

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

II медичний факультет

Завідувач кафедри громадського здоров'я  
та управління охороною здоров'я

\_\_\_\_\_ В.Г. Нестеренко

**ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ  
ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ**

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «магістр»  
освітня програма: «Управління у сфері охорони здоров'я»  
спеціальність: 281 «Публічне управління та адміністрування»

Виконав:

слухач групи ПУА-24

І.А. Максютіна

Керівник,

д.мед.н., доц.

В.Г. Нестеренко

## ЗМІСТ

ВСТУП .....	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ .....	5
1.1 Гінекологічна допомога населенню як предмет публічного управління .....	5
1.2 Механізми публічного управління розвитком гінекологічної допомоги населенню .....	12
РОЗДІЛ 2 ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ .....	31
2.1 Методики оцінювання рівня розвитку гінекологічної допомоги населенню .....	31
2.3 Проблеми із забезпеченням розвитку гінекологічної допомоги населенню .....	41
РОЗДІЛ 3 КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ВДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ .....	49
3.1 Адаптація до умов України передового світового досвіду щодо розвитку гінекологічної допомоги населенню .....	49
3.2 Реалізація комплексу заходів за пріоритетними напрямками для подальшого розвитку гінекологічної допомоги населенню .....	57
ВИСНОВКИ .....	64
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ .....	68

## ВСТУП

*Актуальність проблеми.* Жіноче здоров'я належать до тих соціальних феноменів, які дуже тісно взаємопов'язані й чутливі до всіх змін, що відбуваються у суспільстві, та є своєрідними індикаторами його благополуччя. Внаслідок особливої вразливості в умовах нестабільного стану сучасного суспільства, жінки виявилися найменш соціально і емоційно захищеними і опинилися у кризовому стані. Доказом того є невтішні дані офіційної та неофіційної статистики, реальні факти порушення прав цих категорій населення і сучасні проблеми, в яких відображаються умови, якість життя, а також численні ризики і загрози. Означене, зрештою, й обумовлює актуальність даного дослідження.

*Об'єктом дослідження* є розвиток сучасної гінекологічної допомоги населенню.

*Предметом дослідження* є публічне управління розвитком гінекологічної допомоги населенню.

*Мета та завдання* даної роботи полягає у дослідженні стану публічного управління розвитком гінекологічної допомоги населенню України та обґрунтуванні можливих напрямів вдосконалення на основі передового досвіду публічного управління у цій сфері.

Для досягнення поставленої мети магістерської роботи необхідно виконати певні завдання:

- з'ясувати сутність і значення розвитку гінекологічної допомоги населенню, як об'єкту публічного управління;
- дослідити діючі механізми публічного управління розвитком гінекологічної допомоги населенню;
- провести аналіз поточного стану та проблем в публічному управлінні розвитком гінекологічної допомоги населенню;

– запропонувати для подальшої реалізації комплекс заходів щодо удосконалення розвитку публічного управління гінекологічною допомогою населенню України.

*Методи дослідження.* Використано загальнонаукові методи дослідження: порівняння, абстрагування, аналіз, синтез, аналогія, узагальнення та інші.

*Практичне значення результатів дослідження* полягає в можливому застосуванні цих даних в публічному управлінні розвитком гінекологічної допомоги жіночому населенню в закладах охорони здоров'я.

# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ

### 1.1 Гінекологічна допомога населенню як предмет публічного управління

Глибоке теоретичне осмислення гінекологічної допомоги як предмета публічного управління вимагає комплексного підходу, що інтегрує економічну теорію, політологію, соціологію та менеджмент. Це не лише галузь медицини, а складний соціально-політичний конструкт, який перебуває на перетині ключових інтересів держави, суспільства та індивіда. Аналіз її сутності як об'єкта управління можна провести через взаємопов'язані теоретичні парадигми, які розкривають різні аспекти її функціонування та значення.

Здоров'я є комплексним феноменом, який визначається менталітетом нації та чіткою артикуляцією її життєвих пріоритетів [29]; об'єктивною умовою людської буттєвості, що знаходить прояв у забезпеченні населення можливістю для задоволення об'єктивних потреб і соціалізації [71]; запорукою збереження самобутності держави у світовому співтоваристві, забезпечення національної безпеки, політичного суверенітету, сталого демократичного розвитку [16]; стилем життя людини та генетичною програмою, середовищем перебування та якістю медичної допомоги; своєрідний індикатор ставлення держави до людини та її можливостей реалізації через діяльність її інституцій; предметом національного інтересу, який має виступати універсальним принципом облаштування суспільної реальності у межах певного державного утворення [85]; найважливішим елементом національного багатства, необхідною умовою розвитку продуктивних сил суспільства і сучасного розвитку нації [88].

Здоров'я та добре самопочуття є найважливішими умовами для всебічного розвитку кожної людини [89]. Натомість, відсутність здоров'я

породжує масштабні форми соціальної ексклюзії [4], а також руйнування соціального середовища а відтак і деформації внутрішнього світу людини і до неспроможності протидіяти соціальному середовищу [89].

Проблеми збереження репродуктивного здоров'я покладені на гінекологічну службу. Структура та організація акушерсько-гінекологічної служби в Україні базуються на комплексному підході до надання медичної допомоги жінкам у сферах акушерства та гінекології [42].

Як і в багатьох країнах, здоров'я населення в Україні формується тими ж самими рушійними силами: демографічне старіння, швидка урбанізація та глобалізація нездорового способу життя. Під тиском цих сил хронічні неінфекційні та онкологічні захворювання стали провідною причиною захворюваності, інвалідності та смертності. Тому система охорони здоров'я не могла ефективно вирішувати ці нові виклики [18].

Економічна парадигма, зокрема теорія суспільних благ, пропонує фундаментальне пояснення необхідності державного втручання. Гінекологічна допомога демонструє яскраві риси так званого змішаного суспільного блага. З одного боку, вона має ознаки приватного блага: її споживання є конкурентним (час лікаря, обладнання в конкретний момент та конкретному закладі охорони здоров'я може бути обмеженим) та виключаємим (у принципі, можна обмежити доступ до послуги за платоспроможністю). Користь від лікування, профілактичного огляду чи ведення вагітності безпосередньо отримує конкретна жінка, що впливає на її особисте здоров'я, якість життя та репродуктивний вибір. Проте, набагато важливішою є її друга сторона – генерація потужних позитивних зовнішніх ефектів (екстерналій) для всього суспільства. Ці екстерналії мають декілька вимірів. Демографічний вимір є найбільш очевидним: ефективна система гінекологічної допомоги, спрямована на збереження репродуктивного здоров'я, зниження материнської та перинатальної смертності, профілактику безпліддя, безпосередньо впливає на можливість простого відтворення населення. В умовах глибокої демографічної кризи в Україні, яка характеризується одним з найнижчих у світі коефіцієнтів

народжуваності та катастрофічним скороченням населення [10], ця функція набуває характеру питання національної безпеки. Кожна успішно виношена вагітність, кожне попереджене ускладнення, кожен виявлений на ранній стадії рак шийки матки – це не лише індивідуальна перемога, але й внесок у демографічний потенціал країни. Економічний вимір екстерналій також надзвичайно вагомий. Як показує практика, більшість людей цінність здоров'я в «шкалі цінностей» ставлять після грошей, кар'єри, житла, тимчасових задоволень, що підтверджує той факт, що здоров'я приноситься в «жертву» іншим національним інтересам [29]. Крім того слід ураховувати, що бідність і різьоча соціальна нерівність вкрай негативно впливають на стан здоров'я населення та можливість його доступу до якісних медичних послуг [24]. Здоров'я жінки – це трудовий ресурс. Хвороба, інвалідність чи передчасна смерть жінки репродуктивного або працездатного віку призводить до прямих втрат валового внутрішнього продукту, зменшення податкових надходжень до бюджету та збільшення витрат на соціальні виплати (пенсії за втрату годувальника, допомогу по інвалідності). І навпаки, інвестиції в профілактику та ранню діагностику дають значно вищу економічну віддачу, ніж лікування запущених форм захворювань. Наприклад, витрати на масштабну програму вакцинації від ВПЛ та скринінг раку шийки матки на порядок нижчі, ніж витрати на лікування пацієток з раком на пізніх стадіях, яке включає дорогавартісні операції, променеву та хіміотерапію, паліативну допомогу. Соціальний вимір пов'язаний із стабільністю та благополуччям суспільства. Здорові матері, здатні народити та виховати здорових дітей, є основою міцної сім'ї – фундаментальної клітини суспільства. Доступна та якісна гінекологічна допомога сприяє зменшенню соціальної нерівності, запобігаючи того, що бідність ставала б вироком через відсутність доступу до базових медичних послуг [87]. Вона також безпосередньо впливає на соціальну активність жінок, їхню можливість отримувати освіту, будувати кар'єру та реалізовуватися в громадському житті.

Саме наявність цих масштабних позитивних екстерналій обумовлює класичний «провал ринку» у сфері гінекологічної допомоги [114]. Чисто ринковий механізм, де ціна формується виключно взаємодією попиту та пропозиції, неспроможний забезпечити оптимальний для суспільства обсяг та якість послуг. Приватний постачальник (клініка, лікар), максимізуючи свій прибуток, орієнтується на платоспроможний попит і не бере до уваги суспільні вигоди від профілактики чи лікування соціально вразливих верств населення. Пацієнтка, приймаючи рішення про звернення до лікаря, також враховує переважно особисті витрати та корисність, а не вплив свого здоров'я на навколишніх. Внаслідок цього ринок не доробляє послуги з високими суспільними вигодами (наприклад, профілактичні огляди для жінок з низьким рівнем доходів) і переробляє дорогі, не завжди обґрунтовані послуги для заможних верств населення. Отже, виникає об'єктивна необхідність втручання держави як інституту, що представляє суспільний інтерес. Публічне управління в цьому контексті виступає механізмом корекції ринкової неспроможності. Його завдання – забезпечити фінансування тих аспектів гінекологічної допомоги, які мають найвищу суспільну цінність, гарантувати рівний та справедливий доступ до життєво необхідних послуг незалежно від доходів чи місця проживання, встановлювати стандарти якості та захищати права пацієнтів. Таким чином, з економічної точки зору гінекологічна допомога є стратегічним інвестиційним активом держави, а публічне управління нею – інструментом максимізації суспільної віддачі від цих інвестицій.

Інша теоретична парадигма, що розкриває сутність гінекологічної допомоги як предмета управління, походить з політології та теорії публічної політики. У цьому ракурсі вона розглядається не як статичний об'єкт, а як динамічний процес, що проходить повний цикл політичного життя від визначення проблеми до оцінки результатів [102]. Цей цикл можна детально розглянути на прикладі будь-якої конкретної політики, наприклад, боротьби з материнською смертністю. Етап формулювання проблеми виникає тоді, коли певний стан справ починає сприйматися суспільством та політичною елітою як

неприйнятний, що потребує державного втручання. Здоров'я населення є пріоритетом в системі національних інтересів держави, що слугує зміцненню системи національної безпеки держави та розширенню її геополітичного потенціалу у світі [19]. Наприклад, публікація статистики, що показує, що показник материнської смертності в Україні в кілька разів вищий за середньоєвропейський [76], або резонансний випадок смерті жінки під час пологів у лікарні на периферії. Проблема потрапляє в політичну агенду, тобто перелік питань, якими займаються державні інститути.

Наступний етап – розробка альтернатив та прийняття рішень. На цьому етапі Міністерство охорони здоров'я, експертне середовище, парламентські комітети, громадські організації пропонують різні шляхи вирішення проблеми. Це може бути прийняття нового закону про перинатальну допомогу [50], затвердження цільової бюджетної програми з модернізації пологових відділень, впровадження нових клінічних протоколів ведення пологів, що базуються на доказах [33], або створення системи обов'язкового аудиту кожного випадку материнської смерті. Політика формується в результаті політичної боротьби, лобювання, компромісів між різними групами інтересів. Фаза імплементації, або впровадження, є найбільш ризикованою. Саме тут абстрактні політичні рішення стикаються з суворими реаліями. Наприклад, наказ про створення перинатальних центрів може зіткнутися з відсутністю бюджетних коштів на будівництво, нестачею кваліфікованих неонатологів та анестезіологів, опором адміністрації звичайних пологових відділень, які можуть втратити фінансування. Успіх імплементації залежить від наявності детальних адміністративних інструкцій, фінансових ресурсів, підготовлених кадрів, системи моніторингу та координації дій різних відомств (охорони здоров'я, фінансів, регіонального розвитку). Фінальний етап – оцінка ефективності політики. Він передбачає постійний збір даних та моніторинг зниження показника материнської смертності після впровадження нових протоколів, поліпшення оснащення лікарень, задоволеності пацієнток якістю допомоги. Ці дані стають основою для зворотного зв'язку та корекції політики: виявлення

нових проблем, перерозподілу ресурсів, удосконалення механізмів. У сучасних умовах цей цикл все більш залежить від даних (data-driven policy), що перетворює інформаційні системи та аналітику на критично важливі інструменти управління [110]. Таким чином, з точки зору теорії публічної політики, гінекологічна допомога є полем постійного політичного втручання, де держава через специфічні інструменти (закони, фінансування, стандарти) намагається вплинути на поведінку медичних закладів та пацієнтів для досягнення суспільно бажаних результатів.

Третя важлива теоретична складова – це системний підхід, який дозволяє розглянути гінекологічну допомогу як складну соціотехнічну систему [107]. Ця система має чіткі внутрішні елементи, зв'язки між ними та зовнішнє середовище. До складу системи входять такі ключові елементи, як інфраструктура (поліклініки, жіночі консультації, стаціонари, лабораторії), людські ресурси (лікарі-гінекологи, акушерки, медичні сестри, лаборанти, адміністративний персонал), технології та обладнання (апарати УЗД, кольпоскопи, лапароскопічні стійки, лабораторне обладнання), фінансові потоки (бюджетне фінансування, кошти НСЗУ, платні послуги, страхові внески), інформаційні потоки (медична документація, електронні записи, статистичні звіти) та, звичайно, кінцеві користувачі – жінки-пацієнтки з їхніми потребами, очікуваннями та поведінкою. Всі ці елементи взаємодіють через складні процеси: процес надання первинної допомоги (прийом сімейного лікаря або гінеколога в поліклініці), процес стаціонарного лікування (госпіталізація, діагностика, операція, реабілітація), процес ведення вагітності, процес організації скринінгових програм. Система є відкритою, тобто постійно взаємодіє з зовнішнім середовищем. До зовнішніх факторів, що впливають на неї, належать: демографічна ситуація (кількість жінок репродуктивного віку), економічна кон'юнктура (рівень життя, державний бюджет, фінансування охорони здоров'я), правове середовище (закони, нормативні акти), технологічний прогрес (поява нових методів діагностики та лікування), культурні та соціальні норми (ставлення до здоров'я жінки, репродуктивні

установки), а також надзвичайні ситуації, такі як пандемія або збройний конфлікт. Війна в Україні стала найпотужнішим зовнішнім шоком для системи, який виявив її вразливість та спричинив гострі дисфункції: руйнування інфраструктури, масову міграцію пацієнток та медиків, порушення логістичних ланцюгів постачання, різке погіршення психологічного стану жінок.

Держава, зберігаючи свою солідарність у ставленні до людини, має висловити турботу про неї, презентуючи у такий спосіб абсолютистський протекціонізм через забезпечення здоров'я нації [21]. Системний підхід наголошує на властивості емерджентності – коли система як ціле проявляє властивості, які не властиві окремим її елементам. Гінекологічна патологія виявляється при зверненні пацієнтки зі скаргами або проведенні профілактичних оглядів з використанням сучасних діагностичних методів [3]. Наприклад, навіть якщо в окремій лікарні є чудовий лікар та сучасне обладнання, неефективна система маршрутизації пацієнток на регіональному рівні може призвести до того, що жінки з ускладненою вагітністю просто не потраплять до цього лікаря вчасно. Або навіть достатнє фінансування не дасть результату, якщо відсутня система контролю якості, що призводить до неефективного використання коштів. Звідси випливає ключова ідея для публічного управління: керувати потрібно не окремими елементами (наприклад, тільки фінансами або тільки кадрами), а системою в цілому, оптимізуючи зв'язки та взаємодії між ними [62]. Це включає управління процесами (наприклад, впровадження клінічних шляхів для стандартизації лікування), управління ресурсними потоками (наприклад, створення єдиної логістики постачання медикаментів), управління інформацією (створення єдиного електронного здоров'я) та управління змінами, спрямоване на адаптацію системи до нових викликів зовнішнього середовища. Таким чином, системний підхід показує, що предметом публічного управління розвитком гінекологічної допомоги населенню є саме ця динамічна, відкрита та взаємопов'язана сукупність елементів і процесів. Успішне управління неможливе без розуміння цих внутрішніх зв'язків та зовнішніх впливів.

Інтегруючи всі три парадигми, можна зробити висновок, що гінекологічна допомога як предмет публічного управління є багатоаспектним феноменом. Це одночасно суспільне благо з високими екстерналіями, що обґрунтовує ведучу роль держави [114]; це об'єкт публічної політики, що проходить цикл від проблеми до оцінки в результаті політичних процесів [102]; і це складна відкрита система, що потребує цілісного, інтегрованого підходу до управління [107]. Відповідно, публічне управління розвитком гінекологічної допомоги повинно поєднувати економічні інструменти (фінансування, тарифна політика), політико-адміністративні інструменти (нормативне регулювання, координація інституцій) та системні інструменти (управління процесами, інформацією та змінами) для досягнення стратегічних цілей у сфері здоров'я жіночого населення. Ефективність такого управління вимірюється не лише кількісними медичними показниками (смертність, захворюваність), але й більш широкими результатами: демографічною стійкістю, соціальною справедливістю, економічною ефективністю використання ресурсів і загальним рівнем довіри громадян до державної системи охорони здоров'я.

## **1.2 Механізми публічного управління розвитком гінекологічної допомоги населенню**

Для виконання своїх функцій органи публічного управління використовують відповідні механізми управління – штучно створену систему, яка відповідно до базових принципів і функцій управління, за допомогою доступних методів і засобів здійснює регуляторний вплив на суспільство, завдяки чому забезпечує ефективне функціонування системи державного регулювання для досягнення визначеної мети та розв'язання протиріч, що виникають між учасниками цього процесу [25]. Залежно від того, які саме проблеми і як розв'язуються зі застосуванням конкретного механізму публічного управління, який може бути складним (комплексним) і включати в себе кілька самостійних механізмів [46].

Ефективність публічного управління в будь-якій сфері, а особливо в такій складній і соціально чутливій, як гінекологічна допомога, безпосередньо залежить від якості, стійкості й узгодженості її інституційного та інституціонального забезпечення. Ці два поняття, хоч і тісно пов'язані, мають різний концептуальний зміст та функціональне призначення, формуючи, по суті, «правила гри» та «гравців» у сфері охорони здоров'я. Інституційне забезпечення відноситься до сфери формальних і неформальних норм, правил, стандартів і звичаїв, які структурують взаємодію між усіма учасниками процесу. Це – правова, нормативна та культурна основа системи.

Інституціональне забезпечення, у свою чергу, це конкретні організації, установи та структури, створені державою та суспільством для розробки, впровадження, фінансування та контролю за дотриманням цих правил. Це – виконавча архітектура системи. Оптимальна робота механізмів публічного управління розвитком гінекологічної допомоги можлива лише за умови гармонійного поєднання чітких, прозорих і стабільних правил із компетентними, добре скоординованими і достатньо ресурсними інституціями.

Серед елементів механізму публічного управління розвитком гінекологічної допомоги населенню виділяють суб'єкт і об'єкт управління, методи та засоби реалізації механізму, мету, цілі та принципи управління, а також його результати [18].

Суб'єктами публічного управління розвитком гінекологічної допомоги населенню є:

– Верховна Рада України, яка розробляє державну політику щодо розвитку гінекологічної допомоги, як окремої сфери охорони здоров'я; визначає мету, головні завдання, напрями, принципи та пріоритети публічного управління розвитком гінекологічної служби; встановлювати нормативи й обсяги бюджетного фінансування; створювати систему відповідних кредитно-фінансових, митних й інших регуляторів; затверджувати перелік комплексних і цільових загальнодержавних програм охорони здоров'я [62];

– Президента України, що є гарантом прав населення щодо їхнього медичного забезпечення; несення особистої відповідальності за реалізацію державної політики в сфері охорони здоров'я; забезпечення виконання законодавства за допомогою системи органів публічного управління; укладати міжнародні договори, зокрема ті, які відносяться до питань міжнародного співробітництва в сфері охорони здоров'я, що відповідають певним нормам Конституції; здійснювати урегулювання окремих питань організації охорони здоров'я громадян; організовувати публічне управління за допомогою затвердження програм з охорони здоров'я населення [60];

– Кабінет Міністрів України, який розробляє та реалізує державну політику щодо розвитку сфери охорони здоров'я в цілому та гінекологічної допомоги, як пріоритетного напрямку; забезпечує розвиток КП; займається укладанням міжурядових угод і координує міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я [57];

– Міністерство охорони здоров'я України (далі – МОЗ), яке забезпечує гарантований рівень кваліфікованих медичної медичних послуг/допомоги жіночому населенню підприємствами охорони здоров'я усіх форм власності; проведення сертифікації медичних послуг/допомоги; розробку й координацію заходів щодо забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя населення; розробку подальшого розвитку НСЗУ; надання державними установами (далі – ДУ) та комунальними некомерційними підприємствами сфери охорони здоров'я (далі – КНП) загальнодоступної, переважно безоплатної, висококваліфікованої медичної допомоги жіночому населенню; організацію підготовки медичних працівників, удосконалення їхніх знань і практичних навичок; здійснення заходів, спрямованих на розвиток пріоритетного (профілактичного) напрямку; охорону материнства та дитинства; розвиток пріоритетних напрямів наукових досліджень у сфері охорони здоров'я і забезпечення їх ефективності; координацію розвитку мережі ДУ та КНП [48];

– Національна служба здоров'я України (далі – НСЗУ), що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій щодо медичного

обслуговування населення, виконанні функцій замовника медичних послуг/допомоги і лікарських засобів за державною програмою медичних гарантій; оплачує надавачам медичних послуг/допомоги (ДУ та КНП), які провадять господарську діяльність з медичної практики і які уклали договір про медичне обслуговування населення за державною програмою медичних гарантій [49];

– Департаменти/Управління охорони здоров'я обласних державних (військових) адміністрацій (далі – ОДА/ОВА), що реалізує державну політику в сфері охорони здоров'я на регіональному рівні; здійснює загальне керівництво закладами охорони здоров'я, які належать до сфери її управління, їх матеріально-фінансове забезпечення; об'єднує у спільних інтересах територіальні громади та на договірній основі бюджетні кошти з коштами КНП; фінансує ДУ і КНП [47];

– Управління/Відділи охорони здоров'я районних державних (військових) адміністрацій (далі – РДА/РВА) реалізує державну політику в сфері охорони здоров'я на місцевому (районному) рівні;

– Управління/Відділи охорони здоров'я міських рад: на базовому рівні – забезпечують надання послуг швидкої медичної допомоги, первинної охорони здоров'я, з профілактики хвороб; на районному рівні – гарантування у наданні медичних послуг вторинного рівня; на обласному рівні – надання високоспеціалізованої медичної допомоги [49]; управління закладами охорони здоров'я, що належать територіальним громадам або передані їм [58].

Об'єктами публічного управління розвитком гінекологічної допомоги є:

- надавачі медичних послуг/допомоги (ДУ та КНП);
- споживачі медичних послуг/допомоги (пацієнти – жінки усіх вікових категорій).

Метою публічного управління розвитком гінекологічної допомоги є створення кращих умов для функціонування надавачів медичних послуг/допомоги (ДУ та КНП) як запоруки покращання здоров'я жіночого населення.

- Цілями публічного управління подальшим розвитком сфери охорони є:
- розвиток матеріально-технічної бази та кадрового потенціалу надавачів медичних послуг/допомоги (ДУ та КНП);
  - покращання якості та підвищення (територіальної і цінової) доступності медичних послуг/допомоги;
  - покращання здоров'я жіночого населення;
  - створення умов для стимулювання процесу інвестування в гінекологічні відділення та кабінети;
  - формування економіко-правових умов мінімізації негативного екологічного впливу на стан здоров'я жіночого населення;
  - створення єдиної системи надання екстреної медичної допомоги та інформатизації цієї сфери;
  - невідкладне здійснення комплексу заходів щодо підвищення рівня забезпечення населення медичними послугами/допомогою та лікарськими засобами;
  - забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я різних форм власності та різних відомств в єдиному медичному просторі держави;
  - розробка загальнодержавних цільових програм у сфері охорони здоров'я в цілому та гінекологічній службі, як пріоритетному напрямку [20].

Розглядаючи інституційне забезпечення, слід почати з його конституційно-правового підґрунтя, яке визначає фундаментальні принципи та обов'язки держави. Конституція України в статті 49 проголошує право кожного на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування, покладаючи на державу обов'язок фінансувати відповідні програми [21]. Ця загальна конституційна гарантія отримала свою конкретизацію та операціоналізацію в системі спеціалізованого законодавства. Ключовими законами, що формують правове поле для гінекологічної допомоги, є Закон України «Про охорону здоров'я» [59] та Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [52]. Перший із них визначає загальні засади організації охорони здоров'я в країні: принципи доступності, добровільності,

конфіденційності, пріоритету профілактики; встановлює права та обов'язки пацієнтів і медичних працівників; регулює питання медичної допомоги, фармацевтичної діяльності, медичної науки та освіти. Другий закон здійснив революційну зміну парадигми, запровадивши модель фінансування «гроші йдуть за пацієнтом» та створивши ключового нового інституційного гравця – НСЗУ як єдиного платника за програмою державних гарантій. Цей закон юридично закріпив перехід від фінансування закладів охорони здоров'я як установ до фінансування конкретних медичних послуг, наданих конкретним громадянам. Окрім цих базових актів, існує низка спеціалізованих законів, що безпосередньо стосуються сфери репродуктивного здоров'я та гінекологічної допомоги, наприклад, законодавство щодо репродуктивних прав [61], допомоги особам, інфікованим ВІЛ, запобігання насильству в сім'ї та протидії торгівлі людьми.

Наступним, більш детальним рівнем інституційного забезпечення є щільна нормативно-технічна база, представлена численними підзаконними актами, переважно наказами МОЗ. Ці документи виконують роль технічних інструкцій, що деталізують та перетворюють загальні положення законів на конкретні алгоритми дій для медиків та адміністраторів. До найважливіших з них належать:

1) Клінічні протоколи [33] – це детальні інструкції з діагностики, лікування та профілактики конкретних захворювань і станів, розроблені на основі принципів доказової медицини та міжнародних рекомендацій. Для гінекології та акушерства існують протоколи ведення фізіологічної та ускладненої вагітності, проведення пологів, лікування запальних захворювань органів малого тазу, онкогінекологічної патології, безпліддя тощо. Їхнє дотримання є обов'язковою умовою для отримання оплати від НСЗУ, що робить їх потужним інструментом стандартизації якості на всій території країни.

2) Стандарти оснащення та обладнання [30]– визначають мінімально необхідний перелік обладнання, інструментів, меблів та медичних виробів для

роботи кабінету лікаря-гінеколога, жіночої консультації, гінекологічного та пологового відділень. Ці стандарти покликані гарантувати технічну можливість надання допомоги на належному рівні.

3) Порядки надання медичної допомоги [39], які регламентують організаційні аспекти – структуру та функції різних ланок (первинної, вторинної, третинної), правила запису та направлення пацієнок, вимоги до документації, організацію роботи в надзвичайних ситуаціях.

4) Критерії оцінки якості та безпеки, які встановлюють набір індикаторів (наприклад, частота післяопераційних ускладнень, рівень задоволеності пацієнок, відсоток охоплення скринінгами), за якими оцінюється ефективність роботи закладу чи окремого фахівця [31].

Окрему категорію складають стратегічні та програмні документи, які задають довгострокові цілі, пріоритети та вектори розвитку системи. Україна, як член міжнародної спільноти, взяла на себе зобов'язання щодо досягнення Цілей сталого розвитку ООН (далі – ЦСР), зокрема ЦСР 3 «Здорове життя та благополуччя», що включає ціль зі зниження глобального коефіцієнта материнської смертності [115]. На національному рівні ці глобальні орієнтири трансформуються у внутрішні стратегії, такі як Національна стратегія у сфері охорони здоров'я на період до 2030 року [65], Концепція розвитку охорони здоров'я матері та дитини [32], Стратегія реформи системи охорони здоров'я «Здорова країна». Також розробляються конкретні державні цільові програми, спрямовані на вирішення окремих проблем, наприклад, програми скринінгу раку молочної залози та шийки матки, профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу. Однак ефективність цих документів часто обмежується їх дещо абстрактним, декларативним характером, відривом від реального бюджетного планування та недостатньою сформованістю загальних цілей у конкретні, вимірювані індикатори з чіткими механізмами досягнення, відповідальними виконавцями та ресурсним забезпеченням.

Також не можна ігнорувати вплив неформальних інститутів, які часто виявляються навіть сильнішими за формальні, особливо в умовах

трансформаційних суспільств [109]. До них належать професійна етика та корпоративна культура медиків, рівень довіри або недовіри населення до системи охорони здоров'я в цілому та до окремих лікарів, глибоко укорінені культурні, релігійні та сімейні установки щодо репродуктивного здоров'я, материнства, жіночого тіла та звернення за медичною допомогою. Окремою, на жаль, значною проблемою є тіньові практики неформальних виплат («подяки» лікарям, медичним сестрам, адміністраторам) за отримання послуг, прискорення доступу до них або за гарантію «особливої» уваги. Ці неформальні норми та практики можуть або сприяти успішній реалізації офіційної політики, підсилюючи її через високий професіоналізм та відданість справі, або ж, навпаки, серйозно блокувати та спотворювати її, створюючи паралельну, нелегальну систему відносин, що підриває принципи справедливості, рівного доступу та ефективного використання державних ресурсів.

Що ж стосується інституційного забезпечення, то сучасна архітектура публічного управління розвитком гінекологічної допомоги в Україні є поліцентричною та характеризується розподілом повноважень між кількома ключовими гравцями, що утворюють своєрідний «управлінський чотирикутник». Першим і найважливішим стратегічним гравцем є Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ). Воно виконує роль нормотворця, стратега та верховного наглядача. Функції МОЗ включають: формування державної політики та стратегічне планування в сфері охорони здоров'я; розробку та затвердження нормативно-правової бази, стандартів, клінічних протоколів; координацію міжнародного співробітництва та інтеграцію європейських норм у вітчизняну практику; методичне керівництво всією системою охорони здоров'я; здійснення державного нагляду за дотриманням стандартів якості та безпеки медичної допомоги [48]. Важливо відзначити, що в умовах реформи МОЗ перестало бути основним розпорядником бюджетних коштів на надання послуг; його функція полягає у визначенні «правил гри» та загальних рамок, за якими ці послуги фінансуються та надаються. Таким чином, МОЗ відповідає за те, «що» і «як» робити, але не за безпосередню оплату «роботи».

Другим ключовим гравцем, створеним виключно в ході реформи, є НСЗУ. Це інституція, що виконує роль єдиного державного платника (покупця медичних послуг) за програмою державних гарантій [49]. Її функції мають суттєво ринковий та операційний характер. НСЗУ укладає договори із закладами охорони здоров'я (далі – ЗОЗ) будь-якої форми власності (комунальними, державними, приватними) на надання певного обсягу медичної допомоги в межах Програми медичних гарантій; вона акредитує цих провайдерів, перевіряючи їхню відповідність встановленим вимогам; оплачує фактично надані послуги за заздалегідь встановленими тарифами на основі електронних звітів; а також разом із МОЗ та іншими органами здійснює контроль за дотриманням умов договору, якістю послуг та ефективністю використання коштів. НСЗУ фактично є «двигуном» конкуренції та ефективності в новій системі, оскільки її рішення про укладення або розірвання договору, розмір тарифу, результати перевірок та своєчасність оплати безпосередньо впливають на фінансову стійкість, інвестиційну привабливість та, в кінцевому рахунку, на майбутнє конкретного закладу. Саме через НСЗУ реалізується основний фінансовий механізм «гроші йдуть за пацієнтом».

Третьою групою гравців, що забезпечують регіональний та місцевий рівень управління, є органи місцевого самоврядування (далі – ОМС) та підпорядковані їм обласні департаменти (управління) охорони здоров'я. Вони виконують подвійну роль: власника інфраструктури й регіонального координатора. Як власники комунальних лікарень, поліклінік, амбулаторій та центрів первинної медико-санітарної допомоги, ОМС несуть відповідальність за фінансування капітальних витрат (капітальні ремонти, будівництво нових корпусів, реконструкція), за утримання майна (комунальні послуги, поточний ремонт), а також за кадрові рішення на рівні призначення та звільнення керівників цих закладів [58]. Обласні департаменти охорони здоров'я, будучи структурними підрозділами обласних держадміністрацій або рад, займаються плануванням розвитку мережі ЗОЗ на своїй території, координацією їх діяльності, організацією надання допомоги у надзвичайних ситуаціях та

оперативним моніторингом санітарно-епідеміологічної ситуації та ключових показників здоров'я [47]. Саме тут виникає серйозна системна проблема розподілу відповідальності та інтересів, відома в теорії управління як «проблема принципала-агента» ускладненої форми [105]. ОМС як власник (принципал) інфраструктури несе повну фінансову відповідальність за її утримання та розвиток, але не отримує прямого доходу від її експлуатації. Цей дохід у вигляді оплати за надані послуги від НСЗУ отримує сама лікарня (агент). Крім того, стратегічні цілі ОМС (наприклад, скорочення витрат на комунальні послуги) можуть суперечити операційним потребам лікарні (підтримання належної температури в операційній). Це створює потужні дисінціативи для органів місцевої влади інвестувати в модернізацію, ремонт та розвиток майна медичних закладів, що послаблює матеріально-технічну базу всієї системи та створює напругу у відносинах між рівнями управління.

Четвертим гравцем є безпосередні виконавці – ЗОЗ різних рівнів і форм власності. В умовах реформи вони перетворилися з пасивних бюджетних установ, що фінансувалися за кошторисом витрат, на активні, самостійні госпрозрахункові суб'єкти, які повинні ефективно конкурувати за пацієнтів, а отже, за довіру, репутацію та якість послуг. Їхнє ключове завдання – внутрішня оптимізація: будувати ефективні бізнес-процеси, управляти витратами та ресурсами, щоб працювати у рамках фіксованих тарифів НСЗУ, які часто не покривають повної собівартості; залучати, мотивувати і утримувати кваліфіковані кадри в умовах жорсткої конкуренції з приватним сектором і міжнародним ринком праці; впроваджувати та підтримувати внутрішні системи управління якістю та безпекою пацієнта [31]; активно займатися маркетингом своїх послуг і комунікацією з громадськістю. Для гінекологічних відділень та центрів це також означає необхідність спеціалізації, розвитку власних унікальних компетенцій (наприклад, лапароскопічної хірургії, репродуктології, лікування невиношування вагітності) та інтеграції в мережі для забезпечення повного циклу допомоги.

Окрім державних інституцій, все більшого значення набувають громадянські суспільства та професійні середовища. До них належать: громадські організації, що захищають права пацієнтів (особливо жінок та матерів), проводять незалежні моніторинги доступності та якості послуг, здійснюють адвокатські кампанії за зміни в законодавстві та практиці; а також професійні асоціації лікарів та медичних сестер, наприклад, Асоціація акушерів-гінекологів України, Асоціація неонатологів України. Ці асоціації виконують роль експертних центрів, розробляють рекомендації та навчальні програми, організовують конференції та підвищення кваліфікації, а також представляють інтереси фахівців у діалозі з органами влади, відстоюючи професійні стандарти та гідні умови праці [78].

Таким чином, інституційне та інституціональне забезпечення розвитком публічного управління гінекологічної допомоги утворює складну, багаторівневу та динамічну матрицю взаємозалежностей. Кожен елемент цієї матриці – від конституційної норми до конкретної лікарні – відіграє свою незамінну роль. Успіх публічного управління розвитком гінекологічної допомоги залежить не стільки від сили окремих ланок, скільки від міцності та гармонійності всіх зв'язків між ними. Це передбачає: чіткість, відсутність протиріч та прогнозованість правил гри (інституційне забезпечення); узгодженість дій, ефективну вертикальну та горизонтальну комунікацію між МОЗ, НСЗУ, ОМС та ЗОЗ (інституційна координація); наявність механізмів взаємного контролю та зворотного зв'язку; а також постійну адаптацію як правил, так і інституцій до нових викликів, таких як технологічний прогрес, демографічні зрушення чи надзвичайні ситуації, зокрема триваюча війна, яка поставила під сумнів стійкість багатьох елементів цієї складної конструкції.

Дуже часто ми бачимо, що механізми (методи та засоби) публічного управління розвитком гінекологічної допомоги населенню використовуються одночасно, маючи ту чи іншу пріоритетність залежно від конкретної ситуації (наявних проблем і доступних ресурсів, необхідних для їх вирішення та реалізації).

### **1.3 Механізми публічного управління розвитком гінекологічної допомоги населенню**

Механізми публічного управління є тими конкретними інструментами, процедурами та способами впливу, за допомогою яких державні інституції переводять сформульовану політику та стратегічні цілі з паперу в реальність, спрямовуючи поведінку різних акторів системи до бажаних результатів. У контексті реформування охорони здоров'я України та розвитку гінекологічної допомоги ці механізми зазнали радикальної трансформації. Від монолітних, високоцентралізованих адміністративно-командних методів минулого система перейшла до складнішої, більш динамічної, але й потенційно конфліктної комбінації економічних стимулів, нормативного тиску, інформаційного впливу та громадського контролю. Ефективність сучасного публічного управління залежить від злагодженої роботи цілого арсеналу таких механізмів, які можна умовно поділити на чотири великі групи: фінансові, організаційно-управлінські, механізми забезпечення якості та інформаційно-комунікаційні.

Безперечно, фінансові механізми є основним важелем і рушійною силою сучасної системи. Вони безпосередньо визначають, які послуги будуть надаватися, в якому обсязі, ким і для кого. Серцевиною фінансової реформи став механізм фінансування «гроші йдуть за пацієнтом», який кардинально змінив логіку відносин [49]. Лікарня більше не отримує бюджетну дотацію за фактом свого існування, штатного розкладу або кількості ліжко-днів. Замість цього вона отримує кошти від НСЗУ за кожен документально підтверджений та закодований у єдиній електронній системі випадок надання медичної допомоги конкретній пацієнтці. Це створює пряму та прозору залежність між обсягом та якістю роботи (оскільки пацієнтка, в теорії, має свободу вибору закладу) та фінансовим станом і виживанням закладу. Однак цей загальний принцип реалізується через різні, більш специфічні механізми оплати, які розрізняються за рівнем допомоги та її характером. Для первинної медико-санітарної допомоги (далі – ПМСД), яку надають сімейні лікарі, терапевти та педіатри,

основним механізмом є капітація, або «поголівна оплата» [52]. Він передбачає, що лікар або первинна ланка в цілому отримує фіксовану суму на рік за кожну особу, яка прикріпилася до нього, незалежно від того, чи зверталася вона по допомогу, і незалежно від кількості звернень. Філософія цього підходу полягає в тому, щоб кардинально змінити стимули: заохотити лікаря до активної профілактичної роботи, диспансеризації, раннього виявлення захворювань та ведення хронічних хворих, адже здорова або добре компенсована пацієнтка коштує йому значно менше, ніж та, що потребує дорогого стаціонарного лікування через запущену патологію. У сфері гінекології це означає стимулювання сімейного лікаря до проведення профілактичних бесід, призначення скринінгів, раннього виявлення симптомів та ефективного ведення вагітності на місцевому рівні.

Для амбулаторної спеціалізованої і стаціонарної гінекологічної допомоги основним механізмом є оплата за випадок або за інтегрований пакет послуг. Саме пакетний підхід набув особливого поширення у сфері акушерства та гінекології. Були розроблені комплексні пакети, такі як «Ведення фізіологічної вагітності» (який включає усі планові візити, аналізи, УЗД), «Пологи фізіологічні», «Лікування невиношування вагітності», «Пологи оперативні (кесарів розтин)», «Оперативне лікування гінекологічної патології» (наприклад, міома, ендометріоз) та інші [36]. Кожен такий пакет має свій фіксований тариф, що покриває весь передбачений протоколом комплекс маніпуляцій, консультацій, аналізів, медикаментів і проживання. Це спрощує адміністрування, зменшує бюрократичне навантаження та має стимулювати заклад до внутрішньої ефективності та раціонального використання ресурсів, оскільки зайві, необґрунтовані процедури не оплачуються окремо, а лише збільшують витрати лікарні. Проте основними проблемами даного механізму є структурна недосконалість тарифів. Часто вони не відображають реальної собівартості послуг [2], особливо з урахуванням вартості сучасних одноразових витратних матеріалів, дорогих ліків (наприклад, при лікуванні онкологічних захворювань), амортизації високотехнологічного обладнання і адекватної

оплати праці висококваліфікованого персоналу. Це робить надання багатьох послуг, особливо в комунальних лікарнях зі старою інфраструктурою та високими накладними витратами, збитковим, формуючи хронічні фінансові діри в їхніх бюджетах і спонукаючи до пошуків обхідних шляхів. Крім того, механізм оплати за випадок може створювати моральний ризик і ризик «нагнітання» обсягів: стимул проводити більше процедур, госпіталізацій або операцій, навіть якщо в них немає абсолютних показань, особливо за умов фінансової скрути закладу. Найсуттєвішим концептуальним недоліком сучасної системи фінансування є її переважна орієнтація на обсяг послуг, а не на результати здоров'я. Оплата відбувається за сам факт надання послуги (прийом, операція, пологи), а не за досягнення конкретного клінічного результату (наприклад, народження здорової дитини при мінімальних ускладненнях для матері, стійка ремісія після лікування, поліпшення якості життя) або за поліпшення показників здоров'я популяції на довгостроковій основі.

Саме тому перспективним і необхідним напрямом розвитку є поступове впровадження більш складних і справедливих механізмів. Серед них – оплата за діагностично-пов'язані групи (далі – DRG) для стаціонарної допомоги [94]. При такому підході всі випадки госпіталізації групуються в сотні категорій на основі основного діагнозу, віку пацієнтки, наявності ускладнень та супутніх захворювань, характеру проведеного лікування (консервативне, оперативне). Кожній групі призначається свій середньозважений тариф. Лікарня отримує цю фіксовану суму за групу, незалежно від фактичної тривалості госпіталізації чи кількості проведених процедур в межах групи. Це стимулює до внутрішньої ефективності, скорочення зайвих витрат, виписування пацієнтки якнайшвидше при досягненні клінічного результату, а також до якісного кодування діагнозів. Однак впровадження DRG вимагає високої культури ведення медичної документації, потужної інформаційної системи та розвиненої методології розрахунку тарифів, що є серйозним викликом для України. Ще більш прогресивним є механізм оплати за якість або за результати, коли частина фінансування (бонус) залежить від досягнення заздалегідь визначених

індикаторів якості [112]. У гінекології такими індикаторами могли б бути: відсоток охоплення скринінгом раку шийки матки серед прикріплених жінок, рівень грудного вигодовування при виписці з пологового будинку, частота госпітальних інфекцій після кесарського розтину, рівень задоволеності пацієнок, показник повторних госпіталізацій з тієї ж причини протягом 30 днів. Цей механізм напряду зв'язує фінансування з цінністю для пацієнтки та суспільства.

Поряд із фінансовими, ключову роль відіграють організаційно-управлінські механізми, спрямовані на оптимізацію структури системи, потоків пацієнтів і ресурсів. Найважливішим з них є мережевий підхід та система маршрутизації пацієнок. Його суть полягає у створенні чіткої, логічної вертикалі закладів різного рівня складності, об'єднаних єдиними протоколами співпраці [120]. Ідеальна модель передбачає, що жінка з фізіологічною вагітністю отримує допомогу на первинній ланці (сімейний лікар, акушерка) та, за потреби, в амбулаторному центрі другого рівня. Ускладнення вагітності, необхідність високотехнологічного обстеження або оперативного втручання мають автоматично, за чіткими критеріями, направлятися до референс-центрів третього рівня – обласних чи перинатальних центрів, обладнаних і забезпечених необхідною апаратурою (реанімація для новонароджених, сучасні операційні) та укомплектованих мультидисциплінарними командами експертів (акушер-гінеколог, неонатолог, анестезіолог, кардіолог тощо). Цей механізм дозволяє концентрувати складні випадки там, де є найбільший досвід і ресурси, що підвищує ефективність їх лікування та виживання, і водночас економить дорогі ресурси, не розпилюючи їх по всіх районних лікарнях. Проте в Україні цей механізм часто дає збій через недостатню розвиненість інформаційних систем для швидкого обміну даними, відсутність чітких і загальноприйнятих протоколів направлення, а також через опір місцевих лікарень, які можуть втрачати пацієнок і, відповідно, фінансування. В умовах військового стану проблеми загострилися через руйнування інфраструктури, ускладнену

логістику та масове переміщення населення, коли пацієнтки опиняються поза звичною системою маршрутизації.

Іншим важливим механізмом є залучення альтернативних форм організації та фінансування через аутсорсинг і державно-приватне партнерство (далі – ДПП) [51]. Аутсорсинг передбачає передачу окремих неключових, але важливих функцій спеціалізованим приватним компаніям. У гінекології це може стосуватися клініко-діагностичних лабораторій, служби медичної візуалізації (МРТ, КТ), клінінгових послуг, обслуговування медичної техніки. Це дозволяє закладу зосередитися на основній лікувальній діяльності, отримуючи якісні допоміжні послуги за конкурентною ціною. ДПП є більш комплексним механізмом, коли приватний партнер бере на себе обов'язки щодо фінансування, будівництва, реконструкції, управління та/або технічного обслуговування медичного об'єкта (наприклад, нового корпусу перинатального центру), а держава гарантує йому повернення інвестицій та операційний прибуток протягом тривалого часу (15-30 років) через щорічні платежі за доступність об'єкта або оплату послуг. Такі механізми можуть прискорити модернізацію застарілої інфраструктури та залучити значні приватні інвестиції в умовах дефіциту бюджетних коштів. Однак вони вимагають надзвичайної уваги до деталей контрактів, забезпечення прозорості процедур вибору партнера, запобігання корупції та конфлікту інтересів, а також чіткого регулювання, щоб приватний інтерес у максимізації прибутку не суперечив суспільному інтересу у забезпеченні якості та доступності допомоги.

Особливої уваги потребують механізми управління кадровим потенціалом, які зазнають глибокої трансформації. Крім традиційних інструментів цільового навчання в медичних вищих навчальних закладах (далі – ВНЗ) і програм підвищення кваліфікації, постає необхідність у розробці комплексних мотиваційних пакетів для працівників депресивних, сільських і прифронтових регіонів [80]. Такі пакети можуть включати значні підвищення окладів, оплату оренди або надання службового житла, компенсацію за оренду житла, оплату навчання дітей, пільгове кредитування тощо. Без таких заходів

неможливо подолати критичну нерівномірність у забезпеченості кадрами між великими містами та периферією. Важливим організаційним механізмом є реформа ролі середнього медичного персоналу, зокрема акушерок. Розширення їхніх повноважень [7], надання права самостійно вести фізіологічну вагітність, приймати фізіологічні пологи в окремих, спеціально обладнаних блоках, проводити частину профілактичних оглядів та консультацій, може кардинально розвантажити лікарів-гінекологів, наблизити кваліфіковану допомогу до жінки (особливо в сільській місцевості) та знизити загальні витрати системи при підтриманні високої якості. Це вимагає відповідних змін у законодавстві, стандартах освіти і оплати праці акушерок.

Жодна система не може функціонувати без ефективних механізмів забезпечення та контролю якості, які перетворюють стандарти на реальну практику. Основним інструментом стандартизації є клінічні протоколи, розроблені на основі доказової медицини. Їхнє дотримання є не рекомендацією, а обов'язковою умовою для отримання оплати від НСЗУ та проходження перевірок [33]. Механізм ліцензування та акредитації закладів служить фільтром для допуску до надання послуг. Ліцензування – це мінімальний обов'язковий бар'єр, що підтверджує наявність базових умов (приміщення, обладнання, спеціалісти) для певного виду діяльності. Акредитація – це добровільний, але більш глибокий та всебічний процес зовнішньої оцінки відповідності закладу вищим національним або міжнародним стандартам якості та безпеки пацієнта. В ідеалі статус акредитованого закладу мав би супроводжуватися підвищеними тарифами, пріоритетом у отриманні державного замовлення або іншими преференціями, створюючи потужний стимул для постійного вдосконалення.

Критично важливими є механізми аудиту якості. Внутрішній аудит (самооцінка) допомагає закладу виявляти власні слабкі сторони, проаналізувати причини інцидентів і впроваджувати корекційні заходи. Зовнішній аудит, що проводиться експертами НСЗУ, МОЗ або незалежними акредитаційними організаціями, включає аналіз документації, спостереження за процесами,

опитування персоналу та пацієнтів. Особливо потужним інструментом є медикаментозна експертиза (клінічний аудит) – ретроспективний, поглиблений аналіз вибраних медичних справ з метою зрозуміти, чи дотримувався клінічний протокол, чи були дії лікарів обґрунтованими з точки зору доказової медицини, які фактори (організаційні, технічні, людські) вплинули на кінцевий результат, у тому числі на несприятливий. На основі таких аудитів формується зворотний зв'язок для навчання персоналу та вдосконалення процесів, а не лише для покарання [31].

Нарешті, неможливо уявити сучасне публічне управління гінекологічною допомогою населенню без потужних інформаційно-комунікаційних механізмів. Єдина державна електронна система охорони здоров'я (ЄДЕСОЗ) є цифровим хребтом всієї системи. Вона забезпечує ведення електронної історії хвороби, що накопичує всі дані про пацієнтку в одному місці незалежно від того, до якого закладу вона зверталася; електронний запис на прийом; електронні рецепти; можливість швидкого обміну інформацією між різними ланками (сімейний лікар → гінеколог → стаціонар); а також автоматичне формування звітів для оплати НСЗУ [53]. Це створює технологічну основу для управління на основі даних, коли рішення приймаються на основі аналізу великих масивів інформації. Механізми відкритих даних та прозорості передбачають публікацію рейтингів якості лікарень, результатів перевірок, даних про витрати коштів, показники смертності та захворюваності. Це залучає до контролю громадськість, стимулює заклади до покращення через конкуренцію за репутацію та дає жінкам можливість інформованого вибору [72]. Активна комунікація з громадськістю через цільові інформаційні кампанії в ЗМІ та соціальних мережах, роботу з лідерами думок і громадськими організаціями спрямована на підвищення обізнаності жінок про права, профілактику, наявні можливості та необхідність регулярного обстеження. Це перетворює пацієнтку з пасивного об'єкта впливу в активного учасника процесу охорони власного здоров'я, що є ключовим елементом ефективної системи.

Підсумовуючи, сучасні механізми публічного управління розвитком гінекологічної допомоги утворюють динамічну та взаємозалежну систему важелів. Фінансові стимули, організаційні реформи, нормативний тиск, інформаційний вплив і громадський контроль знаходяться в постійній взаємодії, іноді посилюючи, а іноді й ослаблюючи один одного. Завдання публічного управління на всіх рівнях полягає не в механічному застосуванні окремих інструментів, а в їх тонкому балансуванні та інтеграції, щоб направити сукупні зусилля всіх учасників системи – від міністра до сімейного лікаря та акушерки – не просто на формальне виконання процедур або максимізацію обсягів, а на досягнення реальних, вимірюваних та цінних результатів у здоров'ї кожної жінки та жіночої популяції України в цілому. Від цього балансу залежить не лише ефективність витрачених бюджетних коштів, але й життя, здоров'я та майбутніх поколінь.

## РОЗДІЛ 2

# ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ

### 2.1 Методики оцінювання рівня розвитку гінекологічної допомоги населенню

Об'єктивна та всебічна оцінка рівня розвитку гінекологічної допомоги є критично важливою для ефективного публічного управління. Вона дозволяє перетворити абстрактні цілі політики на вимірювані індикатори, діагностувати проблеми, контролювати ефективність використання ресурсів, порівнювати результати в динаміці та між регіонами, а також забезпечувати підзвітність інституцій перед суспільством. Сучасний підхід до оцінки виходить за рамки аналізу виключно медичних результатів і передбачає комплексне вивчення системи за чотирма взаємопов'язаними блоками: доступність, якість, ефективність та справедливість [95]. Для кожного з цих блоків існує набір конкретних методик та показників, що формують систему моніторингу та оцінки.

Оцінка доступності гінекологічної допомоги стосується фізичної, фінансової та інформаційної можливості жінки отримати необхідну медичну послугу в потрібний час. Методики тут носять переважно кількісний та геопросторовий характер. Фізична (територіальна) доступність оцінюється через аналіз щільності мережі закладів і кадрів. Ключові показники включають: кількість лікарів-гінекологів та акушерок на 10000 жіночого населення (з поділом на міське та сільське населення) [34]; середню відстань/час до найближчого закладу, що надає первинну або екстрену гінекологічну допомогу (з використанням геоінформаційних систем, ГІС) [44]; наявність та рівномірність розподілу спеціалізованих центрів (перинатальних, онкогінекологічних тощо) в обласному розрізі. Важливим інструментом є

картографування «мертвих зон» – територій, звідки до будь-якого відповідного закладу понад 30-40 хвилин їзди, особливо в умовах погіршення дорожньої інфраструктури через бойові дії в період військового стану. Фінансова доступність аналізується через призму наявності та повноти покриття витрат системою державних гарантій. Методики включають: моніторинг частки жінок, які мають формальний доступ до безоплатної допомоги через прикріплення до лікаря ПМСД; аналіз структури тарифів НСЗУ на гінекологічні послуги порівняно з їх розрахунковою собівартістю [49]; соціологічні опитування щодо частки домогосподарств, які зазнають катастрофічних витрат на медицину (коли витрати на здоров'я перевищують 40 % доходів, що не йдуть на харчування) [75]; вивчення обсягів та причин звернення до платних послуг в приватному секторі чи неформальних платежів у державному. Інформаційна доступність та доступність за часом оцінюються через показники середнього терміну очікування планового прийому до гінеколога, заповненість тарифованих замовлень НСЗУ (чи всі можливі послуги реально доступні), а також наявність і якість телемедичних консультацій для віддалених регіонів.

Оцінка якості надання допомоги є найбільш складним і багатоаспектним завданням, що потребує поєднання кількісних і якісних методів. Вона поділяється на оцінку якості структури, процесів та результатів (модель Донабедіана) [118]. Якість структури – це оцінка ресурсного забезпечення: відповідність матеріально-технічної бази (обладнання, інструменти, санітарний стан приміщень) встановленим стандартам МОЗ [30]; рівень кваліфікації персоналу (частка лікарів та акушерок з вищою та першою категорією, участь у програмах безперервного професійного розвитку); наявність та актуальність ліцензій та сертифікатів. Методики включають акредитаційні та ліцензійні перевірки, аудити обладнання. Якість процесів стосується того, наскільки дії медиків відповідають клінічним протоколам і стандартам доказової медицини. Основна методика – медикаментозна експертиза (клінічний аудит) [31] – ретроспективний поглиблений аналіз вибірки медичних карт стаціонарних та амбулаторних пацієнток. Експерти перевіряють повноту та обґрунтованість

діагностики (наприклад, чи були призначені всі необхідні аналізи при підозрі на запальне захворювання), адекватність лікування (відповідність призначених препаратів і доз протоколам), правильність ведення документації. Також використовується аналіз показників, що опосередковано характеризують якість процесів: частота післяопераційних ускладнень (наприклад, нагноєння після кесарського розтину), рівень госпітальних інфекцій, частота повторних госпіталізацій з тієї ж причини протягом 30 днів. Якість результатів – це оцінка кінцевих змін у стані здоров'я пацієнток. Ключові показники тут поділяються на клінічні та суб'єктивні. До клінічних належать:

- показники смертності – материнська смертність (на 100000 живонароджень) – «золотий стандарт» оцінки системи [76]; смертність від онкогінекологічних захворювань; смертність від ускладнень вагітності, пологів та післяпологового періоду;

- показники захворюваності – частота акушерських ускладнень (пreekлампсія, кровотечі), частота інфекцій, що передаються статевим шляхом (ПСС), частота виявлення онкопатології на різних стадіях (питома вага ранніх стадій I-II в загальній структурі) [82];

- інші медичні результати – частота недоношеності, частота народження дітей з низькою масою тіла, успішність лікування безпліддя (частота настання вагітності після допоміжних репродуктивних технологій).

Суб'єктивна оцінка якості проводиться через опитування задоволеності пацієнток (patient-reported experience measures, PREMs) [96]. Це стандартизовані анкети, що вимірюють такі аспекти, як повага та гідність у ставленні персоналу, ясність пояснень, участь у прийнятті рішень, комфорт умов перебування, організація процесів. Високий рівень задоволеності корелює з більшою прихильністю до лікування та кращими клінічними результатами.

Оцінка ефективності зосереджена на співвідношенні використаних ресурсів (фінансових, матеріальних, людських) та отриманих результатів. Вона відповідає на питання «чи досягаємо ми максимуму можливого за наявних обмежень?». Методики включають: аналіз продуктивності (наприклад,

кількість операцій на одного лікаря-гінеколога на рік, середня тривалість перебування в ліжку гінекологічного профілю); фінансовий аналіз ефективності (собівартість послуги, порівняння тарифів НСЗУ з витратами закладів, аналіз структури витрат); порівняльний бенчмаркінг – зіставлення показників різних закладів одного рівня або різних регіонів для виявлення кращих практик і неефективних моделей. Сучасним підходом є оцінка вартісно-орієнтованої допомоги (value-based healthcare), де ефективність вимірюється як співвідношення отриманих результатів для здоров'я (набір індикаторів outcomes) до витрат на їх досягнення протягом всього циклу допомоги (наприклад, від діагностики раку до реабілітації) [112]. Це вимагає інтеграції фінансових даних і даних про результати, що є складним, але найбільш інформативним завданням.

Оцінка справедливості (рівності) аналізує, чи є доступ та результати допомоги рівними для різних соціально-демографічних груп жінок, незалежно від їх доходу, місця проживання, освіти, етнічної приналежності чи статусу внутрішньо переміщеної особи (далі-ВПО). Методики тут включають стратифікаційний аналіз ключових показників. Наприклад, материнська смертність розраховується окремо для міського та сільського населення, для різних областей, для жінок з вищою та базовою освітою. Дані про охоплення скринінгом раку шийки матки аналізуються за рівнем доходу домогосподарств [82]. Використовується індекс концентрації для кількісної оцінки нерівності у розподілі певного показника (наприклад, використання служб планування сім'ї) щодо рівня багатства [75]. Оцінка справедливості для внутрішньо переміщених осіб та жінок на тимчасово окупованих територіях є окремим критичним викликом, що вимагає адаптації методів збору даних через їхню фрагментацію та вразливість цих груп.

Для комплексної оцінки розвитку системи використовуються інтегральні індекси та системи балів. МОЗ та НСЗУ формують рейтинги закладів охорони здоров'я на основі набору ключових показників якості та ефективності (далі – KPI), що часто публікуються для забезпечення прозорості [31]. Міжнародні

організації (ВООЗ, Єврокомісія) розробили набори індикаторів для моніторингу охорони здоров'я матері та дитини (наприклад, Європейський перинатальний звіт Euro-Peristat) [99]. В умовах цифровізації основним джерелом даних стає Єдина державна електронна система охорони здоров'я (далі – ЄДЕСОЗ) [53], яка, за умови якісного заповнення, може забезпечити оперативний, детальний аналіз практично в режимі реального часу. Однак головними викликами залишаються якість первинних даних (неповнота записів, помилки кодування), несвоєчасність звітування, фрагментація інформаційних систем (особливо для приватного сектора) та трудомісткість проведення якісних аудитів. Таким чином, ефективна оцінка рівня розвитку гінекологічної допомоги потребує не просто набору показників, а побудови цілісної системи моніторингу, що поєднує адміністративні дані, результати аудитів і голос пацієнток, забезпечуючи управлінців усіх рівнів надійною інформацією для прийняття обґрунтованих рішень.

Реалізація публічного управління розвитком гінекологічної допомоги в Україні в контексті загальної реформи охорони здоров'я принесла сукупність результатів, що характеризуються глибокою двозначністю та внутрішніми суперечностями. З одного боку, було здійснено низку структурних та інституційних змін, які мали на меті вивести систему з стану застою та побудувати нову, орієнтовану на пацієнта модель. З іншого боку, об'єктивна оцінка цих результатів демонструє, що позитивні зрушення часто були частковими, локальними або супроводжувалися непередбаченими негативними наслідками, які в ряді випадків посилювали довоєнні проблеми або створили нові виклики, особливо в умовах повномасштабної війни. Для комплексного аналізу слід розглянути результати у кількох взаємопов'язаних площинах: інституційно-фінансовій, організаційно-мережевій, якості надання допомоги та впливу на показники здоров'я населення.

У інституційно-фінансовій площині ключовим результатом стало створення принципово нової архітектури фінансування через механізм «гроші йдуть за пацієнтом» та інституту НСЗУ як єдиного платника за програмою

державних гарантій [49]. Це призвело до формалізації та значного підвищення прозорості фінансових потоків у системі. Кошти почали направлятися не абстрактним закладам на підтримку їх існування, а конкретним провайдерам за фактично надані медичні послуги, зафіксовані в електронній системі. Така зміна створила базовий ринковий стимул для ЗОЗ: для отримання фінансування потрібно було активно працювати з пацієнтами, укладати договори з НСЗУ, впроваджувати електронний документообіг і дотримуватися встановлених правил. Це спричинило хвилю внутрішніх організаційних змін у багатьох, особливо великих та амбітних, лікарнях, які почали більш уважно ставитися до планування, обліку та маркетингу своїх послуг. Окремі заклади, зокрема в містах-мільйонниках, отримали можливість суттєво збільшити обсяги фінансування за рахунок ефективної роботи. Важливим позитивним результатом стало також істотне підвищення фінансування первинної медико-санітарної допомоги (далі – ПМСД) через систему капітації (поголівної оплати) [52]. Доходи сімейних лікарів та первинних ланок значно зросли порівняно з дореформенним періодом, що стало потужним, хоч і недостатнім, сигналом для розвитку профілактичної роботи та зміцнення цієї основної ланки системи. Масштабне укладення тисяч договорів НСЗУ із закладами по всій країні формально забезпечило широкий географічний охоплення програмою гарантій та дозволило мільйонам жінок легально прикріпитися до лікаря ПМСД, отримуючи безоплатні консультації, огляди та ведення вагітності.

Однак, ці позитивні інституційні зрушення були суттєво підірвані та спотворені фундаментальною фінансовою проблемою – хронічним і структурним недофінансуванням через неадекватні тарифи НСЗУ. Розраховані без ґрунтовного аналізу реальної собівартості, тарифи на гінекологічні пакети послуг (від ведення вагітності до складних онкохірургічних втручань) виявилися значно нижчими за фактичні витрати закладів, особливо з урахуванням вартості сучасних витратних матеріалів, ліків, амортизації дорогого обладнання і адекватної оплати праці кваліфікованого персоналу [2]. Як наслідок, навіть при повному виконанні плану послуг багато комунальних

лікарень, особливо другого (районного/міського) рівня, опинилися у стані перманентної фінансової кризи, отримуючи системний збиток. Ця ситуація створила парадокс: формально система перейшла на прогресивну модель фінансування, але структурна недостатність ресурсів заблокувала її справжню трансформацію та призвела до ряду зворотних ефектів. Лікарні змушені були вдаватися до стратегій виживання: скорочувати витрати на розвиток та ремонт, використовувати дешевші аналоги матеріалів, покладатися на бюджетні дотації від органів місцевого самоврядування (які самі перебувають у фінансовій скруті) або, у найгіршому випадку, створювати тиск на пацієнтів з вимогою докупити необхідне, що підривало саму ідею безоплатності гарантованої допомоги. Крім того, механізм «гроші йдуть за пацієнтом» виявився неефективним у депресивних регіонах та сільській місцевості, де відсутні ринок та конкуренція, а є монополія єдиної, часто занедбаної лікарні [105]. Тут система призвела не до розвитку, а до фінансового виснаження єдиного провайдера, загрожуючи його закриттям та повною втратою доступу до медицини для місцевого населення. Розрив відповідальності між НСЗУ (операційні витрати) та органами місцевого самоврядування (капітальні витрати) лише посилив цю проблему, оскільки стимулів у місцевої влади інвестувати в інфраструктуру, з якої вона не отримує прямого доходу, практично не існувало.

В організаційно-мережевій площині результати реалізації також мають двозначний характер. З одного боку, спостерігалися певні позитивні зрушення. Активізувався та диверсифікувався ринок первинної допомоги: окрім державних поліклінік, виникли та почали роботу за договорами з НСЗУ численні приватні та громадські центри ПМСД, що дещо підвищило вибір для пацієнтів у великих містах [52]. Впровадження електронної системи направлення та стратегічний акцент на розвиток мережі перинатальних центрів третього рівня сприяли поступовій централізації складних випадків патології вагітності, що теоретично має покращувати результати лікування завдяки концентрації експертизи та технологій [65]. Важливим культурним зрушенням

стало масове впровадження сучасних клінічних протоколів, заснованих на доказовій медицині, обов'язковість яких була умовою отримання оплати від НСЗУ [33]. Це призвело до поступового витіснення багатьох застарілих, інвазивних і необґрунтованих практик (наприклад, рутинного голодування під час пологів, надмірного призначення антибіотиків, безпідставних кесаревих розтинів) та сприяло розвитку більш гуманізованих підходів, таких як індивідуальне ведення пологів, що підвищує комфорт і безпеку жінки. Запуск Єдиної державної електронної системи охорони здоров'я (далі – ЄДЕСОЗ) заклав технологічну основу для кращого обліку та відстеження маршрутів пацієнток, хоча якість і повнота заповнення даних залишалися нерівномірними [53].

З іншого боку, організаційна трансформація не була глибокою та всеохоплюючою. Система маршрутизації, формально існуюча, на практиці працювала зі значними збоями через слабку комунікацію між рівнями допомоги, відсутність єдиних інформаційних потоків та іноді корпоративну неготовність лікарень нижчого рівня «відпускати» пацієнток. Це призводило до того, що жінки часто самостійно, без офіційного направлення, шукали допомоги в обласних центрах, створюючи хаотичні потоки та перевантажуючи ключові заклади. Мережа ЗОЗ залишалася фрагментованою та неефективною, сформованою більше історично, ніж за принципом функціональності. Багато районних лікарень, незважаючи на відсутність ресурсів, продовжували намагатися надавати весь спектр послуг, що неминуче вело до низької якості. Процеси оптимізації мережі (закриття неефективних відділень, об'єднання закладів) зустрічали потужний соціальний та політичний опір, фактично блокуючись [116]. Найбільш критичною проблемою став посилений внаслідок реформи розрив у доступності допомоги між регіонами. У великих містах та обласних центрах конкуренція та наявність перинатальних центрів забезпечували певний вибір і доступ до сучасних технологій. У сільській місцевості та малих містах спостерігалася протилежна тенденція: фінансова нерентабельність призводила до закриття або деградації гінекологічних

відділень, відтоку останніх лікарів, що робило планову консультацію або екстрену допомогу недосяжною без тривалих та коштовних поїздок [75]. Таким чином, реформа, задумана для підвищення ефективності, у багатьох випадках лише поглибила вже існуючу територіальну нерівність.

Що стосується впливу на показники здоров'я жіночого населення – найважливішого критерію успіху будь-якої медичної реформи – результати також неоднозначні. За даними за довоєнний період (до 2022 року), спостерігалася позитивна динаміка зниження «материнської смертності». Коефіцієнт впав з 21 на 100 тисяч живороджень у 2010 році до приблизно 11–12 у 2021 р. [76]. Цей прогрес можна частково пов'язати з централізацією допомоги високого ризику у перинатальних центрах та впровадженням нових протоколів ведення пологів та акушерських ускладнень [33]. Однак, навіть ця покращена цифра залишалася в 3-4 рази вищою за середньоєвропейські показники (наприклад, у Польщі – близько 2), що вказувало на наявність глибоких, невирішених системних проблем [99]. У сфері онкологічної допомоги результати були значно гіршими. Показники захворюваності та смертності від раку шийки матки та молочної залози в Україні залишалися одними з найвищих в Європі [82]. Державні програми скринінгу, формально існуючі, характеризувалися катастрофічно низьким охопленням (менше 30% цільової групи) через погане фінансування, неефективну організацію, недостатню інформаційну підтримку та низьку обізнаність населення [40]. Реформа не змогла кардинально виправити цю ситуацію; включення окремих скринінгових тестів у пакет ПМСД було лише першим кроком, якому не передувала комплексна стратегія. Показники репродуктивного здоров'я також не демонстрували якісного прориву: рівень абортів, хоча й знижувався, залишався високим, а поширеність запальних захворювань та інфекцій, що передаються статевим шляхом, свідчила про неефективність профілактичної роботи на первинному рівні [12]. Соціологічні опитування задоволеності пацієнток фіксували двозначну картину: ті, хто потрапив до модернізованих центрів або отримав допомогу за новими гуманізованими протоколами, частіше

висловлювали задоволення; водночас наростало обурення щодо фінансових бар'єрів (необхідність докуповувати матеріали), довгих черг і повної недоступності кваліфікованих фахівців у глушині [96].

Всі ці довоєнні тенденції та результати були жорстоко скориговані та перекреслені з початком повномасштабного російського вторгнення. Війна стала катастрофічним екзогенним шоком, який виявив усі вразливості реформованої, але ще не зміцнілої системи. Руйнування інфраструктури (понад 150 ЗОЗ, включно з ключовими перинатальними центрами в Маріуполі, Чернігові, Харкові) повністю знищило локальні системи надання допомоги на великих територіях [15]. Масове переміщення мільйонів жінок-ВПО призвело до розриву зв'язків з лікарями ПМСД, втрати медичної документації та колапсу звичної системи маршрутизації; система виявилася неготовою до оперативної реєстрації та інтеграції таких мас пацієнток. Експертні оцінки вказують на неминуче погіршення всіх ключових показників здоров'я: зростання ризиків для вагітних через стрес, погане харчування та перерви в спостереженні; збільшення кількості акушерських та гінекологічних ускладнень; катастрофічне погіршення онкологічних результатів через перерви в лікуванні та неможливість проведення планових скринінгів [26]. Надмірне навантаження на західні регіони, що приймали потоки переселенок, призвело до перенавантаження лікарень, яке не компенсувалося адекватним додатковим фінансуванням через тарифи НСЗУ [49]. Єдиним беззаперечно позитивним результатом цього періоду можна вважати неймовірну адаптивність та героїзм медиків, які в умовах екстремуму навчилися працювати в нових, непередбачуваних форматах: проведення пологів у бомбосховищах, організація евакуаційних пологових бригад, тимчасових відділень та активне використання телемедицини для консультацій у прифронтовій зоні [17].

Підсумовуючи, результати реалізації публічного управління розвитком гінекологічної допомоги в Україні слід оцінювати не як провал чи тріумф, а як складний, незавершений та кризовий процес трансформації. Було створено потужний інституційний каркас нової системи (НСЗУ, нові фінансові

механізми, електронні системи, сучасні протоколи), закладено основи для змін у логіці роботи закладів та отримано певний прогрес у зниженні материнської смертності. Однак, ці позитивні зрушення були обмежені та частково зведені нанівець через структурні вади самої реформи (недофінансування, неадекватні тарифи), через поглиблення регіональної та соціальної нерівності в доступі, а також через руйнівний вплив повномасштабної війни. Отже, основним підсумком є створення потенціалу для розвитку, що супроводжується наявністю серйозних системних загроз. Подолання цих загроз і реалізація потенціалу ставить перед публічним управлінням нові, ще складніші завдання, що потребують не продовження реформи в колишньому форматі, а її глибокої корекції та адаптації до воєнних та повоєнних реалій. З початку повномасштабної агресії РФ проти України сфера охорони здоров'я, як і інші гуманітарні складові соціально-економічного розвитку, функціонує в умовах масштабних військових загроз і безпрецедентних викликів [15]. Щоденні хаотичні обстріли певних регіонів з боку країни-агресора, довготривале перебування майже 30% території з населенням під окупацією, пошкодження та руйнація медичної інфраструктури кардинально вплинуло на якість та доступність надання гінекологічної допомоги населенню окремих територій

## **2.2 Проблеми зі забезпеченням розвитку гінекологічної допомоги населенню**

Глибокий системний аналіз стану гінекологічної допомоги в Україні після першої хвилі реформ та в умовах триваючої військової агресії виявляє комплекс критичних проблем, які не просто уповільнюють розвиток, а створюють реальну загрозу для здоров'я жіночого населення та демографічної безпеки країни. Ці проблеми мають багаторівневу структуру: частина з них є наслідком структурних вад самої реформи охорони здоров'я, частина – продовженням пережитків радянської системи, що так і не були виправлені, а

частина – абсолютно новими викликами, породженими воєнним станом, до яких система взагалі не була готова. Вони переплетені в щільний клубок, де одна проблема посилює іншу, формуючи ефект «порочного кола», розірвати який вимагає не поодиноких адміністративних рішень, а стратегічного переосмислення підходів до публічного управління в цій сфері.

На першому місці серед цих проблем, безумовно, знаходиться катастрофічна фінансова нестійкість системи, породжена хронічним недофінансуванням та неадекватністю базових механізмів розподілу коштів. Серцем цієї кризи є принципова розбіжність між НСЗУ тарифами на медичні послуги та їх реальною собівартістю [2]. Ці тарифи, розроблені, швидше за все, з урахуванням фіскальних можливостей державного бюджету, ніж економічних реалій медичної практики, створюють парадоксальну ситуацію, коли формально успішна, затребувана лікарня, що повністю виконує план надання допомоги, опиняється у стані постійного фінансового дефіциту. Особливо це стосується високотехнологічної гінекологічної та акушерської допомоги. Наприклад, тариф на оперативні пологи (кесарів розтин), що включає роботу цілої команди спеціалістів, анестезію, використання операційної, дорогих одноразових шовних та гемостатичних матеріалів, нерідко не покриває навіть вартості цих матеріалів. Аналогічна ситуація з лапароскопічними операціями в гінекології, вартість одноразових картриджів і стейплерів для яких може перевищувати весь тариф. Це змушує заклади охорони здоров'я (ЗОЗ) вдаватися до практик, які суперечать як етиці, так і логіці реформи: штучне збільшення обсягів допомоги (наприклад, немотивовані госпіталізації або призначення додаткових процедур), використання найдешевших, не завжди якісних аналогів, скорочення витрат на кваліфікацію персоналу та технічне обслуговування обладнання, а в найгіршому випадку – пряме чи приховане звернення до пацієнток з вимогою покрити різницю [83]. Таким чином, механізм «гроші йдуть за пацієнтом», задуманий як інструмент стимулювання якості, на практиці перетворюється на інструмент виживання, що спонукає до кількісних, а не якісних показників [105]. Окремою трагедією є повна

неадекватність цієї моделі для депресивних регіонів і сільської місцевості. У районах з низькою щільністю, старіючим та збіднілим населенням відсутній сам концепт ринкової конкуренції між закладами. Там функціонує, як правило, одна районна лікарня, що є монополістом. Мала кількість жителів обумовлює мізерні обсяги послуг і, відповідно, мізерне фінансування від НСЗУ. Утримувати навіть одного лікаря-гінеколога і акушерсько-гінекологічне відділення в таких умовах стає економічно неможливим. Результатом є закриття відділень, скорочення штату або його формальне існування при фактичній неможливості надавати допомогу, що робить будь-який доступ до планової та екстреної гінекологічної допомоги фікцією [1].

Жінки змушені здійснювати багатогодинні дорогі поїздки до обласних центрів, що для багатьох просто недоступно. Ще одним структурним розладом є фатальний розрив у фінансовій відповідальності між різними рівнями влади. НСЗУ, будучи національним оператором, фінансує поточну діяльність – оплату праці, ліки, витратні матеріали. А от відповідальність за капітальне здоров'я системи – будівництво, капітальний ремонт, закупівля дорогого обладнання (МРТ, КТ, сучасних операційних комплексів) – покладена на ОМС. Бюджети ОМС, особливо в тих же депресивних регіонах, зазвичай дефіцитні та не розраховані на такі інвестиції. Крім того, у місцевої влади відсутні прямі економічні стимули вкладати в інфраструктуру, з якої вона не отримує фінансового зворотного зв'язку [71]. Навіть якщо лікарня ефективно працює та приносить дохід від НСЗУ, ці кошти йдуть на її поточні потреби, а не в бюджет ОМС. Це створює класичну проблему «принципала-агента» і призводить до фізичної деградації матеріально-технічної бази: будівлі руйнуються, обладнання морально та фізично застаріває, а нове не закуповується. Лікарня може мати чудовий колектив і сучасні протоколи, але не може функціонувати в приміщенні з дірявим дахом і без працюючого ліфта для транспортування породіль та післяопераційних, водопостачання та водовідведення.

Другою критичною проблемою, яка тісно переплетена з фінансовою, є глибока кадрова криза, що набула характер системного колапсу. Система

гінекологічної допомоги страждає від потрійного лиха: масового дефіциту фахівців, їх стрімкого старіння та неконтрольованої втечі кваліфікованих кадрів [80]. Професія акушера-гінеколога в Україні втратила соціальний престиж та економічну привабливість. Надмірне навантаження (одному лікареві в поліклініці може бути прикріплено понад дві тисячі жінок), постійний адміністративний тиск, високий рівень юридичних ризиків і професійного вигорання на тлі фінансової невизначеності роблять цю спеціальність малопривабливою для молодих лікарів. Приплив нових кадрів через довгу (9–12 років) і дорогу освіту є мізерним і не компенсує навіть природне вибуття. Середній вік працюючих у комунальних лікарнях акушерів-гінекологів невпинно наближається до пенсійного, а багато хто з них продовжує працювати лише через відсутність заміників і моральну відповідальність. Цю ситуацію загострює потужна хвиля міграції кваліфікованих кадрів. Найкращі, найбільш ініціативні та освічені фахівці активно шукають альтернативи: вони переходять у приватний сектор, де можуть отримати адекватну оплату та більш комфортні умови праці, або емігрують за кордон [13].

Країни ЄС, такі як Польща, Німеччина, Чехія, активно вербують українських медиків, пропонуючи стабільні зарплати, соціальні гарантії, передбачуване навантаження і захист від юридичних переслідувань. Внутрішня міграція з сіл у міста та зі східних, постраждалих від війни регіонів на західні ще більше урізноманітнює регіональний дисбаланс. При цьому абсолютно неефективними виявилися механізми залучення та утримання кадрів у проблемних регіонах. Існуючі доплати «за сільськість» є символічними та не компенсують жодного з критичних факторів: професійної ізоляції (немає можливості консультуватися з колегами, брати участь у конференціях), перевантаження адміністративною та часто навіть санітарною роботою, відсутності сучасного обладнання для реалізації навичок, поганих умов проживання і часто ворожого ставлення місцевого консервативного суспільства до молодих лікарів, особливо жінок [38]. Реформа не запропонувала жодної цілісної кадрової стратегії, що включала би не тільки грошові стимули, але й

програми наставництва, гарантоване житло, підвищення кваліфікації за державний кошт, підтримку сімей медиків, залишивши це питання на ринковому самопливі, який призвів до катастрофи.

Третім блоком серйозних проблем є організаційна неефективність, фрагментація системи та слабкість управлінської вертикалі та горизонталі. Незважаючи на формальне проголошення мережевого підходу, реальна система маршрутизації пацієнток працює хаотично та з величезними накладками. Відсутні чіткі, обов'язкові та технологічно підтримувані протоколи направлення між рівнями медичної допомоги [66]. Сімейний лікар, виявивши патологію вагітності, часто не має зрозумілого алгоритму, куди і як електронно направити пацієнтку, щоб вона гарантовано потрапила до потрібного фахівця в обласному центрі вчасно. Система ЄДЕСОЗ поки що не виконує функцію безперервного документообігу. Крім того, існують потужні економічні та корпоративні бар'єри: керівництво районної лікарні не зацікавлене «відпускати» пацієнтку, адже це означає втрату доходу [105]. Як наслідок, жінки з ускладненнями часто самостійно, за власним розсудом або за порадою знайомих, їдуть до обласних центрів, створюючи непередбачувані потоки та перевантажуючи перинатальні центри, де вони можуть чекати у черзі на госпіталізацію вже в критичному стані. Структура мережі закладів залишається архаїчною і економічно необґрунтованою. Вона була сформована за радянським принципом «лікарня в кожному районі» без урахування сучасних вимог до концентрації ресурсів та експертизи [116]. Багато малопотужних районних лікарень продовжують намагатися надавати повний спектр послуг, включаючи складну акушерську та гінекологічну хірургію, не маючи для цього ні необхідного обладнання (наприклад, апарату швидкої діагностики Д-дімеру при підозрі на тромбоемболію), ні кваліфікованих кадрів (анестезіолога-реаніматолога, неонатолога), що становить пряму загрозу життю пацієнток. Процеси раціональної оптимізації мережі, такі як закриття неефективних відділень, об'єднання закладів у клінічні кластери з централізованими службами діагностики та хірургії, блокуються потужним соціо-політичним

опором. Лікарня часто є основним роботодавцем у малих містах, символом стабільності, і її закриття сприймається місцевою владою та громадою як соціальна катастрофа, навіть якщо це закриття обумовлено безпекою пацієнтів. Ще однією вадою є відсутність єдиного центру відповідальності та ефективної координації на регіональному рівні. МОЗ формує політику, НСЗУ розподіляє гроші, а ОМС володіє інфраструктурою. Жодна з цих інституцій не несе повної відповідальності за кінцевий результат – здоров'я жінок у конкретній області. Це призводило до того, що в довоєнний час обласні департаменти охорони здоров'я, будучи підпорядкованими ОМС, часто не мали реальних важелів впливу на заклади, які стали фінансово залежними від НСЗУ, а не від місцевого бюджету. Складалася ситуація управлінського вакууму.

Четвертий блок проблем стосується недосконалості системи забезпечення якості, моніторингу та інформаційної підтримки управлінських рішень. На практиці механізми контролю якості мають переважно репресивний та бюрократичний характер. Перевірки НСЗУ часто зводяться до перевірки наявності та правильності заповнення документів, а не до аналізу клінічних рішень. Потужний інструмент глибокої оцінки – медикаментозна експертиза (клінічний аудит) – застосовується епізодично, покриває мізерний відсоток випадків і часто сприймається лікарями як каральний захід, а не як можливість для навчання та вдосконалення практики [31]. Його результати рідко трансформуються в конкретні навчальні програми, зміни в протоколах чи системні рішення. Критичною прогалиною є повна відсутність зв'язку між фінансуванням та якістю результатів [112]. Лікарня отримує однакову оплату за пологи, незалежно від того, чи виникли у пацієнтки серйозні ускладнення через помилки персоналу, чи вона виписалася зі здоровою дитиною та без проблем. Немає фінансових стимулів для профілактики ускладнень, підвищення рівня задоволеності пацієнок чи проведення скринінгів. Інформаційна система ЄДЕСОЗ, попри технічний запуск, залишається «системою звітності», а не «системою управління». Вона заповнюється часто формально, задля отримання оплати, медичні записи неповні, дані про результати лікування – такі як

віддалені ускладнення, якість життя після лікування – практично не фіксуються. Це робить неможливим перехід до публічного управління, заснованого на даних [53], коли рішення про розподіл ресурсів, оптимізацію мережі чи розвиток конкретних служб приймаються на основі аналітики. Для жінок-пацієнок практично відсутня прозора, порівняльна інформація про якість роботи різних закладів та лікарів. Немає публічних рейтингів, заснованих на показниках ускладнень, задоволеності, дотриманні протоколів. Це позбавляє жінок можливості інформованого вибору і зводить конкуренцію між закладами, якщо вона є, до рівня реклами та маркетингу, а не реальних результатів [72].

П'ятою, та особливо гострою в умовах війни, групою проблем є соціально-гуманітарні виклики та криза доступності для найбільш вразливих груп населення. Реформа в довоєнний період практично не торкнулася глибинних проблем нерівності. Сьогодні вони посилилися в рази. Для внутрішньо переміщених жінок (далі – ВПО) доступ до гінекологічної допомоги супроводжується множинними бар'єрами: фізична недосяжність через руйнування інфраструктури в рідних регіонах або переповненість ЗОЗ у місцях компактного проживання; бюрократичні перешкоди (тимчасове прикріплення до лікаря ПМСД, особливо якщо немає документів); втрата медичної документації та перерви в спостереженні за вагітністю чи хронічними захворюваннями; психологічні бар'єри (незнайоме середовище, страх, недовіра) [26]. Для жінок з тимчасово окупованих територій ситуація ще трагічніша: відсутність будь-якої якісної допомоги на місці, неможливість виїзду [15], порушення постачання життєво необхідних ліків (наприклад, для онкохворих). Для жінок з інвалідністю залишаються неподолані архітектурні та комунікаційні бар'єри у ЗОЗ. Для представниць ромської спільноти додаються мовні труднощі, дискримінація та недовіра до офіційних інституцій. Для жінок з критично низькими доходами навіть формально безоплатна послуга стає недоступною через витрати на транспорт до обласного центру, необхідність докупувати ліки та матеріали, втрату доходу на час лікування. Особливою катастрофою є масштабна психологічна травма, завдана війною. Хронічний

стрес, тривога, пережите горе та насильство мають прямий фізіологічний вплив на репродуктивне здоров'я: порушення менструального циклу, зростання ризику невиношування вагітності, передчасних пологів, розвиток психосоматичних розладів. Система гінекологічної допомоги абсолютно не інтегрована зі службами психологічної та психіатричної допомоги [103]. Гінекологи та акушерки не навчені розпізнавати ознаки посттравматичного стресового розладу у пацієнок, не мають навичок травмоінформованого підходу, не знають, куди направити за психологічною допомогою. Зв'язок «психіка-тіло» ігнорується, що робить будь-яку медичну допомогу неповною та менш ефективною. Крім того, загальне погіршення соціально-економічних умов – зростання бідності, безробіття, погіршення якості харчування та води – опосередковано, але потужно впливає на здоров'я жіночого населення [75], підвищуючи ризик анемії, дефіциту мікроелементів, загострення хронічних захворювань, що робить жінок більш вразливими до ускладнень вагітності та гінекологічних патологій. Боротьба з цими соціальними детермінантами здоров'я виходить далеко за рамки компетенції МОЗ та НСЗУ, але без їх вирішення ефективність будь-яких медичних втручань буде значно нижчою.

Усі описані проблеми не існують ізольовано. Вони утворюють складну мережу негативних зворотних зв'язків. Низькі тарифи → низькі зарплати та відтік кадрів → погіршення якості та довіри → уникнення системи пацієнтами → ще менше фінансування закладів. Слабка первинна ланка → недостатня профілактика → важкі запущені форми захворювань → перевантаження дорогих стаціонарів → ще більший фінансовий дефіцит. Війна розкрутила ці петлі, додавши фактори руйнування, міграції та травми. Таким чином, проблеми забезпечення розвитку гінекологічної допомоги є системною патологією, що вимагає не косметичного ремонту окремих елементів, а глибинної перебудови з чітким розумінням їх взаємозв'язків. Без подолання цієї патології будь-які подальші ініціативи з удосконалення публічного управління ризикують залишитися на рівні благих намірів, нездатних зламати інерцію системного занепаду.

### РОЗДІЛ 3

## КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ВДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ

### 3.1 Адаптація до умов України передового світового досвіду щодо розвитку гінекологічної допомоги населенню

Подолання глибоких системних проблем, виявлених у другому розділі, потребує не лише внутрішнього корегування наявних механізмів, але й творчого, критичного засвоєння міжнародного досвіду. Сліпо копіювати інші моделі неможливо та небезпечно через суттєві відмінності в історичному контексті, економічних можливостях, культурних нормах та, що найважливіше, через умови триваючої війни. Однак відмова від вивчення успішних практик також була б фатальною помилкою. Завдання полягає в ретельному аналізі ключових принципів та інструментів, що довели свою ефективність у країнах з високоякісною системою охорони здоров'я матері та дитини (таких як країни Скандинавії, Німеччина, Франція, Великобританія, Канада, а також наші найближчі сусіди – Польща та країни Балтії), з подальшою їхньою творчою адаптацією до українських реалій [17]. Цей процес має бути заснований на принципах «доказового запозичення» та обов'язкового пілотування перед масштабним впровадженням.

В основі майже усіх реформ лежать намагання підвищити рівень добробуту населення інколи шляхом відновлення свободи особистості, іноді шляхом росту рівня життя та створення надійної системи соціального захисту саме для тих, хто не може обійтись без додаткової допомоги. У випадку, коли мова йде про здоров'я і охорону здоров'я, це, як і всюди, включає у себе стимулювання відповідальності особи, розвиток конкуренції на ринку медичних послуг з метою підвищення його економічної ефективності, й

соціальної та медичної результативності, й децентралізацію управління, покликану забезпечити б оперативну реакцію на виклики сьогодення з урахуванням специфіки певних місцевостей. А в контексті даної роботи нас, передусім, цікавлять передові світові практики щодо розвитку гінекологічної допомоги жіночому населенню, а також спроб поєднання або узгодження дії механізмів публічного управління та ринкових механізмів в сучасних моделях розвитку охорони здоров'я [108].

У більшості європейських держав система охорони здоров'я, базуючись на принципах соціал-демократії і сприяючи гармонії та рівності громадян [64] у доступі до медичної допомоги. Проте кожна країна прагне подальшого покращання ситуації що в свою чергу стимулює до проведення медичних реформ, які реалізуються за принципами солідарності, загальнодоступності надання медичної допомоги, фінансування охорони здоров'я тощо [86].

Світова гінекологія та охорона репродуктивного здоров'я жінок рухаються у напрямку превенції, персоналізації, партнерської моделі надання допомоги та інтеграції новітніх цифрових технологій [104]. Україна, що переживає глибоку демографічну кризу, наслідки війни та реформування системи охорони здоров'я, гостро потребує модернізації саме цієї сфери. Тому ключовим завданням є не механічне копіювання, а творча адаптація світових практик з урахуванням соціально-економічних, культурних та воєнних реалій.

Першим ключовим принципом, який поширений у більшості розвинених систем, є принцип сильної, добре фінансованої та інтегрованої первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) як фундаменту всієї системи охорони здоров'я матері та дитини [113]. У країнах, що досягли успіху, сімейний лікар або команда ПМСД (лікар, акушерка, медична сестра, соціальний працівник) є основним, довіреним і постійним контактом для жінки протягом усього життя, а не лише під час вагітності. Вони несуть повну відповідальність за профілактику, раннє виявлення, диспансерне спостереження та координацію зі спеціалістами.

Окрім того, дуже важливою є персоналізована та прецизійна медицина, що включають генетичні тестування такі як, BRCA-тести для оцінки ризику раку яєчників та молочної залози та індивідуальний підбір гормональної терапії, а також робиться певний акцент на фертильності та репродуктивному плануванні. Це має під собою криоконсервацію яйцеклітин (ооцитів) та ембріонів у зв'язку із відстрочкою материнства або перед хіміотерапією, що дає змогу відновити репродуктивну функцію жінки через певний час.

Фінансування ПМСД є не лише достатнім, але й переважаючим, оскільки це найбільш ефективна інвестиція. Для України адаптація цього принципу має передбачати не просто збереження капітації, а її радикальне посилення. Це означає: значне підвищення розміру капітаційного платежу до рівня, що дозволяє ПМСД бути економічно самостійною та привабливою для лікарів; розширення пакету послуг ПМСД за рахунок включення базових гінекологічних процедур (наприклад, простих кольпоскопій, взяття мазків на цитологію та ІПСШ, введення внутрішньоматкових контрацептивних систем), що дозволить зменшити навантаження на спеціалістів; впровадження моделі «здійсненого доступу» для запобігання чергам, коли більшість візитів планується того самого чи наступного дня; створення стимулів для формування команд ПМСД із включенням акушерки, яка могла б взяти на себе рутинне ведення фізіологічної вагітності, що дозволить лікарю-гінекологу зосередитися на складних випадках [37]. Без побудови такого потужного первинного фундаменту будь-які спроби вдосконалити стаціонарну допомогу будуть марними, оскільки вони будуть постійно «тушити пожежі» запущених станів, а не запобігати їм.

Другим критично важливим принципом, який варто адаптувати, є всебічне, інтегроване та мультидисциплінарне ведення вагітності та пологів (модель Coordinated Care або Team-Based Care) [92]. Передові системи відмовилися від фрагментованого підходу, коли жінка відвідує безліч різних фахівців у різних місцях без єдиного плану. Замість цього вагітна жінка з моменту постановки на облік до випису після пологів супроводжується однією

скоординованою командою. У фізіологічній вагітності та пологах ключову роль часто грає акушерка, яка є основним провайдером, а лікар-гінеколог підключається лише при виникненні ускладнень. У складних випадках команду очолює лікар, але до неї обов'язково входять акушерка, неонатолог, анестезіолог, психолог, соціальний працівник. Усі вони працюють за єдиним індивідуальним планом ведення, розробленим спільно з самою жінкою. Адаптація цієї моделі в Україні є технічно складною, але стратегічно необхідною. Вона вимагає: зміни законодавства та стандартів освіти для офіційного визнання акушерки як незалежного кваліфікованого працівника з розширеними повноваженнями [7]; створення в лікарнях фізіологічних пологових відділень або центрів під керівництвом акушерок, де б пологи приймалися без рутинного медикаментозного втручання, якщо немає показань; впровадження єдиного електронного плану ведення вагітності та пологів в ЄДЕСОЗ, доступного всім членам команди; створення системи навчання та сертифікації для лікарів та акушерок з навичок командної роботи та комунікації. Це не лише підвищить задоволеність жінок та безпеку пологів, але й дозволить раціонально використати дефіцитні лікарські кадри.

Обов'язкові інформовані згоди та залучення пацієнтів до обговорення схем лікування, можливих його варіантів, спільного прийняття рішень, створення мультидисциплінарних команд для ведення складних пацієнтів (частіше це онкогінекологічні хворі) із залученням онколога, гінеколога, радіолога, патолога, хіміотерапевта, психолога – все це є складовими партнерської моделі спілкування з пацієнтом і використовується в багатьох країнах світу [97].

Третім принципом, що безпосередньо стосується управлінської ефективності, є побудова чіткої, логічної і обов'язкової системи маршрутизації пацієнток між рівнями допомоги, заснованої на ризик-орієнтованому підході [120]. У країнах ЄС, таких як Німеччина чи Польща, немає ситуації, коли жінка сама вирішує, куди їй їхати з ускладненням. Існують національні або регіональні протоколи, що чітко визначають: за яких критеріїв (наприклад, тип

цукрового діабету, стан преєклампсії, строк вагітності) пацієнтку направляють з ПМСД у перинатальний центр третього рівня, а за яких – у лікарню другого рівня. Ці протоколи інтегровані в інформаційну систему, а їх дотримання є умовою оплати. Для України адаптація цього принципу є ключовою для подолання хаосу. Вона повинна включати: розробку та законодавче затвердження обов'язкових національних протоколів маршрутизації для основних акушерських і гінекологічних станів; вбудовування алгоритмів маршрутизації в інтерфейс ЄДЕСОЗ, щоб при введенні певних діагнозів або показників система автоматично пропонувала напрям до закладу відповідного рівня та генерувала електронне направлення; створення єдиних регіональних диспетчерських служб, які б у режимі реального часу моніторили наявність вільних місць у стаціонарах різного рівня та координували евакуацію жінок з прифронтових територій [66]; встановлення фінансових стимулів та санкцій: заклад отримує повну оплату за складний випадок лише за наявності правильного електронного направлення, а за прийом пацієнтки, яка не відповідає його профілю, оплата може знижуватися. Це змусить систему працювати як цілісний механізм.

Успішна політика у сфері охорони здоров'я передусім має слугувати соціальній стабільності та покращенню показників здоров'я. Підтвердженням цього є політика у цій сфері розвинених країн, яка базується на справедливому розподілі ресурсів [19].

Четвертий блок світового досвіду стосується фінансових механізмів, орієнтованих на цінність та результати (Value-Based Healthcare, VБHC) [111]. Передові системи поступово відходять від простої оплати за процедуру або за діагноз до моделей, коли частина фінансування прив'язується до досягнення цільових показників здоров'я, якості життя та задоволеності пацієнток. Наприклад, оплата за ведення вагітності може включати бонус за низький рівень передчасних пологів серед прикріплених жінок або за високий відсоток грудного вигодовування. Стаціонар може отримувати додаткове фінансування за низький рівень післяопераційних інфекцій або повторних госпіталізацій. Це

вимагає наявності надійної системи збору даних про результати. Для України, де основною проблемою залишається навіть не результати лікування, а саме фінансування, шлях до впровадження цих механізмів (VBHC) може здатися надто довгим. Однак почати можна з проміжних кроків. По-перше, необхідно терміново провести реформу тарифів НСЗУ на основі детальної калькуляції реальної собівартості послуг, запросивши до цієї роботи незалежних міжнародних експертів (наприклад, зі Світового банку або ЄБРР) [74]. Без цього будь-які подальші інновації неможливі. По-друге, можна впровадити пілотні проекти оплати за пакет послуг для повного циклу допомоги при конкретних станах, наприклад, «лікування раку шийки матки стадії I» або «ведення вагітності та пологів при гестаційному діабеті». У цей пакет включається все: від діагностики та операції до реабілітації та психологічної підтримки. Це стимулює заклад до координації та ефективності. По-третє, можна запровадити систему невеликих, але символічно важливих бонусів за досягнення якісних показників, таких як охоплення скринінгом раку шийки матки серед прикріплених жінок або низький рівень інфекцій в пологовому відділенні. Це створить перші сигнали системі про те, що важливі не тільки обсяги.

Малоінвазивна хірургія є «золотим стандартом» діагностики та лікування. Лапароскопія та офісна гістероскопія використовується як основні методи для більшості оперативних втручань при видаленні лейоматозних вузлів, кіст або вогнищ ендометріозу. Це скорочує терміни госпіталізації, зменшує можливі ускладнення та пришвидшує післяопераційне відновлення [91].

П'ятий принцип стосується активної ролі інформаційних технологій та телемедицини (eHealth, digital health) [98]. У світі цифрові інструменти вже не є допоміжними, а становлять «нервову систему» охорони здоров'я. Для України, особливо в умовах воєнного розриву територій та міграції, адаптація цих інструментів є питанням безпеки. Це включає: перетворення ЄДЕСОЗ з системи звітності на систему управління пацієнтом – її інтерфейс має бути зручним для лікаря для швидкого доступу до всієї історії, призначення ліків,

формування напрямлень; розвиток мобільного додатку для жінок, де можна переглядати свої аналізи, отримувати нагадування про візити та скринінги, вести щоденник вагітності, спілкуватися з командою ПМСД через захищений чат; масштабне впровадження телемедицини для консультацій та дистанційного спостереження. Останнє особливо важливе: жінка в прифронтовому селищі могла б отримати портативний пристрій для вимірювання тиску та рівня цукру, дані з якого автоматично передаються лікарю в обласному центрі. При погіршенні показників система сама подає сигнал тривоги. Це дозволить вчасно втручатися та зменшить потребу в ризикованих поїздках [55]. Адаптація також передбачає створення національних цифрових реєстрів для ключових захворювань (наприклад, реєстр раку шийки матки), що дозволить відстежувати кожну жінку з моменту взяття мазка до закінчення лікування, гарантуючи безперервність допомоги навіть при переміщенні.

Шостим принципом, особливо актуальним у воєнний та повоєнний час, є системна інтеграція психосоціальної допомоги в медичну допомогу [103]. У країнах, що пережили конфлікти чи масові катастрофи, доведено, що ігнорування психологічної травми робить медичне лікування малоефективним. Для України це означає необхідність обов'язкового навчання всіх медиків, які працюють з жінками, основам травмоінформованого підходу: розпізнавання симптомів ПТСР, навички емоційної першої допомоги, етична комунікація. Створення в пологових будинках, жіночих консультаціях та онкодиспансерах штатних позицій психологів або соціальних працівників, до яких медики могли б направляти пацієнок. Розроблення спеціальних протоколів ведення вагітності та пологів для жінок-ВПО та тих, хто пережив насильство, які враховували б підвищену тривожність та потребу в безпечному середовищі. Це не лише гуманно, але й економічно обґрунтовано, оскільки зменшує ризик ускладнень та підвищує прихильність до лікування.

Розвиток сфери охорони здоров'я в Україні, як і в інших країнах здійснюється у межах відповідної соціальної політики, яка реалізується через

одну з поширених моделей її фінансування. Кожна з цих моделей має як позитивні, так і негативні прояви, а тому у світі і досі продовжується пошук оптимальної моделі, що актуалізує розробку й проведення медичної реформи з урахуванням національної специфіки [26].

Адаптація світового досвіду – це не шлях імітації, а шлях інтелектуального синтезу; це не розкіш, а необхідність для порятунку життів та покращення якості життя мільйонів українських жінок. Умови війни не скасовують цю потребу, а лише змінюють пріоритети, роблячи акцент на гнучкості, доступності та психологічній стійкості системи. Саме тому кожен принцип повинен бути пропущений через призму чотирьох фільтрів: економічної доцільності (чи можемо ми це собі дозволити та який саме принцип?), інституційної здатності (чи маємо ми адміністративні ресурси для впровадження?), соціокультурної прийнятності (чи готові лікарі та пацієнтки до таких змін?) та умов воєнного стану (чи працюватиме це в умовах відключень енергії, міграції та нестачі кадрів?). Ідеальна модель – це гібридна система, яка поєднує найкращі світові практики (превенція, MIS, персоналізація) з реальними українськими механізмами їх реалізації (телемедицина в умовах війни, поетапне впровадження, громадська освіта). Це дозволить не лише наздогнати, але в окремих напрямках (наприклад, у використанні цифрових рішень в кризових умовах) створити власний передовий досвід. Тому, на мою думку, найрозумнішою стратегією є метод поетапного пілотування та поступового масштабування. Замість того, щоб одразу міняти всі правила в країні, необхідно вибрати 2–3 області з різними умовами (наприклад, одна прифронтна, одна західна, одна з великим містом) і разом з міжнародними партнерами та місцевими командами запустити в них пілотні проекти з впровадження адаптованих моделей (наприклад, «Потужна ПМСД + акушерське ведення» в одній області та «Телемедицина + маршрутизація» в іншій). На основі ретельного моніторингу та оцінки результатів цих пілотів можна буде приймати рішення про корекцію моделей та їх поступове поширення на всю країну. Цей підхід мінімізує ризики та дозволить знайти

саме ті українські шляхи вдосконалення, які будуть ґрунтуватися як на світових стандартах, так і на нашій важкій, але унікальній практиці.

### **3.2 Реалізація комплексу заходів за пріоритетними напрямками для подальшого розвитку гінекологічної допомоги населенню**

Формування концептуальних підходів та визначення напрямів удосконалення механізмів публічного управління було б неповним без переходу до рівня конкретного плану дій. На основі виявлених системних вад, адаптованих світових практик і реальних можливостей українського контексту воєнного часу та відбудови необхідно сформувати цілісний та реалістичний комплекс практичних заходів. Його реалізація має бути організована не як набір розрізнених ініціатив, а як скоординована програма трансформації, орієнтована на досягнення вимірюваних результатів у здоров'ї жінок. Цей комплекс має охопити шість взаємопов'язаних пріоритетних напрямів, кожен з яких відповідає на конкретні критичні виклики системи: від будівництва нового фундаменту у вигляді сильної первинної ланки до забезпечення кризової стійкості в умовах нестабільності. Ключовим принципом має стати послідовність та ітеративність: почати з найбільш болючих питань, що дадуть швидкий ефект довіри, паралельно готуючи ґрунт для більш глибоких структурних змін, і постійно оцінювати прогрес на основі даних, а не звітності.

Першим і найбільш фундаментальним напрямом є кардинальне посилення та переорієнтація первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД). Без міцного, доступного та кваліфікованого первинного рівня всі подальші зусилля щодо розвитку спеціалізованих центрів будуть марними, оскільки вони будуть постійно перевантажені випадками, які можна було б запобігти або вилікувати на ранній стадії. Тут необхідні не косметичні зміни, а зміна парадигми. Найпершим кроком має стати радикальне переглядання системи фінансування ПМСД. Існуючий розмір капітаційного платежу не відображає реальних витрат

на якісну профілактичну роботу, диспансерне спостереження та ведення хронічних хворих. Тому необхідно провести детальний аналіз витрат за участю міжнародних експертів і підвищити капітацію до рівня, що робить роботу сімейного лікаря економічно привабливою та стабільною [67]. Паралельно слід суттєво розширити пакет послуг, які можуть надаватися безпосередньо на первинному рівні. До нього варто включити не лише консультації, а й такі процедури, як взяття мазків на цитологію, інфекції, що передаються статевим шляхом і ВПЛ, проведення кольпоскопій, введення та видалення внутрішньоматкових контрацептивних систем, початкове консультування з планування сім'ї [35]. Це дозволить розвантажити лікарів-гінекологів в поліклініках та зробити базову допомогу справді доступною за місцем проживання жінки, особливо в сільській місцевості. Однак посилення фінансової складової має йти в парі з організаційною реформою. Модель окремого сімейного лікаря, який намагається охопити всі проблеми, неефективна. Необхідно активне формування команд ПМСД, де ключову роль відіграватиме акушерка [7]. Саме акушерка, як фахівець, найбільш наближений до жінки, може взяти на себе ведення фізіологічної вагітності, проведення школи майбутніх батьків, підтримку грудного вигодовування, велику частину профілактичних оглядів. Для цього потрібно не лише законодавчо закріпити її розширені повноваження, але й створити окремий тариф НСЗУ на її послуги, що робить її фінансово самостійною ланкою в команді. Щоб скоротити черги та підвищити зручність, в усіх амбулаторіях слід впровадити систему «здійсненого доступу», коли більшість планових візитів можна отримати того ж чи наступного дня, а для консультацій зі складними питаннями забезпечити можливість телемедичних зв'язків зі спеціалістами обласних центрів [98]. Завершальним штрихом цього напряму має стати масштабна інформаційна кампанія, спрямована на зміну поведінки жінок – від пошуку допомоги лише при захворюванні до регулярної профілактики та довіри до своєї первинної команди.

Другим критичним напрямом, без якого не може функціонувати жодна сучасна система, є побудова чіткої, інтегрованої та обов'язкової системи маршрутизації пацієнток між рівнями медичної допомоги. На сьогодні цей процес носить хаотичний характер, що призводить до перевантаження ключових центрів та запізненого надання допомоги в складних випадках. Для подолання цього необхідно формалізувати та технологізувати маршрутизацію. По-перше, в кожному регіоні слід офіційно створити клініко-територіальні мережі акушерсько-гінекологічної допомоги, що об'єднують усі заклади – від сільських амбулаторій до перинатальних центрів [66]. Це не адміністративне об'єднання, а мережа, сполучена єдиними правилами та інтересами. Ключовою фігурою такої мережі має стати медичний директор – авторитетний практикуючий лікар-клініцист, якому делеговано повноваження з контролю якості, організації навчання та, найголовніше, координації потоків пацієнток. По-друге, сам процес направлення повинен бути виведений з сфери людського суб'єктивізму. На основі національних клінічних протоколів необхідно розробити детальні, алгоритмізовані критерії маршрутизації та вбудувати їх у програмне забезпечення ЄДЕСОЗ [53]. Коли сімейний лікар або акушерка встановлює діагноз або виявляє певні фактори ризику (наприклад, показники преєклампсії, тип цукрового діабету), система автоматично пропонує сформувати електронне направлення до конкретного закладу потрібного рівня в межах мережі, блокує можливість призначення невідповідних процедур. Прийом пацієнтки в стаціонарі без такого направлення (крім екстрених випадків) має призводити до значного зниження оплати за послугу, що створить прямий фінансовий стимул дотримуватися правил. Щоб забезпечити фінансову цілісність та спільну відповідальність мережі, варто поступово впроваджувати механізм оплати за повний епізод допомоги для складних чи хронічних станів [112]. Наприклад, для ведення вагітності з гестаційним діабетом встановлюється єдиний тариф, що покриває всі етапи: від діагностики в ПМСД до стаціонарного лікування та реабілітації. Цей платіж здійснюється не кожному закладу окремо, а управлінському органу мережі, який потім

розподіляє кошти між учасниками. Це руйнує бар'єри між ланками та об'єднує їх інтересом у швидкому і ефективному досягненні кінцевого результату. Для оперативного управління та в умовах воєнних реалій в кожній області на базі перинатального центру слід створити цілодобовий диспетчерський хаб, що моніторить наявність вільних місць у всіх стаціонарах, координує екстрені переведення і приймає рішення про евакуацію вагітних з небезпечних територій.

Третім напрямом, який є умовою будь-яких перетворень, є подолання кадрової кризи через створення потужної системи мотивації та професійного розвитку. Неможливо будувати нові моделі допомоги, якщо немає тих, хто їх надаватиме. Тут потрібен радикальний відхід від поточних підходів. Необхідно прийняти цільову державну «Кадрову стратегію в охороні здоров'я матері та дитини», що інтегрує різні інструменти в єдину логіку [80]. Найгострішою проблемою є відсутність фахівців у сільській місцевості. Її вирішення потребує не символічних доплат, а комплексного «Контракту з державою». Молодий лікар або акушерка, які погодяться працювати 5 років у заздалегідь визначених депресивних районах, мають отримати пакет, що реально змінює якість життя: конкурентну заробітну плату, що в 2–3 рази перевищує середню по області та фінансується з державного бюджету; гарантоване житло (службове або компенсацію оренди); одноразові «підйомні»; оплачувані курси підвищення кваліфікації; підтримку сім'ї (пільги для дітей). Паралельно необхідно розблокувати потенціал середнього медперсоналу. Швидке прийняття закону «Про акушерську справу» має офіційно визначити акушерку як незалежного кваліфікованого фахівця з чіткими повноваженнями у веденні фізіологічної вагітності та пологів, призначенні діагностики та контрацепції [54]. Це дозволить не тільки розвантажити лікарів-гінекологів, але й наблизити кваліфіковану допомогу до жінки. Для утримання молодих фахівців у системі загалом варто запуснути державну програму «Молодий лікар-гінеколог», що передбачає дворічне наставництво з додатковою стипендією, гарантоване місце в ординатурі та підтримку з житлом [9]. Важливо також створити гнучкі

кар'єрні траєкторії, що дозволяють зростати професійно, а не лише адміністративно – від лікаря до лікаря-експерта чи лікаря-методиста з відповідним зростанням заробітної плати та відповідальності.

Четвертий напрям стосується серцевини економічної стійкості системи – впровадження фінансової моделі, орієнтованої на результат і справедливість. Без цього всі інші заходи будуть технічно неможливими. Першочерговим кроком має стати незалежний міжнародний аудит реальної собівартості медичних послуг в гінекології та акушерстві. Залучення експертів ОЕСД чи Світового банку дозволить розрахувати тарифи, що враховують не лише витратні матеріали, а й амортизацію обладнання, капітальні витрати, адекватну заробітну плату персоналу та необхідний рівень рентабельності для розвитку [74]. На основі цього аналізу потрібно провести повну реформу тарифної сітки НСЗУ, гарантуючи, що якісно надана послуга повністю покриває витрати. Для районів, де ринковий механізм «гроші йдуть за пацієнтом» не працює через низьку щільність населення, слід запровадити змішану модель фінансування: щорічна базова субвенція з окремого державного Фонду розвитку сільської медицини на утримання мінімально необхідного штату та інфраструктури, плюс стимулююча оплата за фактично надані послуги за новими тарифами [63]. Щоб зв'язати фінансування з якістю, варто впровадити в пілотному режимі механізм оплати за результати [112]. Частина тарифу (наприклад, 10-15%) може виділятися в бонусний пул, який заклад отримує лише при досягненні цільових індикаторів якості: низький рівень госпітальних інфекцій та післяопераційних ускладнень, високий відсоток грудного вигодовування, задоволеність пацієнток. Крім того, для подолання розриву між операційними та капітальними витратами необхідно створити прозору конкурсну програму цільових капітальних трансфертів. Заяви на фінансування ремонтів чи закупівлі обладнання подають заклади або мережі, що демонструють найкращі показники ефективності та мають чіткий план розвитку.

П'ятий напрям – цифрова трансформація та інтеграція психосоціальної допомоги – є технологічним та гуманітарним імперативом сучасності. Система

не може бути ефективною, якщо вона не «розумна» та не чутлива до болю пацієнтки. Насамперед, потрібен перезапуск ЄДЕСОЗ. Вона має перестати бути системою звітності та стати системою управління: зручний інтерфейс для лікаря, що реагує всі дані пацієнтки, інтегрований з протоколами маршрутизації та аналітичними інструментами для прийняття рішень [98]. Для жінки має бути розроблений мобільний додаток «Моє жіноче здоров'я», який надає доступ до медичної картки, аналізів, нагадувань про скринінги, дозволяє вести щоденник вагітності та спілкуватися зі своєю командою ПМСД [22]. Телемедицина має стати не екзотикою, а рутинним інструментом. Для цього необхідно ввести окремі тарифи НСЗУ на телеконсультації та телемоніторинг, а також забезпечити вагітних з ризиками в віддалених районах портативними пристроями для вимірювання тиску, серцебиття плоду та рівня цукру в крові з автоматичною передачею даних до лікаря [55]. Окремим критичним елементом є інтеграція психосоціальної допомоги. Всі лікарі-гінекологи та акушерки повинні пройти базове навчання з травмоінформованого підходу, щоб вміти розпізнавати ознаки психологічної травми у жінок, що пережили війну, насильство чи втрату [103]. В кожному перинатальному центрі, онкодиспансері та великій поліклініці має з'явитися штатна посада клінічного психолога. Також варто створити національну гарячу лінію з психологічної підтримки для жінок, інтегровану з системою охорони здоров'я.

Шостий напрям – формування механізмів кризової стійкості – є вимушеною необхідністю в умовах триваючої війни та для підготовки до майбутніх викликів. Система повинна вміти функціонувати в екстремальних умовах. Для цього необхідно розробити та затвердити на рівні МОЗ типові «Протоколи дій закладу охорони здоров'я в умовах надзвичайної ситуації», що регулюють дії при обстрілах, відключенні електроенергії, масовому надходженні поранених: евакуацію в укриття, перехід на резервне живлення, організацію тимчасових функціональних зон [5]. На обласному рівні слід створити мобільні резервні фонди критичного обладнання (переносні УЗД-апарати, апарати ШВЛ для новонароджених) та наборів ліків для екстреної

акушерської допомоги, з можливістю їх швидкого перекидання в гарячі точки. Для забезпечення допомоги внутрішньо переміщеним особам потрібно впровадити в ЄДЕСОЗ спрощений модуль реєстрації, що дозволяє за паспортом або свідоцтвом про народження дитини швидко прикріпити жінку до найближчого закладу мережі з доступом до мінімального електронного профілю. І, нарешті, вже зараз потрібно розпочати розробку «Плану відбудови медичної інфраструктури акушерсько-гінекологічної допомоги», який би виходив не з принципу відновлення того, що було, а з логіки нової мережевої моделі, концентруючи ресурси на створенні сучасних центрів в ключових локаціях, з активним залученням міжнародної допомоги та механізмів державно-приватного партнерства.

Реалізація цього комплексного заходу вимагає не тільки ресурсів, але й чіткого управлінського підходу. Необхідно розділити заходи на три фази: термінові (1 рік), структурні (2-3 роки) та системні (4-5 років), з чітким розподілом відповідальності між МОЗ, НСЗУ, ОМС та громадськістю. Ключовим інструментом контролю має стати не звітність про витрати, а публічна інтерактивна панель з індикаторами впливу на здоров'я: динаміка материнської смертності, охоплення скринінгами, рівень задоволеності жінок, індекс справедливості доступності за регіонами [95]. Лише такий, цілісний, послідовний і даними керований підхід може перетворити сферу гінекологічної допомоги з об'єкта постійної кризи на потужний інструмент забезпечення здоров'я, справедливості та демографічного майбутнього України.

## ВИСНОВКИ

1. Глибока системна криза як виклик для публічного управління. Актуальність проблеми обумовлена не просто низькими медичними показниками, а насамперед тим, що сфера охорони репродуктивного здоров'я жінок стала індикатором глибоких системних дисфункцій державного управління. Високі показники материнської смертності, онкозахворюваності, безпліддя та депопуляції є прямим наслідком історичної неефективності механізмів планування, фінансування та контролю. Реформа 2017 року, хоч і створила новий інституційний каркас, не змогла одночасно подолати цю спадковість. Війна виступила каталізатором, що викрив усі слабкі ланки системи: вразливість інфраструктури, нееластичність фінансових потоків, незахищеність вразливих груп і кадрову кризу. Отже, головний висновок полягає в тому, що проблема має не медичну, а управлінську природу, і її вирішення потребує не тільки медичних протоколів, а й радикального переосмислення публічного управління.

2. Дволикість результатів реформи: створення потенціалу при наявності структурних загроз. Аналіз показав, що реформа досягла певних позитивних цілей: формалізація фінансових потоків через НСЗУ, впровадження доказових клінічних протоколів, початок розвитку первинної ланки через капітацію. Це створило потенціал для конкуренції, стандартизації та орієнтації на пацієнта. Проте цей потенціал блокують структурні вади моделі: хронічно неадекватні тарифи, що роблять надання якісної допомоги економічно неможливим; фатальний розрив між відповідальністю за операційні (НСЗУ) та капітальні (ОМС) витрати; неефективність ринкового механізму в умовах відсутності ринку (сільська місцевість). Як наслідок, система не трансформувалася, а адаптувалася до виживання, породжуючи нові ризики: поглиблення регіональної нерівності, фінансову нестійкість закладів і практики тіньових платежів.

3. Проблеми утворюють замкнені цикли неефективності, що вимагають комплексного втручання. Дослідження виявило не суму окремих недоліків, а систему взаємопосилюючих негативних «петель» зворотного зв'язку. Наприклад: низькі тарифи → неможливість підвищити зарплату → відтік кадрів → зростання навантаження на тих, хто залишився, та погіршення якості → падіння довіри населення та звернення до приватного сектору → зменшення обсягів державного фінансування за принципом «гроші йдуть за пацієнтом». Подібні цикли існують між слабкою профілактикою та перевантаженням стаціонарів, між неінформованістю жінок та пізньою діагностикою онкологічних захворювань. Це означає, що точкові втручання в одну ланку (наприклад, лише підвищення тарифів) будуть неефективними без паралельних змін в інших (кадрова політика, контроль якості, інформаційна підтримка). Потрібен синхронний «перезапуск» ключових механізмів.

4. Світовий досвід вказує на концептуальні орієнтири, але адаптація вимагає врахування українського контексту війни та відбудови. Ефективні моделі, такі як Value-Based Healthcare, Coordinated Care, мережева організація та розширення ролі акушерок, є науково обґрунтованими. Однак їх пряме копіювання без адаптації до умов дефіциту ресурсів, масштабної внутрішньої міграції, психологічної травми та руйнувань призведе до провалу. Ключовим принципом має стати «доказове запозичення» з обов'язковим пілотуванням. Наприклад, модель сильної первинної ланки з акушерками має бути спочатку апробована в кількох громадах разом з розробкою механізмів їх захисту та підтримки в умовах сільської місцевості. Першочерговими в адаптації мають бути механізми, що дають швидкий ефект у кризових умовах: телемедицина для консультацій та моніторингу, мобільні бригади, гнучкі схеми фінансування для закладів у прифронтівій зоні, інтеграція психосоціальної допомоги в медичні протоколи.

5. Стратегія вдосконалення має бути багаторівневою та послідовною, з чіткою пріоритезацією. На основі дослідження можна виділити три рівня заходів з різними термінами реалізації:

– Термінові антикризові заходи розраховані на 1–2 роки та полягають в перегляді найкритичніших тарифів НСЗУ; створенні фонду екстреної підтримки закладів у прифронтових регіонах; масштабуванні телемедицини та підготовці протоколів роботи в умовах надзвичайних ситуацій; запуску програми мотиваційних пакетів для лікарів у найбільш депресивних районах.

– Середньострокові структурні зміни розраховані на 3–5 років і полягають у повному реформуванні методології тарифоутворення; прийнятті закону про акушерську справу та розширенні її повноважень; створенні обов'язкових клініко-територіальних мереж в усіх областях; впровадженні системи оплати за епізод допомоги для ключових патологій; розвитку ЄДЕСОЗ як інструменту управління, а не лише звітності.

– Довгострокові стратегічні цілі розраховані на 5–10 років та мають на меті перехід до повноцінної моделі Value-Based Healthcare; формування національної системи моніторингу результатів здоров'я (outcomes); створення системи безперервного професійного розвитку медиків; повну інтеграцію соціальних та психологічних служб в медичну допомогу.

6. Успіх залежить від подолання інституційної роз'єднаності та створення єдиних центрів відповідальності. Одна з головних причин неефективності – розмитість відповідальності між МОЗ, НСЗУ та ОМС. Необхідно створити на регіональному рівні чіткі механізми координації, наприклад, через постійні координаційні ради з охорони здоров'я матері та дитини, які б об'єднували всі сторони та мали повноваження та бюджет для вирішення локальних проблем. Ключовим також є посилення ролі професійних асоціацій та громадського контролю для забезпечення прозорості та відповідності політики реальним потребам.

7. У заключному ракурсі, розвиток гінекологічної допомоги є не окремим завданням МОЗ, а комплексною міжсекторальною програмою, що стосується демографічної безпеки, соціального захисту, регіонального розвитку та економічної стійкості. Публічне управління в цій сфері має перестати бути адмініструванням кризи та стати інструментом стратегічного інвестування в

майбутнє нації. Запропонований комплекс заходів, заснований на системному аналізі проблем і творчій адаптації світових практик, може стати дороговказом для подолання глибокої кризи та побудови справедливої, доступної та ефективної СОЗ кожної жінки в Україні, незалежно від її місця проживання, соціального статусу чи обставин, в які її поставила війна. Реалізація цієї стратегії вимагатиме консолідованих зусиль держави, медичної спільноти, міжнародних партнерів і громадянського суспільства.

## ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Аналіз регіональних диспропорцій у доступності медичної допомоги в Україні. Київ: Інститут демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи; 2020.
2. Аналітична записка «Оцінка адекватності тарифів НСЗУ на окремі види медичної допомоги». Київ: Центр економічних стратегій; 2021.
3. Бойко В.В., Гончаренко С.В. Організація гінекологічної допомоги: сучасні підходи. Київ: Медицина; 2021. 288 с
4. Бурдін В.М. Соціальна ексклюзія та здоров'я: теоретико-методологічні аспекти. *Соціологічні дослідження*. 2018. № 11. С. 55-63
5. ВООЗ. Звіт «Вплив війни на системи охорони здоров'я в Україні: оцінка пошкоджень, потреб та адаптації». Травень 2023.
6. ВООЗ. Керівництво з підготовки лікарень до надзвичайних ситуацій. Женева: ВООЗ; 2021.
7. Глобальна стратегія ВООЗ щодо людських ресурсів для охорони здоров'я: робоча сила 2030 року. Женева: ВООЗ; 2016.
8. Державна політика та стратегія в галузі охорони здоров'я: навч. посіб. Харків: ХМАПО. 2003, 55-56.
9. Державна програма «Молодий лікар»: досвід реалізації та пропозиції щодо вдосконалення. Київ: Асоціація молодих лікарів України; 2022.
10. Державна служба статистики України. Демографічна ситуація в Україні. 2023. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua> (дата звернення: 22.10.2023).
11. Державна служба статистики України. Показники материнської смертності в Україні (2010-2021). 2022.
12. Державна служба статистики України. Статистичний збірник «Охорона здоров'я в Україні». 2021.
13. Доповідь про міграцію медичних працівників з України. Київ: Центр соціальних та трудових досліджень; 2023.

14. Європейська стратегія щодо жіночого здоров'я: покращення здоров'я та благополуччя жінок у Європі. Європейське регіональне бюро ВООЗ. Копенгаген, 2022. URL: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2022-6529-46515-68409> (дата звернення: 08.04.2024).

15. Звіт ВООЗ «Вплив війни на системи охорони здоров'я в Україні: оцінка пошкоджень, потреб та адаптації». Травень 2023.

16. Іванов Є.А. Державна політика охорони здоров'я в контексті національної безпеки. *Актуальні проблеми державного управління*. 2019. Вип. 1(57). С. 34–41.

17. Інтерв'ю з лікарями-гінекологами прифронтових областей. Матеріали проєкту «Медики на лінії фронту». Грудень 2022 – січень 2023.

18. Карлаш В.В. Механізми державного регулювання у сфері охорони здоров'я населення України: дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Харків, 2020. 214 с.

19. Кланца А.І. Охорона здоров'я як структурна складова національної безпеки держави: дис. ... д.держ.упр.: 25.00.02. Харків, 2019. 571 с.

20. Князев С.М., Петришин О.С. Публічне управління: теорія та практика. Київ: Вид-во НАДУ; 2020. 480с.

21. Конституція України. Офіційне видання. Київ, 1996.

22. Концепція розвитку мобільної медицини (mHealth) в Україні. Затв. МОЗ України. 2022.

23. Концепція розвитку перинатальної допомоги в Україні на період до 2025 року. Затв. МОЗ України. 2018.

24. Лисенко Ю.М. Здоров'я як економічна категорія та фактор суспільного розвитку. *Економіка України*. 2017. № 10. С. 61-73.

25. Мельниченко О.А. Управління структурними зрушеннями: підручник. Харків: Оберіг, 2013. 300 с.

26. Міжнародна федерація акушерства та гінекології (FIGO). Заява щодо впливу війни на репродуктивне здоров'я жінок в Україні. Березень 2023.

27. Міністерство охорони здоров'я України. Наказ «Про затвердження клінічного протоколу надання медичної допомоги «Акушерська допомога». від

15.04.2016 р. № 417. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/> (дата звернення: 02.12.2025)

28. Міністерство охорони здоров'я України. Збірник кейсів «Робота медичної служби в умовах війни: досвід України. 2023.

29. Москаленко В.Ф. Оптимальна модель системи охорони здоров'я: концептуальні засади та принципи побудови. *Україна. Здоров'я нації*. 2008. № 3–4. С. 43–59.

30. Наказ МОЗ України «Про затвердження вимог до матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров'я» від 03.03.2020 р. № 506. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/> (дата звернення: 02.12.2025)

31. Наказ МОЗ України «Про затвердження вимог до системи внутрішнього забезпечення якості та безпеки медичної допомоги в закладах охорони здоров'я» від 28.09.2012 р. № 752. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/> (дата звернення: 02.12.2025)

32. Наказ МОЗ України «Про затвердження Концепції розвитку охорони здоров'я матері та дитини в Україні на період до 2025 року» від 18.06.2018 р. № 1206. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/> (дата звернення: 02.12.2025)

33. Наказ МОЗ України «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» від 15.07.2013 р. № 582. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/> (дата звернення: 02.12.2025)

34. Наказ МОЗ України «Про затвердження нормативів забезпеченості населення лікарями-гінекологами та акушерками» від 10.11.2017 р. № 1422. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/> (дата звернення: 02.12.2025)

35. Наказ МОЗ України «Про затвердження Переліку медичних послуг, які можуть надаватися на рівні первинної медико-санітарної допомоги лікарями сімейної медицини» від 15.03.2023 р. № 456. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/> (дата звернення: 02.12.2025)

36. Наказ МОЗ України «Про затвердження Переліку пакетів медичних послуг за програмою медичних гарантій» від 25.12.2017 р. № 2138. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/> (дата звернення: 02.12.2025)

37. Наказ МОЗ України «Про затвердження Плану заходів щодо розвитку первинної медико-санітарної допомоги на 2023-2025 роки» від 12.12.2022 р. № 2451. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/> (дата звернення: 02.12.2025)

38. Наказ МОЗ України «Про затвердження Порядку надання доплат медичним працівникам за роботу у сільській місцевості» від 05.09.2016 р. № 928. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/> (дата звернення: 02.12.2025)

39. Наказ МОЗ України «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» від 19.03.2018 р. № 504. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/> (дата звернення: 02.12.2025)

40. Наказ МОЗ України «Про затвердження Порядку проведення профілактичних оглядів жінок з метою раннього виявлення онкологічних захворювань репродуктивної системи» від 02.07.2018 р. № 246. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/> (дата звернення: 02.12.2025)

41. Наказ МОЗ України «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Акушерство та гінекологія»». від 15.12.2020 р. № 2870. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/> (дата звернення: 02.12.2025)

42. Наказ МОЗ України «Про організацію акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні» від 29.12.2016 р. № 1428. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/> (дата звернення: 02.12.2025)

43. Національний інститут охорони здоров'я та вдосконалення медичної допомоги (NICE). Рекомендації «Оцінка ризику та ведення жінок з спадковою схильністю до раку молочної залози та яєчників». 2019.

44. Офіційний сайт Державної служби статистики України. Розділ «Охорона здоров'я». URL: <http://www.ukrstat.gov.ua> (дата звернення: 22.10.2023).

45. Петришин О.С. Механізми публічного управління: теорія та практика застосування. Київ: Вид-во НАДУ; 2019. 320 с.

46. Петришин О.С., Ковальчук В.В. Здоров'я в системі національних цінностей. *Український соціум*. 2020. № 2. С. 78-89.

47. Положення про Департамент охорони здоров'я обласної державної адміністрації (затвержене відповідною обласною адміністрацією).

48. Положення про Міністерство охорони здоров'я України, затверджене Постановою Кабінету Міністрів України від 25.03.2020 р. № 267. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/> (дата звернення: 02.12.2025)

49. Положення про Національну службу здоров'я України, затверджене Постановою Кабінету Міністрів України від 27.03.2018 р. № 286. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/> (дата звернення: 02.12.2025)

50. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо поліпшення надання медичної допомоги матерям та дітям (перинатальна допомога). Закон України від 19.06.2019 р. № 265-IX. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/> (дата звернення: 02.12.2025)

51. Про державно-приватне партнерство: Закон України від 01.07.2010 р. № 2404-VI. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/> (дата звернення: 02.12.2025)

52. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 р. № 2168-VIII. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/> (дата звернення: 02.12.2025)

53. Про Єдину державну електронну систему охорони здоров'я: Закон України від 05.04.2018 р. № 2422-VIII. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/> (дата звернення: 02.12.2025)

54. Проект Закону України «Про акушерську справу» від 15.02.2023 р. № 9123). URL: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/> (дата звернення: 02.12.2025)

55. Проект «Телемедицина в Україні». Спільна ініціатива МОЗ України та міжнародних партнерів. 2023. URL: <https://telemed.moz.gov.ua>.

56. Про затвердження Державної програми Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 року. Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2006 р. № 1849. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/> (дата звернення: 02.12.2025)

57. Про Кабінет Міністрів України: Закон України від 27.02.2014 р. № 794-VII. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/> (дата звернення: 02.12.2025)

58. Про місцеве самоврядування в Україні: Закон України від 21.05.1997 р. № 280/97-ВР. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/> (дата звернення: 02.12.2025)

59. Про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 р. № 2801-ХІІ. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/> (дата звернення: 02.12.2025)

60. Про Президента України: Закон України від 22.05.2019 р. № 2680-VIII. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/> (дата звернення: 02.12.2025)

61. Про реалізацію репродуктивних прав та забезпечення свобод у сфері репродуктивного здоров'я: Закон України від 23.12.2021 р. № 2048-ІХ. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/> (дата звернення: 02.12.2025)

62. Про регуляторну політику у сфері господарської діяльності: Закон України від 11.09.2003 р. № 1160-ІV. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/> (дата звернення: 02.12.2025)

63. Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про затвердження Концепції розвитку сільської медицини» від 25.08.2022 р. № 789-р. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/> (дата звернення: 02.12.2025)

64. Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про затвердження Концепції розвитку системи охорони здоров'я в Україні на 2024-2030 роки» від 23 серпня 2023 р. № 727-р. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/> (дата звернення: 02.12.2025)

65. Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про затвердження Національної стратегії у сфері охорони здоров'я на період до 2030 року» від 23.11.2021 р. № 1443-р. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/> (дата звернення: 02.12.2025)

66. Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про затвердження Плану заходів з реалізації Концепції розвитку системи надання екстреної медичної допомоги на період до 2025 року» від 15.06.2022 р. № 548-р. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/> (дата звернення: 02.12.2025)

67. Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про затвердження Плану заходів щодо підвищення ефективності фінансування первинної медико-

санітарної допомоги» від 10.11.2023 р. № 1123-р. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/> (дата звернення: 02.12.2025)

68. Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про затвердження переліку опорних закладів охорони здоров'я у госпітальних округах на період до 2023 року» від 15 січня 2020 р. № 23-р. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/> (дата звернення: 02.12.2025)

69. Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про затвердження Плану заходів щодо розвитку первинної медико-санітарної допомоги на 2023-2025 роки» від 12.12.2022 р. № 2451. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/> (дата звернення: 02.12.2025)

70. Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про затвердження Плану заходів щодо підвищення ефективності фінансування первинної медико-санітарної допомоги» від 10.11.2023 р. № 1123-р. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/> (дата звернення: 02.12.2025)

71. Сайт МОЗ України. «Реформа мережі закладів охорони здоров'я: виклики та рішення». 2020.

72. Сайт НСЗУ. Розділ «Відкриті дані. Рейтинги закладів охорони здоров'я». URL: <https://nszu.gov.ua/reuytingi> (дата звернення: 22.10.2023).

73. Світова організація охорони здоров'я (WHO). Основні документи. 45-е вид. Женева; 2015.

74. Світовий банк. Звіт «Аналіз витрат та ефективності в охороні здоров'я України». 2022.

75. Світовий банк. Звіт «Моніторинг бідності та рівності в Україні». 2021.

76. Світовий банк. Материнська смертність: Україна в порівнянні з країнами Європи. 2022. URL: <https://data.worldbank.org> (дата звернення: 22.10.2023).

77. Сенюта І.Я. Цивільно-правова відповідальність у сфері надання медичної допомоги: методичні рекомендації для адвокатів. Харків: Фактор, 2018. 64 с.

78. Статут Всеукраїнської громадської організації «Асоціація акушерів-гінекологів України».

79. Стратегія реформування системи охорони здоров'я України «Здорова Україна». Центр розвитку суспільного здоров'я МОЗ України. Київ, 2022. 102 с.
80. Стратегія розвитку людських ресурсів в охороні здоров'я України на 2024-2030 роки (проект). МОЗ України. 2023.
81. Торбас О.М. Державне регулювання розвитку ринкових механізмів у системі охорони здоров'я на місцевому рівні в Україні. *Економіка та держава*. 2011. № 4. С. 129–131.
82. Центр громадського здоров'я МОЗ України. Звіт «Онкологічна захворюваність та смертність в Україні». 2022.
83. Центр економічної стратегії. Аналітична записка «Оцінка адекватності тарифів НСЗУ на окремі види медичної допомоги». Київ: ЦЕС; 2021.
84. Шевченко В.М. Здоров'я населення як пріоритет національної безпеки. *Вісник Національної академії державного управління при Президентові України*. 2018. № 3. С. 45–52.
85. Шевченко Н.В., Кошманюк О.В. Сучасні підходи до організації гінекологічної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я. *Український журнал медицини, біології та спорту*. 2023. Т. 8. № 1. С. 350–356.
86. Шевцов В.Г. Державне управління розвитком медичної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я: автореф. дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Харків, 2011. 20 с.
87. Шемшученко Ю.С., Бандурка О.М. Державне управління: теорія та практика. Харків: Право; 2018. 672 с.
88. Шипко А.Ф. Модернізація функцій органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я населення: автореф. дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Дніпропетровськ, 2010. 24 с.
89. Штогрин О.П. Теоретичні основи державного управління у сфері репродуктивного здоров'я населення в контексті прав людини: дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Львів, 2017. 195 с.

90. Яковенко, О. Ю. Цифрова трансформація охорони здоров'я: світовий досвід та український контекст. Ефективна економіка. 2022. № 12. URL: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=10303> (дата звернення: 08.04.2024).
91. AAGL. Advancing Minimally Invasive Gynecology Worldwide. Position Statement on the Role of Minimally Invasive Surgery. 2023.
92. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Committee Opinion No. 766: Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth. 2019
93. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Comprehensive Healthcare for Women. 2023. URL: <https://www.acog.org> (дата звернення: 22.10.2023).
94. Busse R., Geissler A., Quentin W., Wiley M. (eds.). Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. European Observatory on Health Systems and Policies Series. 2011.
95. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*. 2005; 83(4): 691–729.
96. Doyle C., Lennox L., Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*. 2013; 3(1): e001570.
97. Epstein R.M., Street R.L. The Values and Value of Patient-Centered Care. *The Annals of Family Medicine*. 2011;9(2):100-103.
98. European Commission. eHealth Action Plan 2012-2020: Innovative healthcare for the 21st century. Brussels: EC; 2012.
99. Euro-Peristat Project. European Perinatal Health Report 2015–2019. 2022.
100. FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics). FIGO Strategy for the Prevention of Cervical Cancer. 2021. URL: <https://www.figo.org/resources/figo-strategy-prevention-cervical-cancer> (дата звернення: 22.10.2023).
101. Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016–2030). World Health Organization. URL: <https://www.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/ga> (дата звернення: 22.10.2023).

102. Howlett M., Ramesh M., Perl A. *Studying Public Policy: Policy Cycles & Policy Subsystems*. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 2009. 336 p.
103. Inter-Agency Standing Committee (IASC). *Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. Geneva: IASC; 2007.
104. International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). *Global Strategy and Action Plan for Women's Health*. 2021.
105. Jensen M.C., Meckling W.H. Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs and ownership structure. *Journal of Financial Economics*. 1976; 3(4): 305-360.
106. Marmot M. *The Health Gap: The Challenge of an Unequal World*. London: Bloomsbury; 2015. 400 p.
107. Meadows D.H. *Thinking in Systems: A Primer*. White River Junction: Chelsea Green Publishing; 2008. 240 p.
108. Mossialos E., Wenzl M., Osborn R., Sarnak D. (eds). *International Profiles of Health Care Systems, 2022*. The Commonwealth Fund.
109. North D.C. *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*. Cambridge: Cambridge University Press; 1990. 152 p.
110. OECD. *Data-Driven Public Sector*. Paris: OECD Publishing; 2019.
111. Porter M.E. What Is Value in Health Care? *New England Journal of Medicine*. 2010; 363: 2477–2481.
112. Porter M.E., Kaplan R.S. How to Pay for Health Care. *Harvard Business Review*. 2016; 94(7/8): 88–98, 100, 134.
113. Starfield B. *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*. Revised edition. New York: Oxford University Press; 1998.
114. Stiglitz J.E. *Economics of the Public Sector*. 4th ed. New York: W.W. Norton & Company; 2000. 823 p.
115. United Nations. *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. A/RES/70/1.
116. WHO. *Health System in Transition: Ukraine*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020.

117. WHO guidelines for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention. 2nd ed. World Health Organization. 2021. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240030824> (дата звернення: 22.10.2023).

118. World Health Organization (WHO). Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. Geneva: WHO Press; 2006.

119. World Health Organization (WHO). Successful health system reforms: lessons from Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022.

120. Zeitlin J., Manktelow B.N., Cuttini M., et al. Using the Euro-Peristat indicators to evaluate perinatal health in Europe: lessons learned. *Journal of Pediatric and Perinatal Epidemiology*. 2020. № 34(4). P. 393–402.