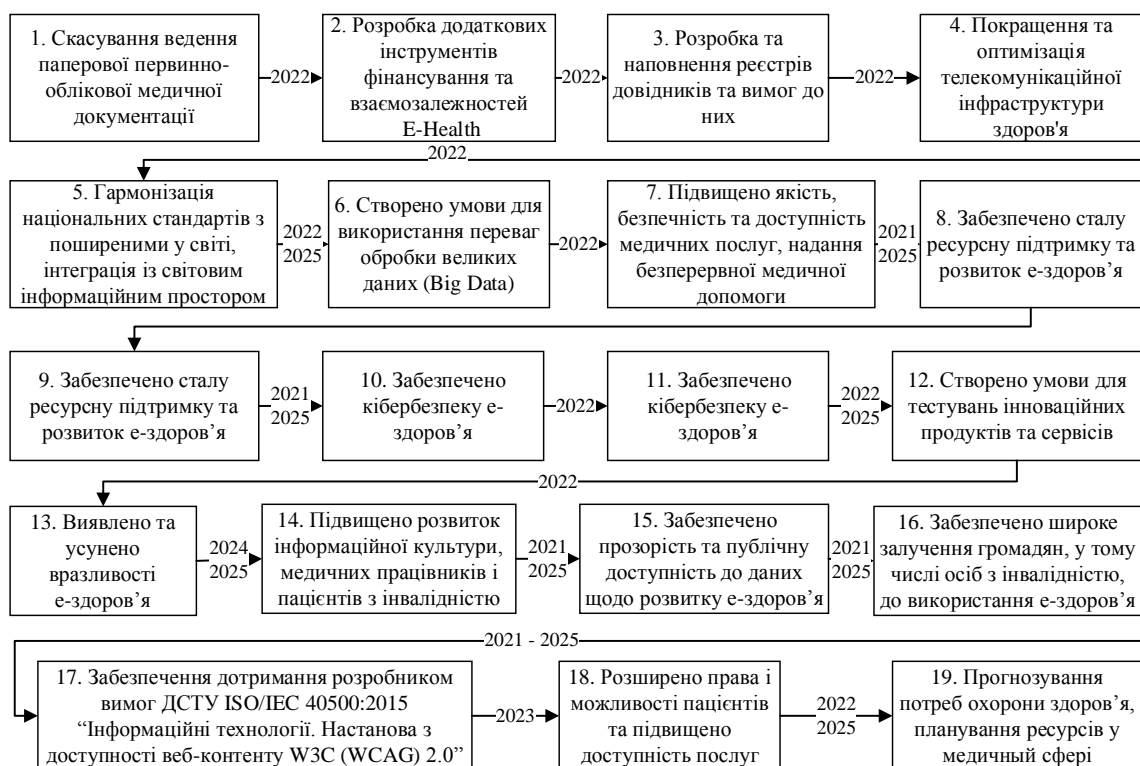


Рисунок 2.8 – Кроки та вектори розвитку з гармонізації та доопрацювання системи електронного здоров'я «E-health» [53]

Відповідно до рис. 2.8, стратегічний термін доопрацювання системи електронного здоров'я охоплює період з 2021 по 2025 роки, основними ключовими етапами є: організація кібербезпечності системи, запровадження трендового функціоналу як зовнішньої так і внутрішньої комунікації, дозволить працювати в системі пацієнтів з порушенням зору, слуху, фізичними вадами здоров'я, поширення асортименту послуг та ін.

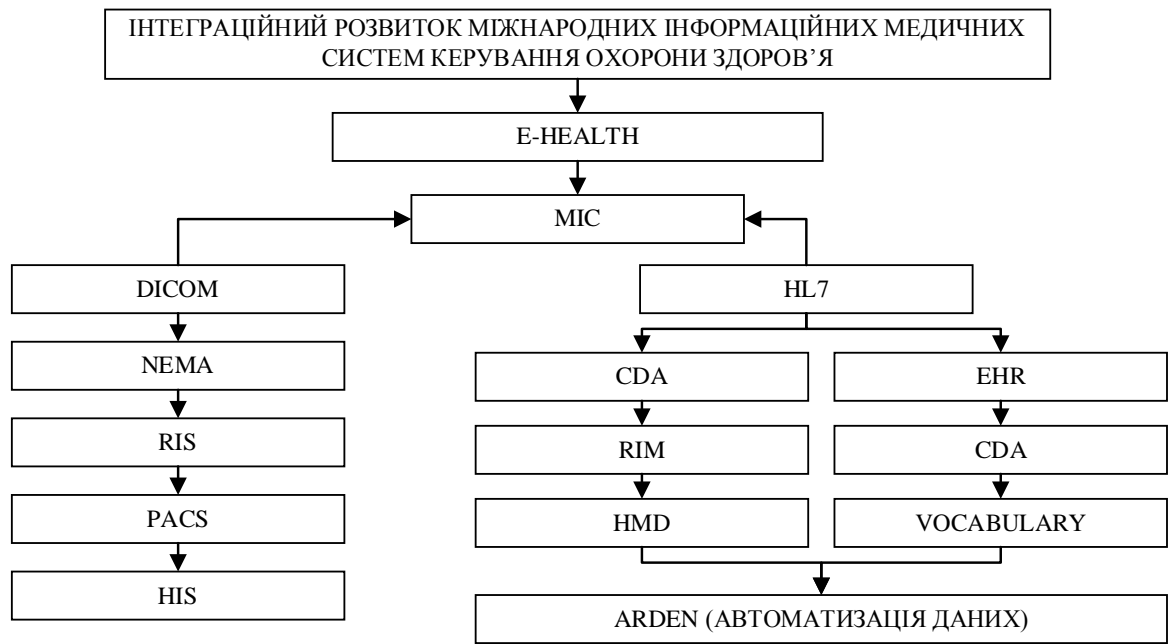


Рисунок 2.9 – Стандарти інтеграційного розвитку міжнародних інформаційних медичних системи керування охорони здоров'я [53, 54]

На рис. 2.9 представлені стандарти інтеграційного розвитку міжнародних інформаційних медичних системи керування охорони здоров'я. Відповідно до рис. 2.9, стандарт DICOM інтегрований з E-Health надасть змогу перетворювати статистичні дані, отримані після таких діагностик організму як: Рентген, МРТ, КТ, УЗД у візуальну анатомічну схему (3D-модель) [53, 54]. Стандарт HL7 інтегрований з E-Health надасть змогу в обміні, управлінні та інтеграції електронної медичної інформації з клінічними та адміністративними потоками задіяні у одну мережу охорони здоров'я для реагування на фактори ризику для населення України.

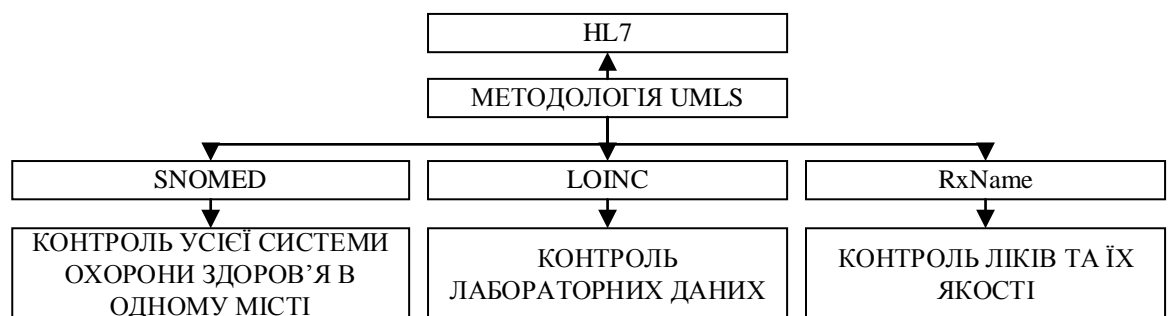


Рисунок 2.10 – Основні складові та функціонал стандарту HL7 [53, 54]

На рис. 2.10 представлена сутність стандарту HL7, слід зауважити, що стандарт HL7 ділиться на наступні блоки: а) SNOMED – блок контролю за усіма компонентами системи керуванням охороною здоров'я; б) LOINC – блок контролю за лабораторними даними, обігом, контролю показників, ефективності роботи підрозділів та звітування МОЗ про загальний стан здоров'я населення; в) RxName – блок контролю за обігом ліків, контроль підробок, фармацевтичних компаній та аптек, їх доброчесності тощо [53, 54].

Розглянемо окремо компонент SNOMED, який складається із 11 осей, або координат контролю системи охорони здоров'я, які можуть контролювати усю систему охорони здоров'я поєднану з МІС та Е-HEALTH (див. табл. 2.11).

Таблиця 2.11 - Найменування координат компоненту SNOMED стандарту HL7 керування медичними закладами [53, 54]

№ з/п	Найменування координат	За що відповідає координата?	З яким типом систем буде виконуватися інтеграція?
1	2	3	4
1	Т (топографія)	Анатомічна термінологія	МІС, Е-HEALTH, ДІА
2	М (морфологія)	Клітки, тканини, органи та інші макро і мікроелементи організму людини	МІС, Е-HEALTH, ДІА
3	L (обпекти живого походження)	Тип живого організму (бактерія, вірус тощо)	МІС, Е-HEALTH, ДІА
4	С (хімія)	Хімія, ліки, лікувальні компоненти, хімічні протипоказання	МІС, Е-HEALTH, ДІА
5	F (функції)	Ознаки та симптоми захворювання	МІС, Е-HEALTH, ДІА
6	J (род діяльності)	Род діяльності лікаря, класифікація діяльності	МІС, Е-HEALTH, ДІА
7	D (діагностичні терміни)	Довідники з методиками та термінами вузько направленої діагностики	МІС, Е-HEALTH, ДІА
8	P (процедури)	Адміністративні, діагностичні і терапевтичні структури та методики	МІС, Е-HEALTH, ДІА
9	A (фізичні прилади)	Прилади та діагностичне обладнання пов'язане з лікувальною діяльністю, хворобами)	МІС, Е-HEALTH, ДІА
10	S (соціальний контекст)	Соціальні умови та існуючі ділові відношення у медицині)	МІС, Е-HEALTH, ДІА
11	G (загальне)	Зв'язок з усіма елементами та визначеннями та їх зазначеннями	МІС, Е-HEALTH, ДІА



Для реалізації механізмів та стандартів роботи системи управління медичною інфраструктурою на рис. 2.8– 2.10 та у табл. 2.11, необхідно знизити можливі ризики вказані на рис. 2.11 з основними загрозами безпеки на етапі реалізації системи електронного здоров'я «E-health».

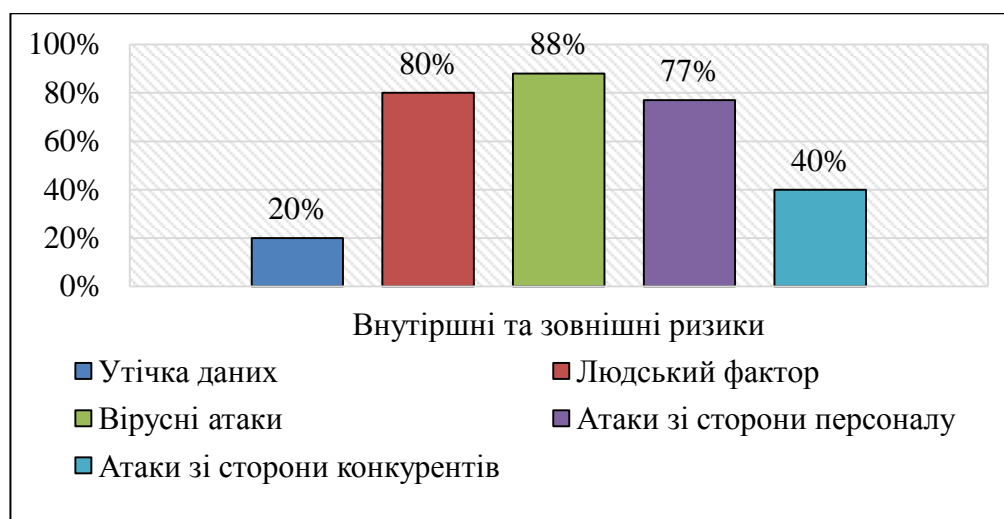


Рисунок 2.11 – Основні загрози безпеки на етапі реалізації системи електронного здоров'я «E-health» [53, 54]

Відповідно до даних рис. 2.7 з основними загрозами безпеки на етапі реалізації системи електронного здоров'я E-health, можна виділити великий відсоток порушення безпеки та цілісності системи електронного здоров'я через вірусні атаки, атаки зі сторони персоналу через власну вигода та загалом через людський фактор.

Тому для збереження привабливості даних пацієнта та конкретної інфраструктури доцільно впровадити механізми та системи захисту обігу електронного документообороту та системи подвійного шифрування даних.

Реалізація даних механізмів захисту дозволять впровадити систему телемедицині, яка покращить основні медичні процеси та процеси обслуговування пацієнтів.

На рис. 2.12 представлена схема функціонування телемедицини після впровадження міжнародних стандартів HL7 та DICOM.

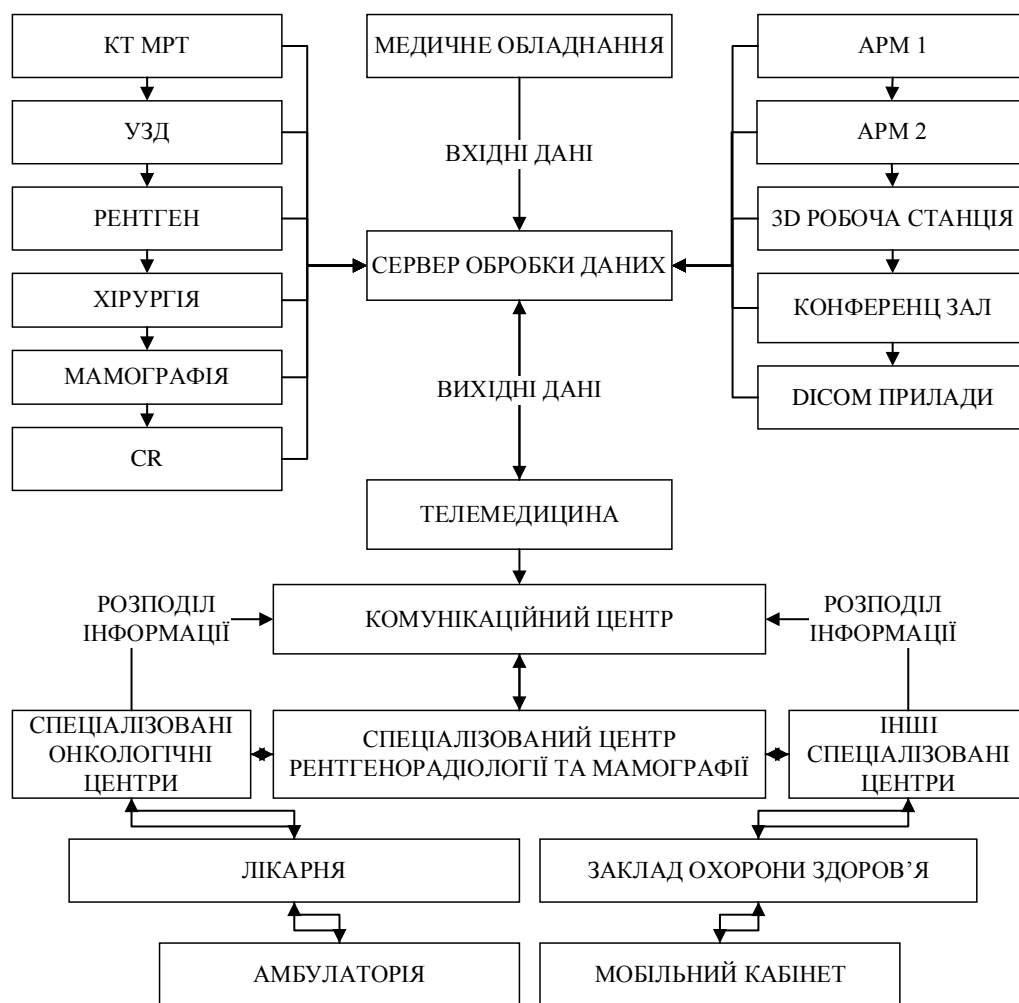


Рисунок 2.12 – Функціонування телемедицини після впровадження міжнародних стандартів HL7 та DICOM [53, 54]

Відповідно до рис. 2.12, розвиток ключових послуг та варіантів обслуговування пацієнтів після впровадження телемедицини та її вплив на покращення системи надання медичної допомоги у м. Запоріжжя та в Україні загалом:

- а) покращення дистанційної діагностики шляхом:
  - 1) постановки первинного діагнозу дистанційно, з використанням оператора фахівця немедичною спеціалізації або персоналу низької кваліфікації;
  - 2) підтвердження первинного діагнозу більш досвідченим фахівцем, або профільним фахівцем;
- б) покращення дистанційного консультування шляхом:

- 1) підтвердження діагнозу профільним медичним центром, призначення і корекція лікування, підтвердження показань до госпіталізації;
- 2) отримання пацієнтом консультації фахівця своєї клініки, своєї країни, на рідній мові;
- 3) проведення передопераційного обстеження в місцевому медичному центрі під керівництвом фахівця центрального профільного медичного центру;
- в) покращення якості віддаленого моніторингу за пацієнтом шляхом:
  - 1) дистанційного моніторингу стану хворого в післяопераційний період або в період реабілітації;
  - 2) впровадження домашньої телемедицини;
  - 3) первинний прийом, постановка діагнозу, спостереження хворого без виїзду на виклик;
- г) зниження ризиків після катастроф шляхом:
  - 1) надання кваліфікованої медичної допомоги в місцях НС, сортування пацієнтів, оцінка тяжкості ураження в жорстких тимчасових умовах з непідготовленого місця;
- д) покращення та розробка методів дистанційного оперування шляхом:
  - 1) дистанційного проведення хірургічних операцій хірургом високої кваліфікації;
- е) покращення дистанційного навчання персоналу (лікарів) шляхом:
  - 1) підвищення кваліфікації та навчання медичного персоналу;
- ж) покращення для пацієнтів шляхом:
  - 1) максимально оперативної медичної допомоги;
  - 2) онлайн консультації лікарів вищої кваліфікації;
  - 3) проведення консиліумів з отриманням альтернативних думок;
  - 4) мінімізація ризиків інфікування;
  - 5) економія часу та грошей;

- 3) підвищення ефективності та якості лікування шляхом:
  - 1) прискорення передачі інформації про результати обстежень між різними спеціалізованими ЗОЗ без транспортування хворого (особливо у критичних випадках);
  - 2) проведення дистанційних (телемедичних) консультацій вузькими спеціалістами у територіально віддалених медичних установах;
  - 3) проведення лікарських консилиумів (телеконференцій) з фахівцями лікувальних закладів незалежно від місця їх розташування;
  - 4) зменшення термінів обстеження пацієнтів.
- и) покращення для медичних працівників шляхом:
  - 1) економії часу за рахунок використання шаблонів електронного документообігу;
  - 2) отримання інформації щодо динаміки стану пацієнта;
  - 3) можливість дистанційно приймати участь у обговоренні клінічних випадків, проводити консилиум та приймати рішення щодо лікування при територіальній віддаленості один від одного та від пацієнта;
  - 4) цілодобовий доступ до архівів у текстовому, аудіо- та відео-форматах (знімки, записи, результати досліджень та оглядів);
  - 5) навчання та обмін досвідом між лікарями різних лікувальних закладів країни та зарубіжжя шляхом проведення онлайн-конференцій;
- к) покращення для ЗОЗ шляхом:
  - 1) підвищення ефективності роботи медичного персоналу;
  - 2) оптимізація взаємодії служб медичних закладів;
  - 3) оптимізація кількості медичних працівників та моніторинг їх роботи;
  - 4) зберігання інформації у електронному вигляді в сучасних, компактних формах відповідно до міжнародних і національних стандартів. Таким чином, реалізація стандартів HL7 та DICOM для розвитку інформаційної телемедицини є доцільними та ефективними для впровадження

у Запорізькій області та в Україні загалом, з метою покращення якості та швидкості надання медичної допомоги.

### 2.3 Дослідження ефективності первинної медичної допомоги у м. Запоріжжя

Досліджуючи ефективність первинної медичної допомоги у Запорізькій області доцільно розглянути теперішній стан ефективності медичної допомоги за наступними ознаками:

- а) кількість місць надання ПМД у Запорізькій області більш, ніж 388;
- б) кількість лікарів, які надають ПМД у Запорізькій області більш, ніж 1154;

На рис. 2.13 представлені дані з кількістю декларацій з лікарями ПМД у Запорізькій області у 2021 році.

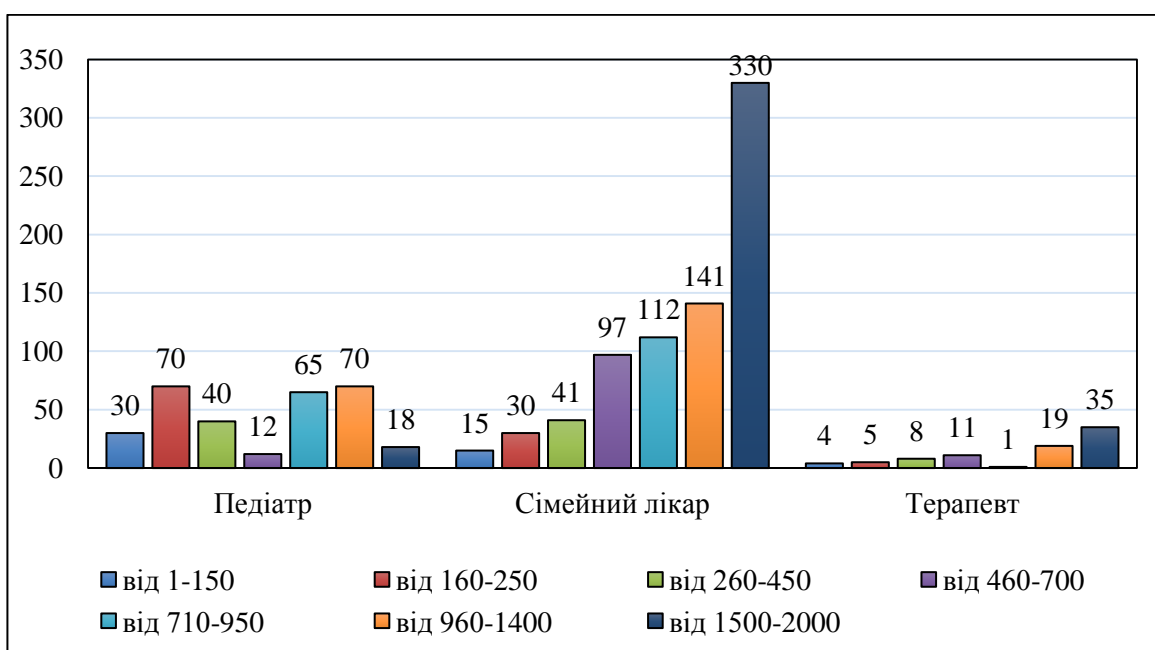


Рисунок 2.13 – Кількість декларацій у лікарів ПМД у Запорізькій області у 2021 році, од.[55]

в) Зображена структура та кількість пацієнтів, які отримують послуги ПМД у лікаря на рис. 2.13 є наступною:

1) педіатр має середній ліміт на 900 декларацій з пацієнтами, однак, перевищення ліміту є у 65 педіатрів у діапазоні до 950 декларацій, 70 спеціалістів - до 1400, 18 - у діапазоні до 2000, а загальна кількість пацієнтів (підписаних декларацій) на категорію «педіатр» у Запорізькій області становить 122,5 тис. осіб;

2) сімейний лікар має середній ліміт на 1800 декларацій, однак, перевищення ліміту мають 330 сімейних лікарів у діапазоні до 2000, а загальна кількість пацієнтів (декларацій) на категорію «сімейний лікар» у Запорізькій області становить 246,75 тис. осіб

3) терапевт має середній ліміт на 2000 декларацій, однак, перевищення ліміту мають 35 терапевтів у діапазоні більше 2000, а загальна кількість пацієнтів на категорію «терапевт» у Запорізькій області становить 33,25 тис. осіб.

Загальна кількість пацієнтів ПМД у Запорізькій області становить 402,5 тис. осіб, з загальної кількості населення Запорізької області 1,66 млн. осіб. Це дає змогу зробити висновок, про недостатнє зростання ПМД і складає 24,15% пацієнтів з деклараціями від загального населення Запорізької області [55]. Однак, може бути пов'язано з малою кількістю сімейних лікарів, терапевтів, педіатрів та низькою обізнаністю потенційних пацієнтів (населення).

На рис. 2.14 представлена кількістю організацій-подавачів (ЗОЗ) заявок на підписання договору із НСЗУ на надавання ПМД у Запорізькій області з 2019 по 2021 рік.

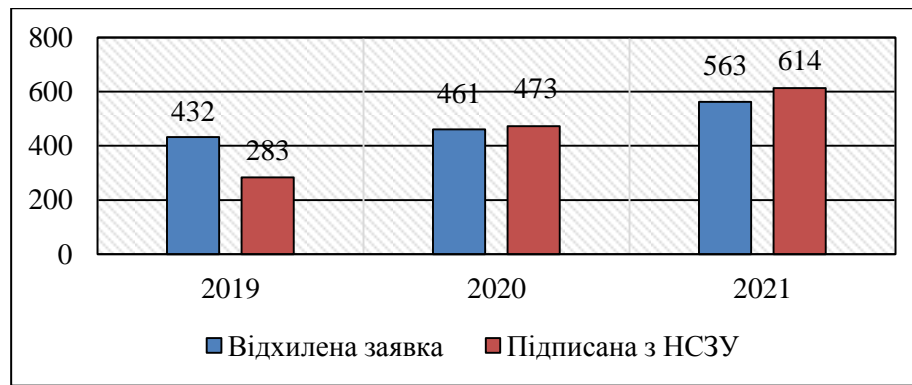


Рисунок 2.14 – Кількість подавачів (постачальників послуг ПМД) заявок на заключення договору до НСЗУ у Запорізькій області з 2019 по 2021 рр., од. [55]

Відповідно до даних на рис. 2.14, кількість підписних заяв НСЗУ підписання договору про надавання послуг ПМД збільшилась на 331 од. з 2019 по 2021 рр., одна, 563 постачальника ПМД досі знаходяться на етапі відхилення заявки через невідповідність вимогам НСЗУ.

Розглянемо рис. 2.15 з аналізом виконаних електронних направлень за ПМД у Запорізькій області у 2020-2021рр.

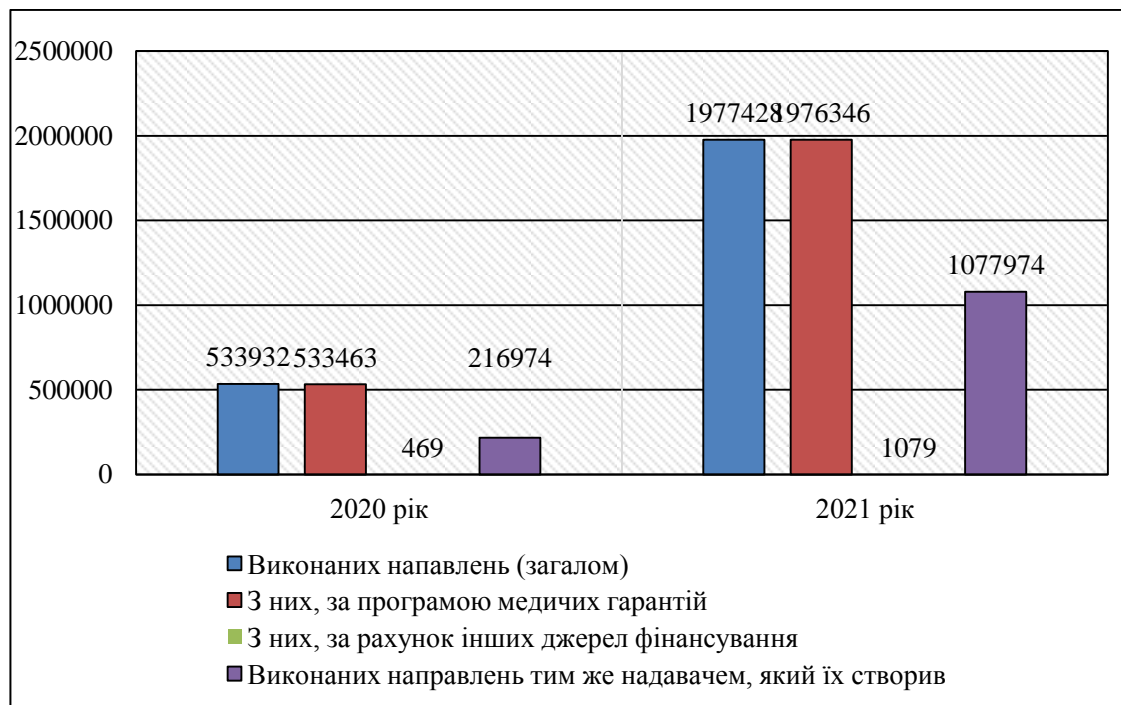


Рисунок 2.15 – Аналіз виконаних електронних направлень за ПМД у Запорізькій області у 2020-2021 рр., од.[55]

Відповідно до даних на рис. 2.15, у 2021 року відбулось збільшення кількості виконаних направлень у порівнянні з 2020 р. на 1,44 млн або 27%, з них, 1,44 млн. за програмою медичних гарантій.

Це вказує на ефективність функціонування СОЗ та ПМД після старту програми медичних гарантій та впровадження інформаційної системи «E-health».

Розглянемо рис. 2.16 з розподілом направлень за типом виконаних декларацій за програмою медичних гарантій та пріоритетом їх виконання у Запорізькій області у 2020-2021 рр.

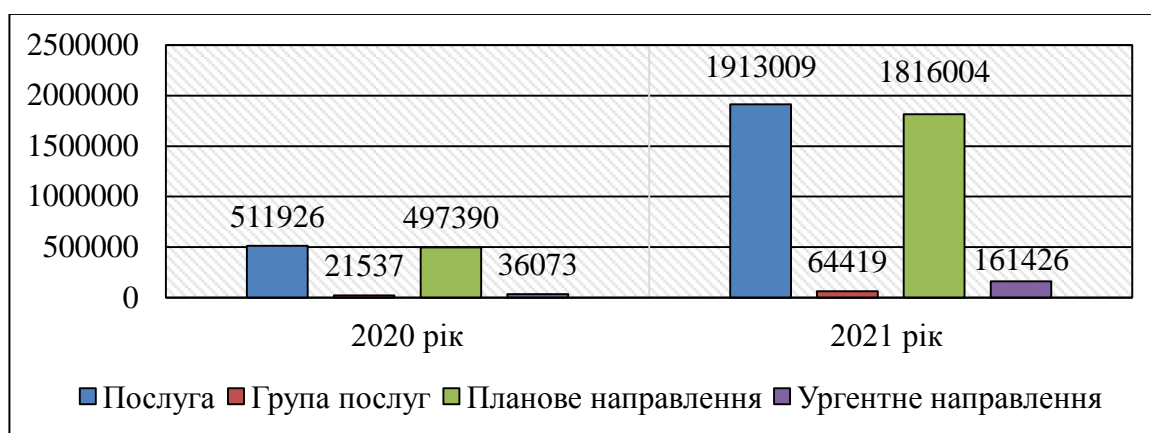


Рисунок 2.16 – Розподіл направлень за типом виконаних декларацій за програмою медичних гарантій та пріоритетом їх виконання у Запорізькій області у 2020-2021 рр., од. [55]

Відповідно до даних рис. 2.16, у порівнянні з 2020 р. у 2021 р. відбулось збільшення виконуваних послуг на 1,40 млн. од. та кількість планових направлень на 1,31 млн. од.

Розглянемо рис. 2.17 з категоріями направлень виконаних за програмою медичних гарантій у Запорізькій області у 2020-2021 рр.



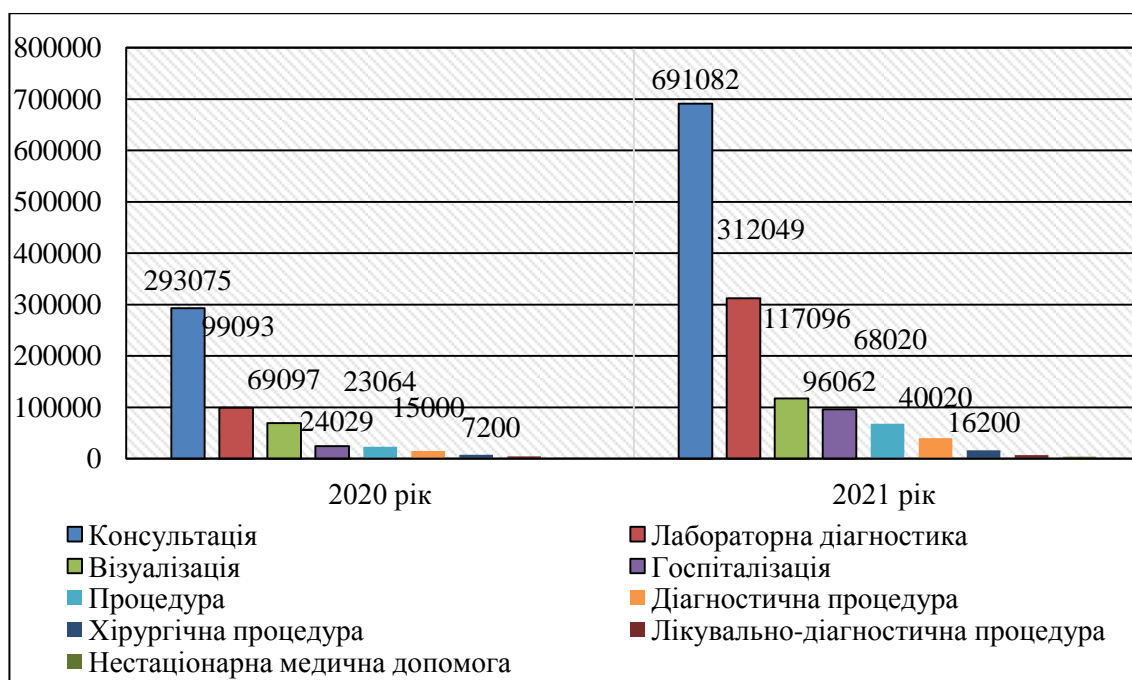


Рисунок 2.17 Категорії направлень виконаних за програмою медичних гарантій у Запорізькій області у 2020-2021 рр., од. [55]

Відповідно до даних рис. 2.17, майже всі відображені послуги за програмою медичних гарантій збільшили свою кількість обслуговування пацієнтів на 42,12%.

Що стосується покриття аптеками-учасницями програми реімбурсації лікарських засобів («Доступні ліки») мережі ПМД, то:

- кількість відділень першої медичної допомоги більш, ніж 388 ;
- кількість аптек підписантів більш, ніж 227;
- класифікація місць надання ПМД за кількістю декларацій більш, ніж 1,4 млн. декларацій у Запорізькій обл. [55];

Підводячи підсумки, ефективність надавання послуг первинної медицини у 2021 р. збільшилась на 27%, кількість надання послуг за програмою медичних гарантій збільшилась на 42,12% у порівнянні з 2020 р.

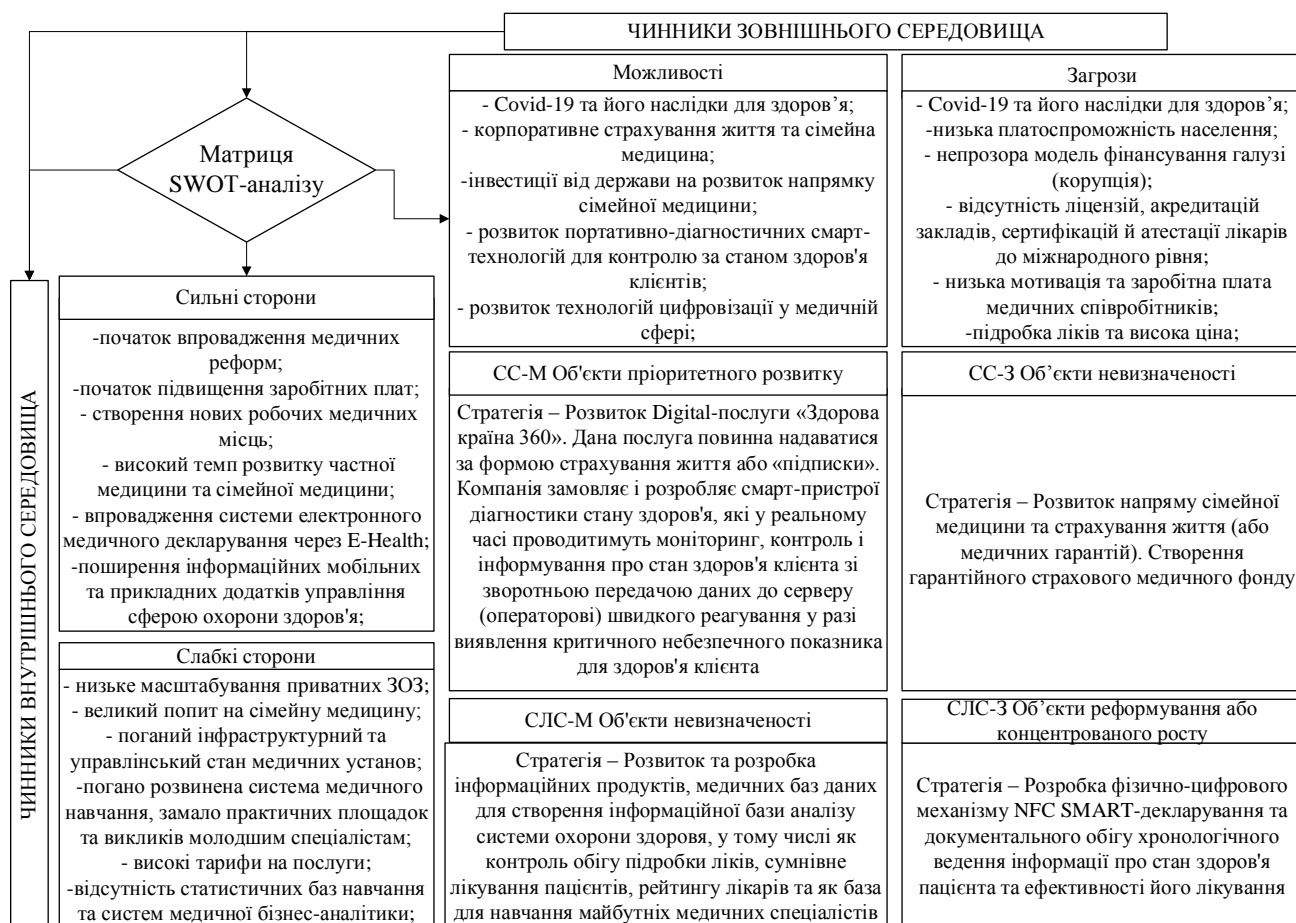


Рисунок 2.18 – Матриця SWOT-аналізу стратегічного розвитку та реформування системи охорони здоров'я [56]

Для визначення напрямків підвищення ефективності медичної допомоги, нами був досліджений минулий та теперішній стан сектору охорони здоров'я України та окремо Запорізької області, що дало змогу сформулювати рис. 2.19 з матрицею SWOT-аналізу стратегічного розвитку та реформування системи охорони здоров'я. Аналізуючи SWOT-матрицю стратегічного розвитку та реформування системи охорони здоров'я (рис. 2.19) були розглянуті: сильні та слабкі сторони компанії, її можливості та загрози, виділено стратегічно важливі аспекти внутрішнього та зовнішнього ринкового середовища. До головних сильних сторін системи охорони здоров'я віднесемо:

а) початок впровадження медичних реформ; б) початок підвищення заробітних плат; в) створення нових робочих медичних місць; г) високий темп розвитку приватної медицини та сімейної медицини; д) впровадження

системи електронного медичного декларування E-Health; е) поширення інформаційних мобільних та прикладних додатків управління сферою охорони здоров'я. До головних слабких сторін віднесемо: а) низьке масштабування приватних ЗОЗ; б) великий попит на сімейну медицину; в) поганий інфраструктурний та управлінський стан медичних установ; г) погано розвинена система медичного навчання, замало практичних площадок та викликів молодшим спеціалістам; д) високі тарифи на послуги; е) відсутність статистичних баз навчання та систем медичної бізнес-аналітики. До головних загроз віднесемо: а) низька платоспроможність населення; б) непрозора модель фінансування галузі (корупція); в) відсутність ліцензій, акредитацій закладів, сертифікацій й атестації лікарів до міжнародного рівня; г) низька мотивація та заробітна плата медичних співробітників; д) підробка ліків та висока ціна; е) COVID-19 та його наслідки для здоров'я. До можливостей віднесемо: а) COVID-19 та його наслідки для здоров'я; корпоративне страхування життя та сімейна медицина; б) інвестиції від держави на розвиток напрямку сімейної медицини; в) розвиток портативно-діагностичних смарт-технологій для контролю за станом здоров'я клієнт г) розвиток технологій цифровізації у медичній сфері.

Розглянувши основні сильні та слабкі сторони, можливості та загрози для стратегічного розвитку та реформування системи охорони здоров'я, було визначено головні напрямки стратегій довгострокового розвитку системи охорони здоров'я (рис. 2.18).

1. Стратегія «Сегмент СС-М» - довгостроковий проект розвитку Digital-послуги «Здорова країна 360». Дана послуга повинна надаватися за формою страхування життя або «підписки». Постачальник замовляє і розробляє смарт-пристрої діагностики стану здоров'я, які у реальному часі проводитимуть моніторинг, контроль та інформування про стан здоров'я клієнта зі зворотною передаючою даних до серверу (операторові) швидкого реагування у разі виявлення критичного небезпечного показника для здоров'я

клієнта.

2. Стратегія «Сегмент СС-3» - Розвиток напряму сімейної медицини та страхування життя (або медичних гарантій). Створення гарантійного страхового медичного фонду.

3. Стратегія «Сегмент СЛС-М» - проект розвитку та розробки інформаційних продуктів, медичних баз даних для створення інформаційної бази аналізу системи охорони здоров'я, у тому числі як контроль обігу підробки ліків, сумнівне лікування пацієнтів, рейтингу лікарів та як база для навчання майбутніх медичних спеціалістів.

4. Стратегія «Сегмент СЛ-3» - проект розвитку та розробки фізично-цифрового механізму NFC SMART-декларування та документального обігу хронологічного ведення інформації про стан здоров'я пацієнта та ефективності його лікування.

Таким чином, в результаті проведеного SWOT-аналізу було визначено чотири напрямки стратегічного розвитку не лише ПМД, а й системи охорони здоров'я України в цілому, реалізація яких може мати велике практичне значення та залучені до реформування системи охорони здоров'я у напрямку цифровізації для підвищення рівня конкурентоспроможності медицини серед держав світу.

### РОЗДІЛ 3

## ШЛЯХИ ПОКРАЩЕННЯ СИСТЕМИ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У ЗАПОРІЗЬКІЙ ОБЛАСТІ

### 3.1 Закордонний досвід функціонування охорони здоров'я

Закордонний досвід функціонування охорони здоров'я налічує велику кількість історичних реформувань в країнах світу, для дослідження нами були обрані країни: США, Канада, Німеччина. Даний вибір обумовлений рівнем рівнем політичного розвитку, соціальної безпеки населення та системи охорони здоров'я. Розглянемо досвід даних країн та виокремимо можливі потенційні напрямки майбутнього реформування та розвитку функціонування системи охороно здоров'я України.

На рис. 3.1 – 3.7, представлені дані з основними параметрами для аналізу стану охорони здоров'я обраних країн світу за 2021 рік. Показники ВВП обраних країн світу за 2020 рік представлені у табл. 3.1.

Таблиця 3.1

Обсяг ВВП обраних країн світу за 2020 р. [57, 58, 59]

№ з/п	Країна	Одиниця виміру	Показник
1	Україна	млрд. дол. США	155,600
2	Німеччина	трлн. Дол. США	3,806
3	Канада	трлн. Дол. США	1,643
4	США	трлн. Дол. США	20,940

Отримані дані у табл. 3.1 свідчать про те, що США має найвищий показником ВВП, це обумовлює, що й витрати на СОЗ є більшими у порівнянні з іншими країнами світу.

Рівень обсягу ВВП у Німеччині, Канаді та Україні обумовлений, у першу чергу, меншою кількістю населення, від чого відповідно, є меншими витратами на СОЗ.

На рис. 3.1 представлені дані про відсоток витрат на СОЗ від загальної

суми ВВП обраних країн світу у 2020 р.

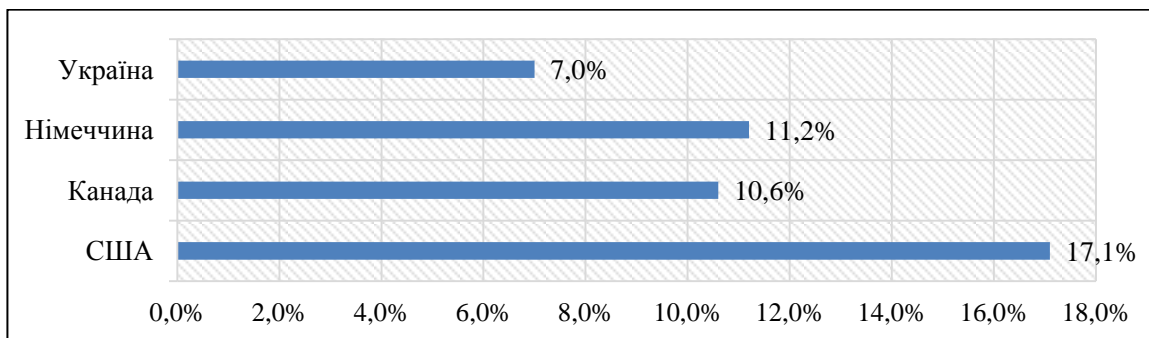


Рисунок 3.1 – Відсоток витрат на CO<sub>2</sub> від загальної суми ВВП в обраних країнах світу у 2020 р. [57, 58, 59]

Відповідно до отриманих результатів на рис 3.1, найбільший відсоток витрат на CO<sub>2</sub> є у США, це обумовлено великою кількістю населення країни та більш ніж 85% страхуванням життя населення. Однак, якщо порівнювати населення інших обраних країни таких як Німеччина та Канада, можна зробити висновок, що дані країни приділяють велику увагу питанню страхування кожної людини.

На рис. 3.2 представлені дані про кількість населення в обраних країнах у 2020 р.

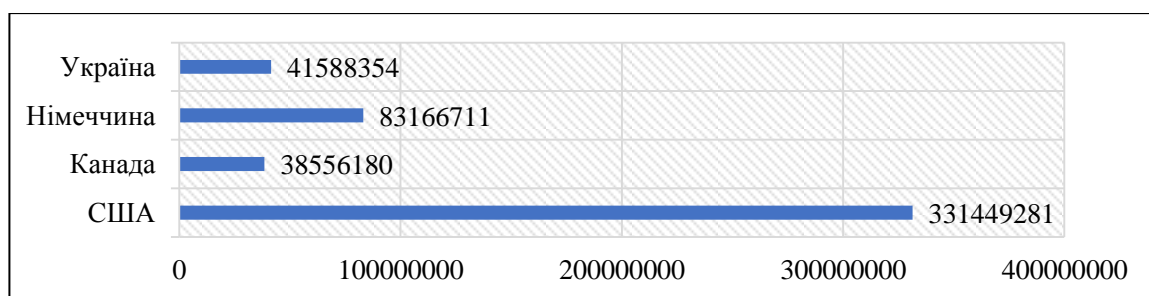


Рисунок 3.2 – Кількість населення в обраних країнах світу у 2020 р., осіб[57, 58, 59]

Аналізуючи отримані дані на рис 3.2 можна зробити висновок, що найбільша кількість населення у США, найменша у Канаді. Слід зауважити, що чим більша кількість населення у країні, тим вищий ступінь ризику та більша кількість постраждалих при масових епідеміях. У випадку із США, їх

СОЗ змогла гідно протидіяти COVID-19 завдяки великій кількості медичних працівників, яка налічує більш, ніж 985 тис. осіб (див. рис. 3.6). На рис. 3.3 представлені дані про тривалість життя населення в обраних країнах світу у 2020 р.



Рисунок 3.3 – Тривалість життя населення в обраних країнах у 2020 р., років [57, 58, 59]

Наведені дані на рис 3.3 вказують на те, що середня найбільша тривалість життя населення у 2020 р. у Канаді та Німеччині, що вказує на вищий рівень розвитку та функціонування СОЗ, на відміну від України, яка, на жаль, має найменший показник – 68 років. Також слід зауважити, що на термін життя населення впливає не лише рівень розвитку СОЗ, а також рівень фінансової спроможності населення, рівень соціальної та екологічної безпеки населення.

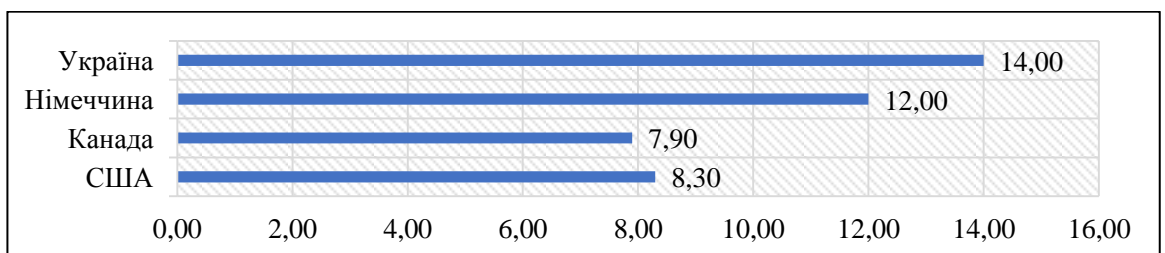


Рисунок 3.4 – Кількість смертей на кожну 1000 осіб наявного населення в обраних країнах у 2020 р., од. [57, 58, 59]

Наведені дані на рис 3.4 свідчать про те, що найбільша кількість смертей на кожну 1000 осіб наявного населення налічується в Україні. Найменший показник має Канада та США, що свідчить про більш ефективну СОЗ, вищий рівень медичної, соціальної та фінансової захищеності населення.

На рис. 3.5 представлені дані про обсяг витрат на медицину на 1 особу населення в обраних країнах у 2020 р.

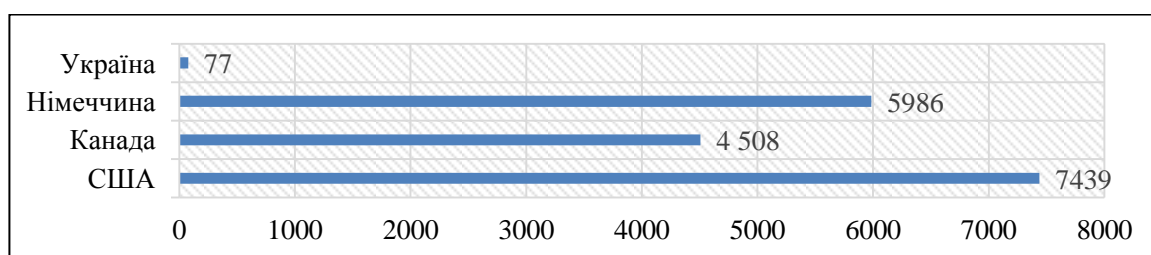


Рисунок 3.5 – Витрати на медицину на 1 особу в обраних країнах у 2020 р., \$ [57, 58, 59]

Аналізуючи рис 3.5 можна зробити висновок, що найбільшу кількість грошей на медицину витрачають США, на 1 особу населення припадає 7439\$ у рік, включаючи страхувальний поліс. Майже однаковий рівень витрат на медицину мають Німеччина та Канада, в обох країнах присутні системи страхування, державного фінансування, але населення оподатковується великим відсотком. Що стосується СОЗ України, то у порівнянні із іншими країнами, витрати на медицину 77\$ на 1 особу є вкрай замалими, та не дозволяють населенню отримати безкоштовну медичну допомогу на належному рівні.

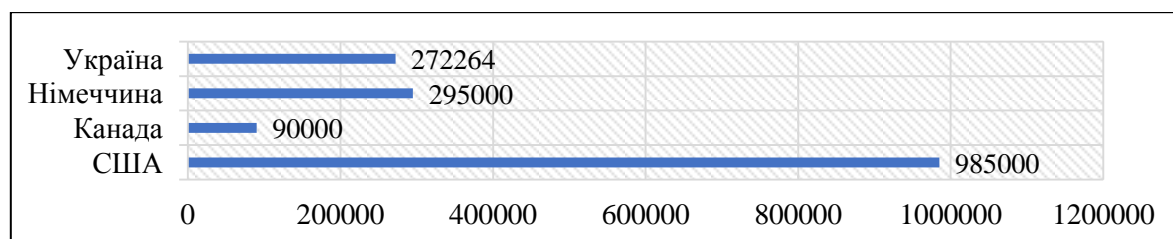


Рисунок 3.6 – Кількість лікарів та медичних співробітників в обраних країнах світу у 2020 р., осіб [57, 58, 59]



На рис. 3.6 представлені дані про кількість лікарів та медичних співробітників у обраних країнах у 2020 році, на основі яких можна зробити висновок, що у найбільша кількість лікарів та медичних працівників у США, що обумовлено, у першу чергу, тим, що професія лікаря є однією з найбільш оплачуваних та популярних, у країні добре розвинена система економічного стимулювання та мотивації медичного персоналу.

Що стосується України та Німеччини, враховуючи співвідношення з кількістю населення, то забезпеченість населення медичним персоналом у Німеччині у порівнянні з Україною у два рази менша. Кількість лікарів у Канаді є критично меншою та потребує збільшення, наприклад, пацієнт якому потрібна медична допомога може очікувати своє черги від одної неділі до півтора місяці [57, 58, 59].

На рис. 3.7 представлені дані про навантаження на медичних робітників на кожному 1000 пацієнтів у обраних країнах світу у 2020 р.

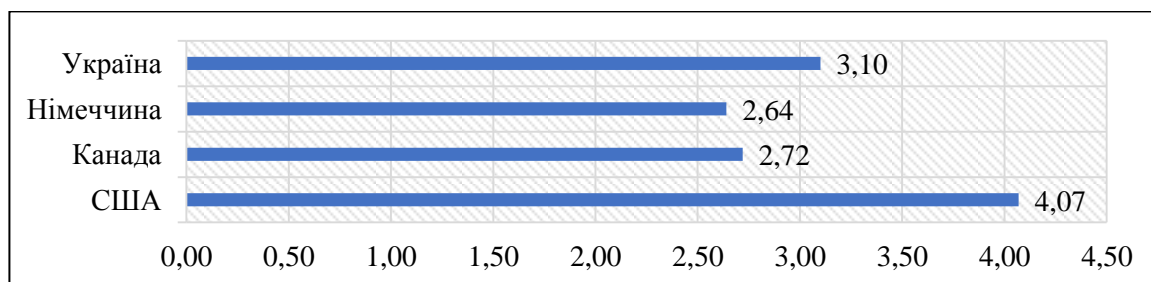


Рисунок 3.7 – Навантаження на медичних робітників на кожному 1000 пацієнтів у обраних країнах у 2020 р. [57, 58, 59]

Аналізуючи рис 3.7 можна зробити висновок, що найбільше навантаження на медичних робітників є у Канаді та Німеччині, найменше у США.

На основі отриманих даних у табл. 3.1 та рис. 3.1-3.7 було визначено ключові показники, за допомогою яких була проведена оцінка функціонування СОЗ у США, Канаді, Німеччині та Україні, та визначені особливості (див. табл. 3.2). Шкала оцінювання: «+» - 1 бал; «-» - 0 балів.

Таблиця 3.2

Характеристика системи охорони здоров'я у США, Канади, Німеччини та Україні [57, 58, 59]

№	Найменування показника	США	Канада	Німеччина	Україна
1	2	3	4	5	6
1	Фінансування				
1.1	За рахунок держави	+	+	+	+
1.2	Приватні прибуткові клініки з формуванням власного капіталу	+	+	+	+
1.3	Приватні неприбуткові клініки з відсутнім наявним капіталом, благодійні внески	+	+	+	-
2	Тип лікарень				
2.1	Державні	+	+	+	+
2.2	Приватні прибуткові	+	+	+	+
2.3	Приватні неприбуткові	+	+	+	+
2.4	Університетські клініки	+	+	+	-
3	Тип медичної допомоги				
3.1	Первинна допомога «Сімейна медицина»	+	+	+	+
3.2	Вторинна медична допомога	+	+	+	+
3.3	Третинна медична допомога	+	+	+	+
4	Структура медичної інфраструктури				
4.1	Державні діагностичні центри	+	+	+	+
4.2	Приватні діагностичні центри	+	+	+	+
4.2	Служби амбулаторної допомоги	+	+	+	+
4.3	Служби невідкладної допомоги	+	+	+	+
4.4	Загальне стаціонарне обслуговування	+	+	+	+
4.5	Спеціалізоване стаціонарне обслуговування	+	+	+	+
4.6	Приватні лабораторії	+	+	+	+
4.7	Державні лабораторії	+	+	+	+
4.8	Університетські та державні дослідницькі центри	+	+	+	-
5	Тип державних послуг/приватно фондкових послуг				
5.1	Страховання життя загальне	+	+	+	-
5.2	Страховання життя (виробничий поліс)	+	+	+	-
5.3	Страховання від нещасних випадків	+	+	+	-
5.4	Пенсійне страхування або пацієнтам 60+	+	+	+	-
5.5	Страховання по безробіттю.	+	+	+	-
6	Тип ідентифікації клієнта				
6.1	Електронна картка клієнта	+	+	+	+
6.2	Страхова картка клієнта	+	+	+	-
7	Недоліки системи охорони здоров'я				
7.1	Нестача медичного персоналу	-	+	-	-
7.2	Через нестачу медичного персоналу багато шахраїв	+	-	-	-

## Продовження табл. 3.2

1	2	3	4	5	6
7.3	Високі ціни на лікування	+	+	+	-
7.4	Завеликі черги	-	+	-	-
7.5	Дорогі ліки	+	+	+	-
7.6	Виписування ліків тільки за рецептом, що призводить до повторного звернення до лікаря	+	+	+	-
7.7	Корупція або непрозора система медичного фінансування	-	-	-	+

На основі отриманих результатів у табл. 3.2 була розрахована еталонна оцінка в 34 бали, в які входять наступні блоки оцінки результатів функціонування системи охорони здоров'я обраних країн: 1) фінансування; 2) тип лікарень; 3) тип медичної допомог; 4) структура медичної інфраструктури; 5) тип державних послуг/приватно фондкових послуг; 6) тип ідентифікації клієнта; 7) недоліки системи охорони здоров'я.

На рис. 3.8 представлені результати проведеного оцінювання у табл. 3.2.

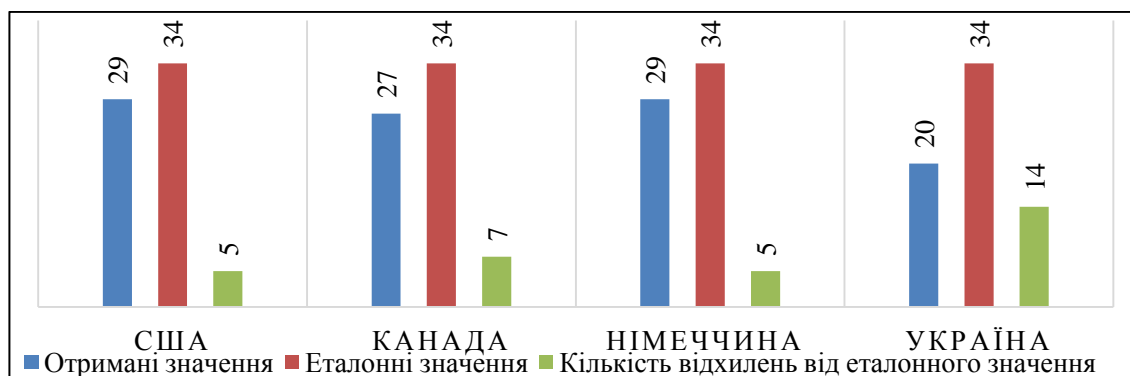


Рисунок 3.8 – Результати оцінки функціонування системи охорони здоров'я [57, 58, 59]

Аналізуючи результати оцінки функціонування системи охорони здоров'я на рис. 3.8, можна зробити висновок, що найбільшу кількість балів у порівнянні з еталонним значенням отримала СОЗ США (29 балів із 34), також було виявлено наступні відхилення: 1) велика кількість шахраїв серед лікарів, через велику популярність та прибутковості посади; 2) високі ціни на

лікування та страхування; 3) дорогі ліки; 4) виписування ліків по системі рецептів, тобто пацієнт не може самостійно придбати ліки та лікуватись у дома, якщо йому стало зле. Стільки ж балів, як і США має Німеччина, серед відхилень можна виділити тільки великі податки, які визначені СОЗ. Результат функціонування системи охорони здоров'я Канади дорівнює 27 балів з 34, відхилення у першу чергу пов'язане з нестачею медичного персоналу, що обумовлено великими чергами, коли пацієнт очікує свою чергу від 2 тижнів до 2 місяців. Україна отримала 20 балів із 34, СОЗ має найбільшу кількість відхилень: 1) відсутність приватних неприбуткових клінік з відсутнім наявним капіталом, благодійними внесками; 2) відсутність університетських багато профільних дослідницьких клінік; 3) відсутність державної та приватної послуги страхування життя (соціальних гарантій) на законодавчому рівні; 4) відсутність електронних медичних та страхових карт з інформацією про хронологію лікування пацієнта, яка б знизилася можливість уникнення повторних обстежень та відвідування лікарів не за специфікою захворювання; 5) корупція та непрозора система медичного фінансування, однак, з дану проблему намагаються побороти за допомогою реформування системи охорони здоров'я, Україна впроваджує прозору систему фінансування медицини, де діє принцип «гроші ходять за пацієнтом» (див. рис. 1.6). Це допоможе ліквідувати неефективні медичні заклади, якісно розвивати медичну інфраструктуру та заощаджувати бюджетні кошти.

Таким чином, на основі проведеного дослідження, визначених відхилень у функціонуванні СОЗ України у порівнянні із Німеччиною, Канадою та США, можна стверджувати про доцільність розгляду напрямків розвитку стратегії відповідно до розробленої раніше SWOT-матриці (рис. 2.18), розробку наступних концептів та проектів реформування системи медичного обслуговування:

1. Довгостроковий проект розвитку Digital-послуги «Здорова країна 360».
2. Розвиток напряму сімейної медицини та страхування життя (або

медичних гарантій). Створення гарантійного страхового медичного фонду.

3. Проект розвитку та розробки інформаційних продуктів, медичних баз даних для створення інформаційної бази аналізу системи охорони здоров'я, у тому числі як контроль обігу підробки ліків, сумнівне лікування пацієнтів, рейтингу лікарів та як база для навчання майбутніх медичних спеціалістів.

4. Проект розвитку та розробки фізично-цифрового механізму NFC SMART-декларування та документального обігу хронологічного ведення інформації про стан здоров'я пацієнта та ефективності його лікування.

У подальшому розроблені та впроваджені напрямки будуть фундаментом для залучення страхових компаній, зменшення кількості несумлінних лікарів та фармацевтичних компаній, аптек, які продають неефективними ліками, знизити шахрайство серед лікарів, перевести все населення на систему електронних карток з хронологію захворювань пацієнта, впровадити інформаційну систему діагностики пацієнта у реальному часі та створити онлайн-портал зі статистичними даними, які дозволять аналізувати рейтинг стану здоров'я населення України, аптек, лікарень, лікарів тощо.

### 3.2 Шлях системи надання медичних послуг на пацієнт-орієнтованість через цифровізацію

На шляху створення ідеальної цифрової пацієнт-орієнтовної системи надання медичних послуг приділяється багато уваги на те, як саме функціонує система надання медичних послуг до реформування, після реформування та яка вона повинна бути у майбутньому. Тому, розглянемо наступні моделі створення цінності з надання медичних послуг пацієнтам шляхом аналітичного модулювання.

Сформуємо першу концепцію створення цінності пацієнту у державних/комунальних ЗОЗ у модель «GOVERNMENT BEFORE» до

реформування системи охорони здоров'я, див. рис. 3.9.

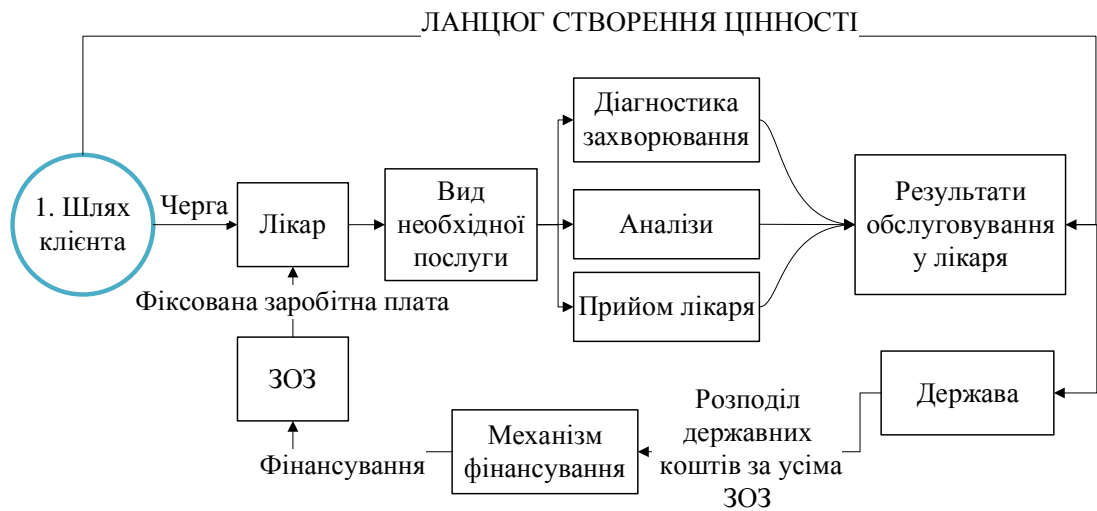


Рисунок 3.9 – Модель «GOVERNMENT BEFORE» створення цінності пацієнту у державних/комунальних ЗОЗ [60]

Розглядаючи модель «GOVERNMENT BEFORE» створення цінності пацієнту у ЗОЗ на рис. 3.9 можна виділити наступні кроки функціонування даної моделі:

а) пацієнту завжди було потрібно приходити до державного/комунального ЗОЗ, щоб стати у живу чергу на прийом до лікаря або за неділю зробити запис до вузько направленого спеціаліста, все це свідчило про неавтоматизовану систему керівництва лікарнями, непрозору систему мотивації та відсутність належного фінансування з державного бюджету;

б) після прийому/діагностики здоров'я у лікаря, пацієнтові виписували напрямок до іншого вузького спеціаліста, тому пункт 1 про запис до вузького спеціаліста тривав ще стільки ж часу, а при ускладнених хворобах затрачений час міг бути критичним, бо пацієнтові був потрібен негайний огляд та лікування.

Сформуємо другу концепцію створення цінності пацієнту у державних/муніципальних ЗОЗ (некомерційних підприємствах) у модель

«GOVERNMENT «AS-IS» після реформування системи охорони здоров'я, див. рис. 3.10.

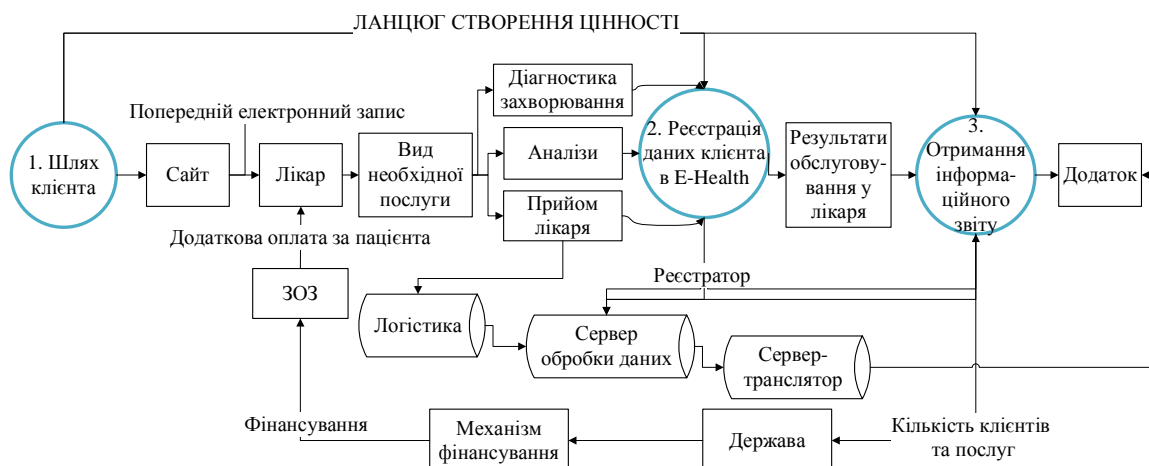


Рисунок 3.10 – Модель «GOVERNMENT «AS-IS» створення цінності пацієнту у державних/муніципальних ЗОЗ (некомерційних підприємствах) [60]

Розглядаючи модель «GOVERNMENT «AS-IS» створення цінності пацієнту у державних/муніципальних ЗОЗ (некомерційних підприємствах) після реформування на рис. 3.10, можна виділити наступні кроки функціонування даної моделі, а саме:

а) після процесу реформування системи охорони здоров'я, пацієнт має змогу оформити декларацію через систему «E-Health» з сімейним лікарем та отримувати базовий комплекс безоплатної діагностики здоров'я, у тому числі і здачі аналізів крові;

б) первинний та вторинний запис до лікаря виконується попередньо через систему базову CRM-систему (якщо вона є) клініки, інтегровану з E-Health, завдяки даній системі електронної черги, пацієнт може записатися на конкретний час до конкретного вузького спеціаліста, що насамперед не створює черг та зменшує ризик бути інфікованим COVID-19;

в) система фінансування також перетерпіла змін, тепер за кожним вузько направленим лікарем та сімейним лікарем закріплені пацієнти, кількість їх звернень, що дозволяє отримати підвищену заробітну плату та

мотивацію. На рис. 3.11 представлена третя концепція створення цінності пацієнту в приватному ЗОЗ у модель «PRIVATE AS-IS», вона ж є моделлю «GOVERNMENT SHOULD-BE», яка є наглядним прикладом майбутнього реформування системи охорони здоров'я.

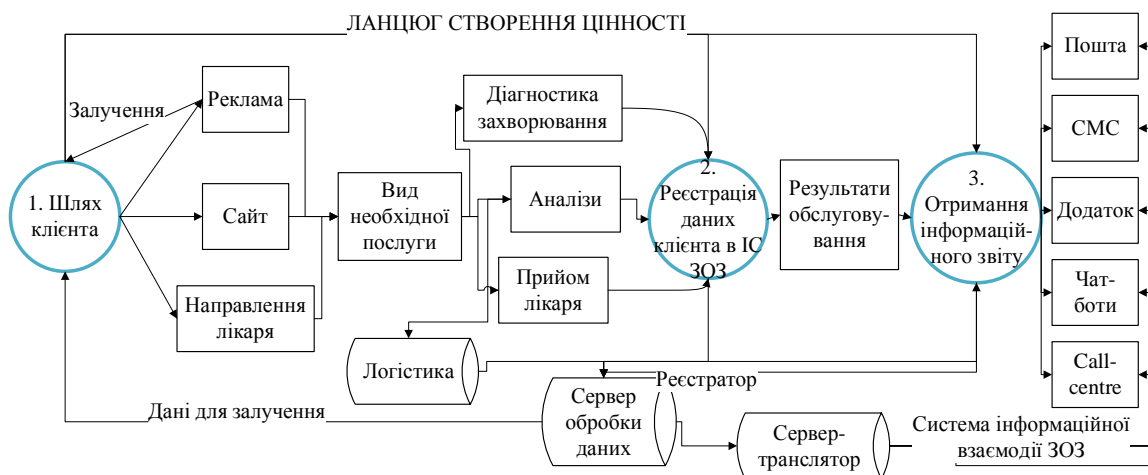


Рисунок 3.11– Модель «PRIVATE AS-IS» у приватному ЗОЗ та модель «GOVERNMENT SHOULD-BE» створення цінності пацієнту у майбутніх державних/муніципальних ЗОЗ (некомерційних підприємствах) [60]

Розглядаючи модель «PRIVATE AS-IS» вона ж є модель «GOVERNMENT SHOULD-BE», яка є наглядним прикладом реформування майбутньої системи охорони здоров'я. на рис. 3.11, можна виділити наступні кроки функціонування даної моделі, а саме: а) після процесу реформування системи охорони здоров'я, пацієнт має змогу оформити декларацію через систему E-Health з сімейним лікарем державного/комунального/приватного ЗОЗ (некомерційного підприємства) та отримувати базовий комплекс безоплатної діагностики здоров'я, у тому числі і задачі аналізів крові; б) первинний та вторинний запис до лікаря виконується попередньо через систему базову CRM-систему клініки інтегровану з E-Health, завдяки даній системі електронної черги, пацієнт може записатися на конкретний час до конкретного вузького спеціаліста що насамперед не створює черг та знижує ризик інфікування COVID-19; в) окрім цього, пацієнта регулярно інформують про його візит за допомогою електронних месенджерів та чат-



ботів, SMS-повідомленнями та дзвінками через систему Call-центру та зворотного дзвінка; г) слід зауважити, що сервіс приватних ЗОЗ набагато вищий, а ніж сервіс державних/муніципальних (некомерційних підприємств), це насамперед, стосується інфраструктурною особливістю (станом об'єкта), привітливий ресепшн (та персонал), швидкість прийому лікаря та менший затрачений час на діагностику та ефективне лікування; д) додатково, пацієнт має можливість подивитися у онлайн-додатку результати своїх аналізів та історію візиту, виписку з прийому у лікаря; е) система фінансування також перетерпіла змін, тепер за кожним вузько направленим лікарем та сімейним лікарем закріплені пацієнти, кількість їх звернень, що дозволяє отримати підвищену заробітну плату та мотивацію.

## ВИСНОВКИ І РЕКОМЕНДАЦІЇ

Була розглянута загальна характеристика стану СОЗ у м. Запоріжжя та Запорізькій області, демографічний стан населення, загальний кадровий стан забезпечення медичних установ, та визначено подальший потенціал E-Health для покращення системи надання медичної допомоги у м. Запоріжжя, саме:

- а) розглянута архітектура інформайно-медичної системи E-health;
- б) функціонал для закладів первинної медичної допомоги реалізованої провайдерами МІС;
- в) функціонал для закладів вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги реалізованої провайдерами МІС, ступінь готовності і інтеграції систем первинної та спеціалізованої допомоги різноманітними розробниками (провайдерами послуг) з E-health;
- г) сформовані кроки та вектори розвитку з гармонізації та доопрацювання системи електронного здоров'я E-health;
- в) досліджені стандарти телемедицини для інтеграційного розвитку міжнародних інформаційних медичних систем керування охороною здоров'я;
- д) визначені основні загрози безпеки на етапі реалізації системи електронного здоров'я E-health;
- е) розроблена схема функціонування телемедицини після впровадження міжнародних стандартів HL7 та DICOM.

Реалізація вище визначених пунктів є фундаментальною в розвитку електронного здоров'я за допомогою інструментів, систем та стандартів, що в свою чергу дозволить:

- а) покращити дистанційну діагностику;
- б) покращити дистанційне консультування;
- в) покращити віддалений моніторинг за пацієнтом;
- 4) знизити ризики після медичної катастрофи;
- 5) покращити та розробити методи дистанційного оперування;
- 6) покращити ефективність обслуговування пацієнтів та якості лікування;
- 7) покращити ефективність медичних установ та оптимізувати внутрішні процеси лікарів.

Досліджена:

- а) кількість лікарів виконання послуг першої медичної допомоги у Запорізькій області у 2021 році;
- б) кількість організацій-подавачів заяв до НСЗУ на укладання договорів на надавання ПМД у Запорізькій області з 2019 по 2021 рік;
- в) проаналізовано кількість виконаних

електронних направлень за первинною медичною допомогою у Запорізькій області за 2020 по 2021 рік; г) розглянуто розподіл направлень за типом, виконаних декларацій за програмою медичних гарантій та пріоритетом їх виконання у Запорізькій області з 2020 по 2021 рік, та виявлено, що з 2020 по 2021 рік майже усі відображені послуги за ПМГ збільшили кількість обслуговування пацієнтів на 42,12%.

Також, визначивши сильні та слабкі сторони СОЗ, її можливості та загрози, було виділено стратегічно важливі аспекти внутрішнього та зовнішнього ринкового середовища, були розроблені наступні стратегії розвитку системи охорони здоров'я, а саме:

а) стратегія «Сегмент СС-М» - довгостроковий проект розвитку Digital-послуги «Здорова країна 360». Дана послуга повинна надаватися за формою страхування життя або «підписки»;

б) стратегія «Сегмент СС-З» - розвиток напряму сімейної медицини та страхування життя (або медичних гарантій). Створення гарантійного страхового медичного фонду;

в) Стратегія «Сегмент СЛС-М» - проект розвитку та розробки інформаційних продуктів, медичних баз даних для створення інформаційної бази аналізу системи охорони здоров'я, у тому числі як контроль обігу підробки ліків, сумнівне лікування пацієнтів, рейтингу лікарів та як база для навчання майбутніх медичних спеціалістів;

г) Стратегія «Сегмент СЛ-З» - проект розвитку та розробки фізично-цифрового механізму NFC SMART-декларування та документального обігу хронологічного ведення інформації про стан здоров'я пацієнта та ефективності його лікування.

Таким чином, в результаті проведеного SWOT-аналізу було визначено чотири напрямки стратегічного розвитку СОЗ України, реалізація яких може мати велике практичне значення у реформуванні СОЗ у напрямку цифровізації.

## ПЕРЕЛІК ПОСИЛАНЬ

1. Федоронько Н. Аналіз ефективності експортних та імпортних операцій. Глобальні та національні проблеми економіки. 2016. №10. С. 120-124. URL: <http://global-national.in.ua/archive/10-2016/26.pdf> (дата звернення: 03.10.2022).
2. Фінансові результати McKesson Corporation: вебсайт. URL: <https://ru.tradingview.com/symbols/NYSE-MCK/financials-overview/> (дата звернення: 16.10.2022).
3. Шелепко С. Майбутнє Великої Фарми: розвиток світової фармацевтичної індустрії. Аптека Online. 2022. №30-31. URL: <https://www.apteka.ua/article/386883> (дата звернення: 20.09.2022).
4. Як обрати зарубіжного партнера: вебсайт. URL: <https://export.gov.ua/> дата звернення: 20.10.2022).
5. Дунська А. Р. Зовнішньоекономічна діяльність: теорія і практика: навч. посіб. К: Кондор, 2013. 688 с.
6. Дунська А. Р., Стоян С. С. Трансформація світової економіки під впливом пандемії COVID-19. Світове господарство і міжнародні економічні відносини. 2020. №48. URL: [http://www.marketinfr.od.ua/journals/2020/48\\_2020\\_ukr/6.pdf](http://www.marketinfr.od.ua/journals/2020/48_2020_ukr/6.pdf) (дата звернення: 16.10.2022).
7. Експорт лікарських засобів за країнами: вебсайт. URL: <https://www.worldstopexports.com/drugs-medicine-exports-country/> (дата звернення: 20.09.2022).
8. Михайлюк М. SLEPT-аналіз як метод стратегічного дослідження фармацевтичних підприємств. Науковий вісник Херсонського державного університету. 2017. №25. С. 174-177. URL: [http://www.ej.kherson.ua/journal/economic\\_25/1/39.pdf](http://www.ej.kherson.ua/journal/economic_25/1/39.pdf) (дата звернення: 03.10.2022).



журнал. 2021. №17 (1). С. 71-83.

19. Марченко В., Лебедева Н. Стратегія експортної діяльності суб'єктів зовнішньоекономічної діяльності. Економіка і суспільство. 2017. №13. С. 592-596. URL: [https://economyandsociety.in.ua/journals/13\\_ukr/99.pdf](https://economyandsociety.in.ua/journals/13_ukr/99.pdf) (дата звернення: 21.09.2022).

20. Мельник О. Експортний потенціал підприємства: сутність і методологічні основи аналізу. Проблеми економіки. 2017. №1. С. 226-231. URL: [https://www.problecon.com/export\\_pdf/problems-of-economy-2017-1\\_0-pages226\\_231.pdf](https://www.problecon.com/export_pdf/problems-of-economy-2017-1_0-pages226_231.pdf) (дата звернення: 20.09.2022)