УДК 614.2

[https://doi.org/10.32689/2708-7530-2020-1\(1\)-102-118](https://doi.org/10.32689/2708-7530-2020-1(1)-102-118)

Стовбан Микола Петрович кандидат медичних наук, доцент кафедри фтизіатрії і пульмонології з курсом професійних хвороб, заступник генерального директора комунального некомерційного підприємства "Івано-Франківська обласна клінічна інфекційна лікарня Івано-Франківської Обласної Ради", вулиця Гетьмана Сагайдачного, 66, Івано-Франківськ, Івано-Франківська область, 76000, тел.: +380504339182, e-mail: nstovban@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-6576-7494>

Стовбан Ірина Василівна кандидат медичних наук, доцент кафедри соціальної медицини та громадського здоров'я Івано-Франківський національний медичний університет, вулиця Гетьмана Мазепи, 114, корпус аудиторії №7, Івано-Франківськ, Івано-Франківська область, 76000, тел.: +380504339183, e-mail: Ira_Stovban@ukr.net, <https://orcid.org/0000-0002-8020-5676>

МЕХАНІЗМ ВЗАЄМОДІЇ ОБЛАСНОЇ ТА РАЙОННОЇ КЛІНІЧНОЇ ЛІКАРНІ В МЕЖАХ ОДНОГО ГОСПІТАЛЬНОГО ОКРУГУ

Анотація. У статті проаналізовано умови та необхідність створення госпітального округу, особливості реформування закладів охорони здоров'я комунальної та державної форми власності у некомерційні та казенні підприємства, зокрема зміна форми фінансування. Зазначено, що координація діяльності закладів охорони здоров'я в межах госпітального округу здійснюється органом управління охороною здоров'я обласної державної адміністрації регіону в межах його повноважень. Визначено перелік та функції лікарень у складі одного госпітального округу, особливості їх взаємодії та функціональні потужності. Наведено приклади організаційних структур районної та обласної лікарні, а також індикатори оцінки діяльності обласних лікарень. Зазначено, що у сучасних умовах для успішного реформування системи охорони здоров'я та ефективної взаємодії лікарень одного госпітального округу необхідно приділити увагу джерелам фінансування, а також автономності кожної лікарні.

На нашу думку, Україні доцільно було б використати досвід Канади, яка вирішила проблему оптимізації і переформатування сільських медичних

закладів шляхом відкриття на базі нерентабельних лікарень паліативних закладів, утримування яких покладено на територіальні громади, вони не потребують додаткового технічного оснащення і можуть бути відкриті на базі тих лікарень, які підпадають під закриття [1].

В статті визначено, що Україна може використати позитивний досвід Латвії зі створення реабілітаційних центрів. Доцільним може стати створення на базі ЦРЛ мережі закладів відновного лікування (реабілітаційні центри) для сільського населення, де будуть працювати терапевти, невропатологи та спеціалісти з лікування опорно-рухового апарату (масаж, бальнеологія, парафіноterapia тощо). Це вирішить кадрову проблему і зніме соціальну напругу серед лікарів, які можуть втратити роботу у депресивних регіонах та проблему самотніх людей, які залишились без догляду рідних і потребують медичного догляду. Отже, створення госпітальних округів, на жаль, не може вирішити всі проблеми сільської медицини, необхідно створювати ефективні та результативні механізми взаємодії органів державної влади в сфері охорони здоров'я з територіальними громадами, а також посилювати взаємодію лікарень.

Ключові слова: медична реформа, госпітальний округ, система фінансування, вторинна ланка, обласна та районна лікарня, медична допомога, БЛІЛ-1, БЛІЛ-2.

Stovban Mykola Petrovych Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Tuberculosis and Pulmonology with a course of occupational diseases, Deputy General Director of the municipal non-profit enterprise "Ivano-Frankivsk Regional Clinical Infectious Diseases Hospital of Ivano-Frankivsk Regional Council", тел.: +380504339182 , e-mail: nstovban@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-6576-7494>

Stovban Iryna Vasylivna Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Social Medicine and Public Health, Ivano-Frankivsk National Medical University, tel.: +380504339183, e-mail: Ira_Stovban@ukr.net, <https://orcid.org/0000-0002-8020-5676>

MECHANISM OF INTERACTION OF REGIONAL AND DISTRICT CLINICAL HOSPITALS WITHIN ONE HOSPITAL DISTRICT

Abstract. The article analyzes the conditions and the necessity of creating a hospital district, the features of reforming health care facilities of communal and state

ownership into non-profit and state-owned enterprises, particularly the change of the form of financing. It is noted that the coordination of the activities of health care institutions within the hospital district is carried out by the health management body of the regional state administration of the region within its powers. The list and functions of hospitals within one hospital district, features of their interaction and functional capacities are determined. Examples of organizational structures of district and regional hospitals, as well as indicators for evaluating the activities of regional hospitals are given. It is noted that nowadays it is necessary to pay attention on the sources of funding, as well as the autonomy of each hospital in order to successfully reform the health care system and effective interaction of hospitals of one hospital district .

In our opinion, Ukraine should provide the experience of Canada, which has solved the problem of optimization and reformatting of rural medical institutions by opening on the basis of unprofitable hospitals, palliative care facilities, which are maintained by local communities. As a rule, these hospitals do not require additional technical equipment and can be replaced with those, which are going to close. [1].

The article states that Ukraine can provide the valuable experience of Latvia by establishing rehabilitation centers. It may be expedient transform Central District Hospitals into the network of rehabilitation facilities (rehabilitation centers) for the rural population, where physicians, neurologists and specialists in the treatment of the musculoskeletal system (massage, balneology, paraffin therapy, etc.) will do their work. So it will tackle the staffing issues and relieve social tensions among doctors who may lose their jobs as a result of depression. Also it fixes the problem of single people without family care that need the medical one. Thus, unfortunately, the creation of hospital districts can't solve all the problems of rural medicine, so it is necessary to create effective and efficient mechanisms of interaction of public authorities with local communities in the field of health care, as well as to strengthen the interaction of hospitals.

Key words: medical reform, hospital district, financing system, secondary level, regional and district hospital, medical care, Multidisciplinary intensive care hospitals -1, MICH-2.

Постановка проблеми. На сучасному етапі медичної реформи у кожній області передбачено створення госпітального округу, діяльність яких регулює Конституція України, Основи законодавства України про охорону здоров'я та Бюджетний кодекс України. Створення госпітальних округів потребує погодження з Департаментами економічного розвитку і торгівлі, фінансів, соціальної політики, регіонального розвитку, будівництва та житлово-

комунального господарства, юстиції, облдержадміністрації [2]. До складу госпітального округу мають входити не менше однієї лікарні інтенсивного лікування першого та/або другого рівня та інші заклади охорони здоров'я. В сучасних умовах існує необхідність визначення особливостей та механізмів взаємодії медичних закладів в межах одного госпітального округу, а саме: обласної та районної клінічної лікарні.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Питання репрофілювання та функціонування лікарень у межах госпітальних округів виникло після впровадження першого етапу реформи охорони здоров'я. Сьогодні існує певний перелік нормативно-правих документів, що регулюють їх діяльність, основними з яких є: законодавство України про охорону здоров'я, Постанова Кабінету міністрів «Про затвердження Порядку створення госпітальних округів», Розпорядження Кабінету Міністрів «Про затвердження переліку опорних закладів охорони здоров'я у госпітальних округах на період до 2023 року», а також статuti лікарень. Але на жаль не визначено чіткого алгоритму та механізмів їх взаємодії у сучасних умовах, саме тому це питання заслуговує на особливу увагу.

Метою роботи є визначення особливостей діяльності лікарень в межах одного госпітального округу, а саме обласної та районної клінічної лікарні.

Виклад основного матеріалу. Після прийняття Закону «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо невідкладних заходів у сфері охорони здоров'я» внесено зміни до законодавства, що дозволяє полегшити та стимулювати процес автономізації державних та комунальних закладів охорони здоров'я. Це є необхідною умовою для подальшої модернізації медичної сфери, яка відбувається шляхом зміни механізмів фінансування закладів охорони здоров'я через укладання договорів з Національною службою здоров'я України.

Законом «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо невідкладних заходів у сфері охорони здоров'я» відновлено можливість реформування закладів охорони здоров'я комунальної та державної форми власності у некомерційні та казенні підприємства, що була заблокована у зв'язку з внесенням у 2018 році змін до Цивільного кодексу України. До 31 грудня 2020 року полегшено процедуру реорганізації закладів охорони здоров'я, що передбачає звільнення від виконання кредиторських зобов'язань при реорганізації та необхідності отримання згоди на зміну боржника у зобов'язаннях, від необхідності проведення обов'язкової оцінки майна; спрощену процедуру передачі нерухомого майна; можливість використання власних надходжень для формування статутного капіталу утворених підприємств тощо [3]. Законом чітко передбачено відповідальність держави та

органів місцевого самоврядування у сфері організації медичного обслуговування населення, справедливу оплату праці немедичних працівників бригад екстреної медичної допомоги, а саме водіїв бригад екстреної медичної допомоги, які працюють у таких самих складних умовах, що і медичні працівники, несуть співмірне з ними фізичне та психологічне навантаження і їх робота пов'язана із такими ж ризиками для здоров'я, у тому числі від дорожньо-транспортних пригод. Для цього Законом поширено на водіїв бригад екстреної медичної допомоги умови оплати праці та заходи соціального захисту, передбачені для медичних працівників системи екстреної медичної допомоги (ч. 4 ст. 11 Закону України «Про екстрену медичну допомогу») [4].

Відповідно до реформи після переходу закладів охорони здоров'я на комунальну форму власності, вони зможуть отримувати кошти за надані послуги, відповідно до розробленої методики МОЗ, а також самостійно вирішувати організаційні питання, складати фінплан, виступати в ролі постачальника послуг, визначати потрібну кількість штатних посад, аналізувати ефективність використання ресурсів. Таким чином керівник отримає свободу в управлінні ресурсами та обиратиметься на конкурсній основі на 3-5 років, він зможе самостійно регулювати капітальні видатки й направляти фінанси, не чекаючи сесії місцевої ради й рішення депутатів. Уряд в свою чергу використовує кращі міжнародні практики завдяки залученню грантових програм та вивченню досвіду європейських країн [5]. Рішення щодо запровадження організаційно-правових змін не потребує погодження Кабінету Міністрів України, Міністерства охорони здоров'я України чи інших органів державної влади України, а процес реорганізації закладів медичної сфери в Україні триватиме до кінця 2020 року. У медичних закладах буде діяти наглядова рада, а громада повинна визначити, у якій саме лікарні вона буде створена та які функції виконуватиме.

Законом для забезпечення територіальної доступності якісної медичної допомоги населенню створюється госпітальний округ *“як сукупність закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які зареєстровані в установленому законом порядку та одержали ліцензію на право проведення господарської діяльності з медичної практики, що забезпечують медичне обслуговування населення відповідної території. У межах госпітального округу визначаються опорні заклади охорони здоров'я. Порядок створення госпітальних округів та перелік опорних закладів охорони здоров'я затверджуються Кабінетом Міністрів України”* [6].

Госпітальні округи створюються для оптимізації вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, забезпечення своєчасного доступу

населення до послуг вторинної медичної допомоги належної якості, оптимізації ресурсів закладів охорони здоров'я, підвищення ефективності використання бюджетних коштів, що спрямовуються на забезпечення фінансування вторинної медичної допомоги; а сприяння створенню умов для підготовки закладів охорони здоров'я, що надають вторинну медичну допомогу, до роботи в умовах управлінської та фінансової автономії. Госпітальні округи сьогодні сприяють забезпеченню своєчасного і якісного медичного обслуговування при доцільному використанні бюджетних коштів.

Відповідно до Порядку створення госпітальних округів Лікарня інтенсивного лікування першого рівня – заклад охорони здоров'я, що забезпечує надання населенню вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги та екстреної (невідкладної) медичної допомоги хворим та потерпілим при виникненні патологічних станів, що загрожують життю, та потерпілим при надзвичайних ситуаціях [6].

Лікарня інтенсивного лікування другого рівня – заклад охорони здоров'я, що забезпечує надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги в умовах цілодобового стаціонару, денного стаціонару або амбулаторних умовах дорослим і дітям у гострому стані захворювання або з хронічними захворюваннями, що потребують інтенсивного лікування та догляду, з обов'язковою наявністю відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги [6]. Перелік медичних втручань та заходів з надання вторинної медичної допомоги, що мають забезпечуватися лікарнями інтенсивного лікування першого та другого рівнів, затверджується МОЗ.

Крім того, у склад майже кожного госпітального округу входять: лікувально-діагностичний центр, лікарні планового та відновного лікування, станція швидкої медичної допомоги з пунктами швидкої медичної допомоги, пунктами швидкої медичної допомоги тимчасового базування та спеціалізованими бригадами швидкої медичної допомоги, хоспіс (заклад для надання паліативної допомоги та психологічної підтримки безнадійно хворим). На адміністративній території госпітальних округів базуються центри первинної медико-санітарної допомоги для надання первинної медичної допомоги [7]. Забезпечення діагностичних досліджень для потреб первинної ланки та планова амбулаторна спеціалізована допомога будуть надаватися поліклінічними відділеннями лікарень планового лікування або консультативно-діагностичними поліклініками. У гострих випадках амбулаторну спеціалізовану допомогу надаватимуть спеціалісти лікарень для надання інтенсивної допомоги [8].

Згідно з новими правилами, найбільш потужними в госпітальному окрузі будуть багатoproфільні лікарні інтенсивного лікування II рівня (майже у всіх районах до них будуть відноситись обласні та міські лікарні, які обслуговують не менше 200 тисяч осіб). Багатoproфільні лікарні інтенсивного лікування I рівня мають обслуговувати не менше 120 тисяч осіб (в своїй більшості вони є районними). В результаті медичної реформи всі лікарні залишаться працювати, проте їх профільність буде змінено. Оснащення закладів охорони здоров'я вторинного рівня здійснюється відповідно до примірних табелів оснащення, що затверджуються МОЗ.

В нашій країні існують певні проблеми та недоліки у створенні госпітального округу через те, що рекомендована Постановою Кабінету Міністрів України методика розрахунків щодо формування госпітальних округів прописує лише загальні принципи визначення лікарні інтенсивного лікування (далі – ЛІЛ): з огляду на чисельність населення майже 1 млн 200 тис. осіб, а також з огляду на відстань не більше 60 км від населених пунктів і розрахунку на одну годину доїзду транспортом. Цей принцип створив хаос і зумовив дискримінацію населення, що проживає у віддалених сільських районах, тому що порушуються вимоги щодо кількості населення на один госпітальний округ. Після реформування вторинної та третинної ланки медичної допомоги, створення госпітальних округів і укрупнення лікарняних закладів шляхом централізації, спеціалізована медична допомога стає ще менш доступною для сільських жителів, особливо у віддалених регіонах [9].

На нашу думку, Україні доцільно було б використати досвід Канади, яка вирішила проблему оптимізації і переформатування сільських медичних закладів шляхом відкриття на базі нерентабельних лікарень паліативних закладів, утримування яких покладено на територіальні громади, вони не потребують додаткового технічного оснащення і можуть бути відкриті на базі тих лікарень, які підпадають під закриття [1].

Україна також може використати позитивний досвід Латвії зі створення реабілітаційних центрів. Доцільним може стати створення на базі та перетворення ЦРЛ на мережі закладів відновного лікування (реабілітаційні центри) для сільського населення, де будуть працювати терапевти, невропатологи та спеціалісти з лікування опорно-рухового апарату (масаж, бальнеологія, парафіноterapia тощо). Це вирішить кадрову проблему і зніме соціальну напругу серед лікарів, які можуть втратити роботу у депресивних регіонах та проблему самотніх людей, які залишилися без догляду рідних і потребують медичного догляду. Отже, створення госпітальних округів на жаль не може вирішити всі проблеми сільської медицини, необхідно створювати

ефективні та результативні механізми взаємодії органів державної влади в сфері охорони здоров'я з територіальними громадами, а також посилювати взаємодію лікарень.

Координація діяльності закладів охорони здоров'я в межах госпітального округу здійснюється органом управління охороною здоров'я обласної державної адміністрації регіону в межах його повноважень. В сучасних умовах передбачено об'єднання медичних установ кількох сільських районів або міст і районів залежно від кількості населення, ситуації з транспортом, наявності матеріально-технічного та кадрового потенціалу лікарень та особливостей медичних послуг.

На рівні регіону встановлено порядок направлення пацієнтів на планові, консультативні, діагностичні та стаціонарні огляди третинного рівня. Для цього на рівні регіону створюється єдиний інформаційний медичний простір для реєстрації пацієнтів з визначенням дати і часу візиту. При направленні пацієнта, що потребує екстреної інтенсивної медичної допомоги, через електронну мережу, обласна лікарня інформується про направлення та можливий час прибуття відповідного пацієнта з метою її підготовки до надання інтенсивної медичної допомоги.

Новим ефективним механізмом взаємодії обласної лікарні з закладами охорони здоров'я госпітального округу є створення та робота тренінгового центру з безперервного післядипломного підвищення професійної майстерності медичних працівників (лікарів, середнього медичного персоналу) на базі обласної лікарні. Це дозволить ефективно підвищити професійну майстерність всіх медичних працівників обласної лікарні та інших медичних закладів округу [11].

В умовах медичної реформи «основною метою діяльності Лікарні є медичне обслуговування населення, надання медичної допомоги та послуг медичного обслуговування в амбулаторних та стаціонарних умовах (за видами медичної допомоги, лікарськими спеціальностями та спеціальностями молодших спеціалістів з медичною освітою відповідно до отриманої Лікарнею ліцензії на медичну практику та на основі професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників)» [12]. Кожна лікарня має забезпечити наявність щонайменше одного медичного працівника, зокрема з числа працюючих за сумісництвом, за кожною заявленою лікарською спеціальністю, спеціальністю молодших спеціалістів з медичною освітою та немедичних працівників, які працюють у системі охорони здоров'я; не допускати безліцензійну діяльність: провадження медичної практики за спеціальностями, на які не отримано ліцензію [12].

Лікарні проходять акредитацію згідно з порядком, визначеним КМУ у 2018-20 19 році, за результатами проходження попередньої акредитації кожній лікарні членами експертної групи надаються пропозиції, зауваження та рекомендації, які потребують врахування та виконання.

Виконання функцій БЛЛЛ першого або другого рівня згідно пропозицій Госпітальної ради та рішення відповідного органу місцевого самоврядування, на території якого розміщується ЗОЗ, покладається на ЗОЗ у складі госпітального округу, функціональні потужності яких відповідають рівню БЛЛЛ першого або другого рівня. Функціональні потужності - кваліфіковані кадрові ресурси та матеріально-технічне оснащення, що відповідають рівню спеціалізації медичних робітників [12].

Функціональні потужності БЛЛЛ першого або другого рівня мають:

- відповідати рівню спеціалізації медичних послуг, що надаються в закладі охорони здоров'я
- забезпечувати можливості діагностики, догляду та лікування невідкладних станів у цілодобовому режимі
- забезпечувати надання реабілітаційної допомоги у гострому періоді
- у разі наявності обґрунтованих потреб, може бути організоване функціонування окремих таких лікарень для дорослого та дитячого населення [12].

БЛЛЛ-1 (районна лікарня: акушерство і гінекологія; анестезіологія; ендоскопія, клінічна лабораторна діагностика, клінічна імунологія, клінічна біохімія; медицина невідкладних станів; неврологія; ортопедія і травматологія; патологічна анатомія; педіатрія; рентгенологія; терапія; трансфузіологія; ультразвукова діагностика; хірургія). Структура типової районної лікарні представлена на рис. 1, на прикладі Бериславської центральної районної лікарні (Бериславська центральна районна лікарня - лікувально-профілактичний заклад першої акредитаційної категорії, основними напрямками діяльності якої є цілодобове надання невідкладної та кваліфікованої допомоги жителям Бериславського району) [13].

Рис. 1. Структура районної лікарні

БЛПЛ-2 (обласна лікарня): акушерство і гінекологія; анестезіологія; гастроентерологія; гематологія; дитяча хірургія; ендокринологія; ендоскопія; інфекційні хвороби; кардіологія; клінічна лабораторна діагностика, клінічна імунологія, клінічна біохімія; комбустіологія; медицина невідкладних станів; неврологія; нейрохірургія; неонатологія; нефрологія; ортопедія і травматологія; отоларингологія; офтальмологія; патологічна анатомія; педіатрія; проктологія; психіатрія; пульмонологія; ревматологія; рентгенологія; судинна хірургія; терапія; трансфузіологія; ультразвукова діагностика; урологія; функціональна діагностика; хірургічна стоматологія; хірургія.

Структуру обласної лікарні можна побачити на рис.2, на прикладі Івано - Франківської обласної дитячої клінічної лікарні. Впровадження ефективних медичних технологій діагностичного та лікувального процесів здійснюється через систему галузевих стандартів, якими є національні клінічні протоколи, що затвердженні Міністерством охорони здоров'я України.

Структура обласної лікарні

Алергологічне відділення
Бактеріологічна лабораторія
Відділення інтенсивної терапії для новонароджених
Відділення анестезіології з ліжками інтенсивної терапії
Відділення для дітей з ураженням центральної нервової системи з порушенням функції опорно-рухового апарату
Відділення для недоношених новонароджених дітей
Відділення онкогематології
Відділення патології новонароджених
Відділення травматології та ортопедії
Відділення ультразвукової та функціональної діагностики
Ендокринологічне відділення
Ендоскопічний кабінет
Кабінет рентгендіагностики
Лабораторний центр
Медико-генетичний центр
Нефрологічне відділення
Обласна дитяча консультативна поліклініка
Оперативне відділення
Організаційно-методичний відділ
Отоларингологічне відділення
Офтальмологічне відділення
Приймальне відділення
Пульмонологічне відділення
Регіональний методично-організаційний моніторинговий центр з телемедициними консультаціями
Хірургічне відділення
Центр ранньої медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи.
Центр реабілітації дітей з порушенням слуху та мови

Рис. 2. Структура обласної лікарні

Індикатори оцінки діяльності обласних лікарень представлені у таблиці 1.

Таблиця 1

Індикатори оцінки діяльності обласних лікарень

№	Зміст індикатора	Показник
1. Індикатори структури		
1	Питома вага ліжок інтенсивної терапії	Не нижче 5%
2	Наявність в приймальних відділеннях палат інтенсивної терапії укомплектованих протишокowymi укладками	100%
3	Укомплектованість атестованими лікарськими кадрами	Не нижче 95%
4	Оснащення всіх структурних підрозділів відповідно до табелю оснащення	100%

5	Забезпеченість засобами медичного призначення для надання інтенсивної допомоги	100%
6	Організація роботи центру безперервного підвищення кваліфікації медичного персоналу	Наявність підготовки середніх працівників, їх виконання планів лікарів та медичних
7	Організація роботи контрольно-експертних комісій	Наказ по закладу, протоколи засідання
8	Комп'ютеризація всіх структурних підрозділів з доступом до Інтернет об'єднаних в єдину мережу	100% підрозділи
9	Наявність у всіх підрозділах локальних клінічних протоколів	100% у відповідності до наказів МОЗ
10	Впровадження сучасних організаційних та клінічних технологій за реєстрами галузевих нововведень	Наявність галузевих комісії впровадженню, впровадження, результатів, звіт до УІСД реєстру нововведень, по їх актів аналізу
11	Дорого вартісна діагностична та лікувальна апаратура використовується не менше 12 годин на добу	Журнали роботи
12	Планові операції проводяться щоденно (крім вихідних та святкових). Операційні використовуються не менше 8 годин на добу	Протоколи операцій
13	Організація обласного центра телемедичних консультацій	Не менше 10 консультацій в день
14	Запроваджений облік лікарських помилок, ускладнень пацієнтів в результаті використання лікарських засобів та використання обладнання.	Ведення журналів у всіх підрозділах, розгляду та навчання працівників результатами протоколів семінарів медичних за
15	Впроваджена системи безпеки пацієнтів	Наявність комісії, заходів відповідної розроблених відповідно до методрекомендацій МОЗ, позитивна оцінка за результати акредитації
16	Діагностична служба включаючи рентген, функціональну та лабораторну діагностику працює цілодобово	Показники обстеження ургентних пацієнтів в нічний час та святкові дні
2. Індикатори процесу		
1.	Госпіталізація пацієнтів в плановому порядку тільки за показами для третього рівня медичної допомоги	Виконання методрекомендацій МОЗ Рівень відповідної госпіталізації не нижче 95%
2.	Госпіталізація пацієнтів тільки у профільні відділення	100%

3.	Обсяг медичної допомоги у відповідності до медичних стандартів/клінічних протоколів	Не нижче 90%
4.	Робота ліжка 340 днів на рік	100%
5.	Середнє перебування на ліжку обґрунтоване експертними висновками	За показаннями
6.	Надання медичної допомоги пацієнтам на ранньому госпітальному етапі (приймальні відділення)	100% від потреби згідно з станом пацієнтів
7.	Відсутність обґрунтованих скарг на вищий рівень управління	Повна відсутність
8.	Задоволеність пацієнтів організацією та якістю медичної допомоги за даними соціологічних досліджень	Не менше 80% за даними соціологічного опитування

Саме тому на першому етапі оптимізації діяльності обласної лікарні має бути проведене інформування медичних працівників лікарні про затвердження клінічних протоколів та здійснення розробки локальних клінічних протоколів, які допоможуть налагодити зв'язки з районною лікарнею. В сучасних умовах також необхідно технічно переоснащити обласні та районні лікарні для впровадження сучасних діагностичних та лікувальних технологій на рівні світових підходів (сучасних комплексів променевої діагностики, лабораторних досліджень, функціональної (інструментальної) діагностики, комплексів для здійснення малоінвазивної хірургії та проведення інтенсивної терапії і моніторингу за станом пацієнтів) [14].

Для успішного реформування системи охорони здоров'я та ефективної взаємодії лікарень одного госпітального округу необхідно приділити увагу джерелам фінансування. Додатковими джерелами фінансових надходжень мають стати: благодійна допомога та кошти грантів; кошти добровільного медичного страхування; оплата лікарні за наданні послуги за угодами; надходження за послуги, які надає лікарня поверх нормативів надання безоплатної медичної допомоги; за послуги наданні пацієнтам за їх особистої ініціативи; добровільні внески та пожертви, та інші джерела, що не заборонені чинним законодавством [14]. Лікарням також доцільно організовувати професійну та наукову співпрацю з вищими медичними навчальними закладами та визначити умови їх співпраці на рівні законодавства. Сьогодні у кожній обласній та районній лікарні має бути розроблено відповідний план впровадження принципів та практичних кроків забезпечення безпеки перебування пацієнтів в лікувальному закладі і забезпечене поетапне його впровадження, що має бути критерієм акредитації лікарень.

Для покращення взаємодії обласної та районної лікарні в нашій країні доцільно провести комплексну комп'ютеризацію закладів охорони здоров'я з

створення автоматизованих робочих місць лікарів в усіх структурних підрозділах лікарні та автоматизованих робочих місць в допоміжних закладах включаючи економічний відділ та бухгалтерію, відділ кадрів, діагностичні служби тощо. Пересування пацієнта від приймального відділення до його виписки із стаціонару, включаючи обсяг надання медичної допомоги у відповідності до галузевого стандарту та повний економічний розрахунок витрат на кожного пацієнта в процесі надання медичної допомоги може інформаційно контролюватись в даній системі, та стати основою контролю раціонального використання ресурсів в лікарні [14]. Також в кожній обласній та районній лікарні треба визначити критерії оцінки діяльності як всього закладу охорони здоров'я так і кожного структурного підрозділу та медичного працівника, які диференціюються для конкретного закладу охорони здоров'я.

Інноваційний розвиток лікарень має проводитися комплексно і поетапно, охоплюючи всі сфери її діяльності для підвищення якості та ефективності надання високоспеціалізованої медичної допомоги [14].

За результатами аналізу ліцензій ЗОЗ було виявлено, що в більшості лікарень наразі відсутні у повному обсязі лікарські спеціальності, визначені у Примірному положенні про госпітальний округ для БЛІЛ-1 та БЛІЛ-2. Враховуючи спеціалізацію лікарень у межах госпітального округу, кожній лікарні рекомендується розробити та затвердити перелік медичних послуг, які будуть надаватися ЗОЗ. Перелік медичних послуг має розроблятися у відповідності до МКХ-10 та переліку медичних процедур (наказ МОЗ від 14.02.2007 № 67) [12].

У сучасних умовах кожний заклад охорони здоров'я має бути самостійним, автономність медичної установи може бути визначена як зменшення контролю та рівня впливу над державними та комунальними закладами та зміна звичайного прийняття рішень шляхом зменшення указів та збільшення повноважень. Роль власника медичної установи та органів місцевого самоврядування полягає у здійсненні: стратегічного управління закладом; контролю за діяльністю закладу та вжитті заходів реагування; сприяння розвитку та покращенню якості медичної допомоги шляхом фінансової підтримки та прийняття регіональних (місцевих) програм здоров'я. Держава в свою чергу координує систему охорони здоров'я, забезпечує системну інтеграцію та здійснює нагляд за належним виконанням функцій суб'єктами системи [12].

Законом передбачено зміну кваліфікаційних характеристик керівників ЗОЗ та медичних працівників з 1 січня 2019 року на: головного лікаря лікувально-профілактичного закладу; головного лікаря обласної, центральної міської, міської, центральної районної та районної лікарень; заступника головного лікаря обласної, центральної міської, міської, центральної районної та районної лікарень;

заступника головного лікаря обласної, центральної міської, міської, центральної районної та районної лікарень; заступника головного лікаря з медсестринства. Працівники, які обіймали посади заступника головного лікаря з медсестринства до набрання чинності цього наказу продовжують виконувати свої обов'язки [12].

Згідно з умовами реформи, кожний госпітальний округ в обов'язковому порядку повинен мати хоча б одну багатопрофільну спеціалізовану лікарню інтенсивного лікування, до якої можна доїхати за годину із будь-якого куточка в межах округу. А план розвитку госпітальних округів, крім стратегії розвитку, опису клінічних маршрутів, оцінки меж фінансування та механізму моніторингу, має містити перелік перспективних медичних закладів, які стануть БЛЛЛ першого чи другого рівня. Необхідно також розробити плани розвитку утворених БЛЛЛ з оцінкою їх фінансових та інвестиційних потреб та ризиків, а також перелік заходів з реорганізації та перепрофілювання медичних закладів з аналізом необхідного фінансування. Для членів госпітальної ради в межах кожного округу складання плану стане серйозним викликом, оскільки потребує не тільки фахових медичних знань та управлінського досвіду, а й навичок з фінансового аналізу, планування, аудиту, оцінки ризиків, стратегічного менеджменту та ін.

Відповідно до інформації, отриманої експертами центру «Ейдос» у відповідь на запити, станом на липень 2019 року лише 11 госпітальних рад в Україні склали перспективні плани розвитку. Аналіз цих планів свідчить про те, що не всі ради успішно виконали завдання визначення БЛЛЛ в межах свого округу. Якщо робоча група зможе впоратись з розробкою перспективного плану розвитку, госпітальний округ зможе перейти до третього етапу медичної реформи, який вводиться в дію з 1 січня 2020 року і передбачає фінансування надання вторинної допомоги лікарням, які мають статус БЛЛЛ і уклали договір з НСЗУ. Фінансування лікарень буде відбуватися за принципом «гроші ідуть за пацієнтом», і оплачуватися буде кожен пролікований випадок у межах державного гарантованого пакета медичної допомоги [15].

Висновки. Нажаль у сучасних умовах не існує достатнього нормативно-правового забезпечення процесу створення госпітальних округів та чітко визначеного механізму взаємодії лікарень одного госпітального округу, зокрема обласної та районної. Міністерством охорони здоров'я України затверджено обсяг надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, що має забезпечуватися багатопрофільними лікарнями інтенсивного лікування першого та другого рівнів, але не всі зможуть надати їх населенню.

Література:

1. Електронний ресурс. URL: http://oda.te.gov.ua/data/upload/content/main/ua/informbody/gospitalni_okrugu.pdf
2. Електронний ресурс. URL: <https://docs.dtki.ua/doc/5081-17#pn146>
3. Електронний ресурс. URL: <https://poltava.to/project/2281/>
4. Електронний ресурс. URL: <https://news.dtki.ua/society/community/59666>
5. Електронний ресурс. URL: <https://uozkmr.gov.ua/uploads/doc/2.pdf>
6. Електронний ресурс. URL: <https://uozkmr.gov.ua/uploads/doc/2.pdf>
7. Електронний ресурс. URL: http://oda.te.gov.ua/data/upload/content/main/ua/informbody/gospitalni_okrugu.pdf
8. Електронний ресурс. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3612-17>
9. Дейкун М., Піцуляк М., Кравченко П. Госпітальні округи: ріжемо без наркозу? URL: <http://www.vz.kiev.ua/gospitalni-okrugu-rizhemo-bez-narkozu/> 24/02/2017.
10. Kelley ML, Williams A, DeMiglio L, Mettam H. Developing rural palliative care: validating a conceptual model Rural and Remote Health 11: 1717. (Online). 2011. URL: <http://www.rrh.org.au>. 2002. <https://pdfs.semanticscholar.org/f695/44e05e9958a74fc70068482b213525227b05.pdf>.
11. Електронний ресурс. URL: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/10684/1/Організація%20діяльності%20обласної%20лікарні%20в%20умовах%20реформування%20системи%20медичної%20допомоги%20населенню.pdf>
12. Юридичні аспекти функціонування лікарень в межах госпітальних округів. Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я» Електронний документ. Режим доступу: <https://healthcenter.od.ua/wp-content/uploads/2019/02/госпіт.-округи-юридичні-питання-1.pdf>
13. Електронний ресурс. URL: <http://www.bermed.ks.ua/2-uncategorised/56-holovna>
14. Слабкий Г.О., доктор медичних наук, професор Лобас В.М. Організація діяльності обласної лікарні в умовах реформування системи медичної допомоги населенню. Методичні рекомендації. м. Київ, 2013 <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/10684/1/Організація%20діяльності%20обласної%20лікарні%20в%20умовах%20реформування%20системи%20медичної%20допомоги%20населенню.pdf>
15. Електронний ресурс. URL: <http://eidos.org.ua/novyny/zminy-yaki-nese-medreforma-dlya-likaren-na-prikladi-sumskoj-hospitalnoj-rady/>

References:

1. Hospitalni okruhy Ternopilskoi oblasti [Hospital districts of Ternopil region]. (n.d.). oda.te.gov.ua. Retrieved from http://oda.te.gov.ua/data/upload/content/main/ua/informbody/gospitalni_okrugu.pdf [in Ukrainian].
2. Zakon Ukrainy "Pro vnesennia zmin do deiakykh zakonodavchykh aktiv Ukrainy shchodo nevidkladnykh zakhodiv u sferi okhorony zdorovia" : vid 20 hrudnia 2019 roku № 421-IX [Law of Ukraine "On Amendments to Certain Legislative Acts of Ukraine Concerning Urgent Measures in the Field of Health Care" from December 20, 2019 № 421-IX]. (n.d.). zakon.rada.gov.ua. Retrieved from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/421-20> [in Ukrainian].
3. Zakon Verkhovnoi Rady Ukrainy "Pro ekstrenu medychnu dopomohu" : vid 05 lyupnia 2012, № 5081-VI [Law of Verkhovna Rada of Ukraine "On emergency medical care" from July 05, 2012, № 5081-VI]. (n.d.). docs.dtki.ua. Retrieved from <https://docs.dtki.ua/doc/5081-17#pn146> [in Ukrainian].
4. Yakykh zmin chekaty Poltavshchyni v haluzi okhorony zdorovia pislia pidpysannia zakonu № 2002-VIII [What changes can be expected for Poltava region in the field of healthcare after signing of the law № 2002-VIII]. (2017). poltava.to. Retrieved from <https://poltava.to/project/2281/> [in Ukrainian].

5. Medreformi buty: VRU pryiniala zakon [Medical reform will be: Verkhovna Rada passed the law]. (2019). news.dtkr.ua. Retrieved from <https://news.dtkr.ua/society/community/59666> [in Ukrainian].
6. Poriadok utvorennia hospitalnykh okruhiv [The order of formation of hospital districts]. (n.d.). uozkmr.gov.ua. Retrieved from <https://uozkmr.gov.ua/uploads/doc/2.pdf> [in Ukrainian].
7. Hospitalni okruhy Ternopilskoi oblasti [Hospital districts of Ternopil region]. (n.d.). oda.te.gov.ua. Retrieved from http://oda.te.gov.ua/data/upload/content/main/ua/informbody/gospitalni_okrugy.pdf [in Ukrainian].
8. Zakon Ukrainy "Pro poriadok provedennia reformuvannia systemy okhorony zdorovia u Vinnytskii, Dnipropetrovskii, Donetskii oblastiakh ta misti Kyievi" : vid 7 lypnia 2011 roku, № 3612-VI [Law of Ukraine "On the procedure for reforming the health care system in Vinnytsia, Dnipropetrovsk, Donetsk regions and the city of Kyiv" from July 7, 2011, № 3612-VI]. (2012). *Vidomosti Verkhovnoi Rady Ukrainy – Bulletin of Verkhovna Rada of Ukraine*, 12-13. Retrieved from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3612-17> [in Ukrainian].
9. Deikun, M., Pitsuliak, M., Kravchenko, P. (n.d.). Hospitalni okruhy: rizhemo bez narkozu? [Hospital districts: do we cut without anesthesia?]. www.vz.kiev.ua. Retrieved from <http://www.vz.kiev.ua/gospitalni-okrugy-rizhemo-bez-narkozu/24/02/2017> [in Ukrainian].
10. Kelley, M.L., Williams, A., DeMiglio, L., Mettam, H. (2011). Developing rural palliative care: validating a conceptual model. *Rural and Remote Health*, 11(2), 1717 [in English].
11. Slabkyi, H.O., et. al. (2013). *Orhanizatsiia diialnosti oblasnoi likarni v umovakh reformuvannia systemy medychnoi dopomohy naselenniu* [The organization of activity of regional hospital in the conditions of reforming of system of medical care to the population]. Kyiv: Ministerstvo okhorony zdorovia Ukrainy. Retrieved from <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/10684/1/Організація%20діяльності%20обласної%20лікарні%20в%20умовах%20реформування%20системи%20медичної%20допомоги%20населенню.pdf> [in Ukrainian].
12. Bronova, V. (n.d.). *Yurydychni aspekty funktsionuvannia likaren v mezhakh hospitalnykh okruhiv* [Legal aspects of functioning hospitals within hospital districts]. Proekt USAID «Pidtrymka reformy okhorony zdorovia». Retrieved from <https://healthcenter.od.ua/wp-content/uploads/2019/02/госпіт.-округи-юридичні-питання-1.pdf> [in Ukrainian].
13. Sait Komunalnoho nekomertsiiinoho pidpriemstva «Beryslavska tsentralna raionna likarnia» Beryslavskoi raionnoi rady [Site of Municipal non-profit enterprise "Beryslav Central District Hospital" of Beryslav District Council]. www.bermed.ks.ua. Retrieved from <http://www.bermed.ks.ua/2-uncategorised/56-holovna> [in Ukrainian].
14. Slabkyi, H.O., et. al. (2013). *Orhanizatsiia diialnosti oblasnoi likarni v umovakh reformuvannia systemy medychnoi dopomohy naselenniu* [The organization of activity of regional hospital in the conditions of reforming of system of medical care to the population]. Kyiv: Ministerstvo okhorony zdorovia Ukrainy. Retrieved from <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/10684/1/Організація%20діяльності%20обласної%20лікарні%20в%20умовах%20реформування%20системи%20медичної%20допомоги%20населенню.pdf> [in Ukrainian].
15. Zeleniak, O., Bahatska, K. (2019). Zminy, yaki nese medreforma dla likaren (na prykladi Sumskoi hospitalnoi rady) [Changes in medical reform for hospitals (on the example of Sumy Hospital Council)]. eidos.org.ua. Retrieved from <http://eidos.org.ua/novyny/zminy-yaki-nese-medreforma-dlya-likaren-na-prykladi-sumskoj-hospitalnoji-rady/> [in Ukrainian].