

Заклад вищої освіти «Український католицький університет»

Факультет суспільних наук

Кафедра державного управління

Кваліфікаційна робота

на тему:

«Формування територіальних мереж закладів охорони здоров'я на основі міжмуніципального співробітництва (на прикладі Яворівського району)»

Виконала: студентка ІІ курсу групи
СПА 21

Галузі знань 28 «Публічне
управління
та адміністрування»

Спеціальності 281 «Публічне
управління
та адміністрування»

Освітньої програми «Публічне
управління
та адміністрування»

Освітній ступінь магістр

Яхницька М.М.

Керівник к.ек.н Борщевський В.В.
Рецензент _____

Яхницька М.М. Формування територіальних мереж закладів охорони здоров'я на основі міжмуніципального співробітництва (на прикладі Яворівського району): Кваліфікаційна робота: (281 «Публічне управління та адміністрування») / М.М. Яхницька / Український католицький університет. Кафедра державного управління; Наук. кер: де.н. Борщевський В.В. – Львів: УКУ, 2023. – 61 с.

Анотація. У роботі розглянуто систему охорони здоров'я України в процесі реформування. Розглянуто періоди та етапи реформи. Проаналізовано досвід створення госпітальних округів та принципи міжмуніципального співробітництва територіальних громад. Вивчено частоту звернення за медичною допомогою в державні заклади охорони здоров'я. Запропоновано проєкт територіального медичного об'єднання Яворівського району.

Ключові слова: система охорони здоров'я, медичний заклад, міжмуніципальне співробітництво, госпітальний округ, територіальне медичне об'єднання.

Abstract. The work examines the health care system of Ukraine in the process of reform. The periods and stages of the reform are considered. The experience of creating hospital districts and the principles of inter-municipal cooperation of territorial communities are analyzed. The frequency of seeking medical help in state health care institutions was studied. The project of the territorial medical association of the Yavoriv district is proposed.

Keywords: health care system, medical institution, inter-municipal cooperation, hospital district, territorial medical association.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. Теоретико-методичні аспекти утворення територіальних мереж закладів охорони здоров'я	8
1.1 Принципи формування територіальних мереж закладів охорони здоров'я.....	8
1.2 Механізми утворення територіальних мереж закладів охорони здоров'я.....	17
1.3 Світовий досвід створення госпітальних округів.....	18
РОЗДІЛ 2. Мережа закладів охорони здоров'я в Україні.....	22
2.1 Зміни функціонування закладів охорони здоров'я в Україні від 1991 року і до 2023 року.....	22
2.2 Нормативно-правова база зміни мережі закладів охорони здоров'я.....	26
2.3 Досвід створення територіальних медичних об'єднань в Україні.....	34
2.4 Існуюча мережа закладів охорони здоров'я у Яворівському районі....	35
2.5 Дослідження звернень за медичною допомогою в різних ОТГ Яворівського району.....	36
РОЗДІЛ 3. Проєкт ТМО Яворівського району.....	38
3.1 Пропозиції щодо формування мережі закладів охорони здоров'я Яворівського району.....	38
3.2 Структура мережі закладів охорони здоров'я.....	44
ВИСНОВКИ.....	50
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	53

ВСТУП

Актуальність. Охорона здоров'я вважається однією з пріоритетних сфер діяльності держави. Держава формує політику охорони здоров'я в Україні та забезпечує її реалізацію. Державна політика у сфері охорони здоров'я забезпечується бюджетними коштами і виділяється в обсягах, визначених відповідним законодавством України. Основу державної політики охорони здоров'я формує Верховна Рада України. Шляхом конкретизації принципів Конституції та законодавства про охорону здоров'я в Україні. Визначає мету, основні завдання, напрями, принципи та засади охорони здоров'я. Встановлює пріоритети, критерії та обсяги бюджетного фінансування, встановлює відповідні кредитно-фінансові, податкові, митні та інших принципів. Потребує погодження з іншими регуляторними органами та затвердження вичерпного і цільового переліку [0].

Основи законодавства про охорону здоров'я в Україні гарантує правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні регулюють суспільні відносини у цій галузі та забезпечують гармонійний розвиток фізичного і психічного здоров'я, високу працездатність і довголіття громадян та усунення факторів, що цьому перешкоджають. Запобігання та зменшення факторів, що негативно впливають на здоров'я, захворюваність, інвалідність і смертність населення [Помилка! Джерело посилання не знайдено.].

Основними принципами охорони здоров'я в Україні є:

- 1) Визнання охорони здоров'я пріоритетною сферою діяльності суспільства і держави та одним із головних чинників виживання і розвитку нації;
- 2) дотримання прав і свобод людини і громадянина у сфері охорони здоров'я та пов'язаних з ними державних гарантій;

3) гуманістична спрямованість, забезпечення таких пріоритетів пріоритет загальнолюдських цінностей над класовими, національними, колективними та індивідуальними інтересами, підвищення індивідуальними інтересами; посилення медико-соціального захисту найбільш вразливих верств населення; посилення медико-соціального захисту найбільш вразливих верств населення найбільш вразливих груп населення;

4) право громадян на рівність, демократію та загальний доступ до громадян на рівність, демократію та загальний доступ до медичних та інших послугу сфері охорони здоров'я;

5) відповідність соціально-економічним проблемам та рівню та культурному розвитку суспільства; наукова обґрунтованість; матеріально-технічне та фінансове забезпечення;

6) орієнтація на сучасні стандарти здоров'я та медичної допомоги;

7) орієнтація на поєднанні з національними традиціями і досягненнями та міжнародним досвідом у сфері охорони здоров'я: профілактичний та попереджувальний характер, комплексність: соціальний, екологічний та медичний підходи до охорони здоров'я;

8) багатокладність економіки охорони здоров'я та її багатоканальне фінансування, поєднання державних гарантій, а також заохочення підприємництва та конкуренції;

9) децентралізація державного управління, розвиток автономії незалежності закладів і медичних працівників як на законодавчій, так і на договірній основі.

Структура системи охорони здоров'я передбачає наступні рівні:

1) національний (МОЗ та заклади, що безпосередньо підпорядковуються МОЗу);

2) регіональний;

3) локальний [Помилка! Джерело посилання не знайдено.].

Право на охорону здоров'я для громадян передбачає:

- 1) рівень життя, включаючи їжу, одяг, житло та медичне обслуговування;
- 2) соціальні послуги та засоби, необхідні для підтримки здоров'я людини;
- 3) навколишнє середовище, безпечне для життя і здоров'я;
- 4) гігієнічний та епідеміологічний стан території та місця проживання;
- 5) безпечні та здорові умови праці, навчання, побуту і відпочинку;
- 6) кваліфіковану медичну допомогу, включаючи вільний вибір лікаря; вибір медичного закладу; вибір кваліфікованої медичної допомоги.
- 7) достовірну та своєчасну інформацію про стан свого здоров'я, відшкодування шкоди, заподіяної здоров'ю оскарження неправомірних рішень і дій працівників, закладів та медичних закладів та організацій[1,2].

Відповідно до Конституції України, держава гарантує всім громадянам реалізацію своїх прав у сфері охорони здоров'я шляхом:

- 1) створення розгалуженої мережі медичних закладів;
- 2) організації та здійснення системи державних і громадських заходів, спрямованих на охорону і зміцнення здоров'я;
- 3) забезпечують надання медичної допомоги всім громадянам та іншим особам відповідно до закону;
- 4) забезпечують надання гарантованого обсягу медичних послуг та лікарських засобів усім громадянам та іншим особам відповідно до закону;
- 5) забезпечують надання медичних послуг та лікарських засобів у порядку, встановленому законом;
- 6) здійснення державного та можливого громадського контролю і нагляду у сфері охорони здоров'я;
- 7) організація національної системи збору, обробки та аналізу інформації з питань соціальної, екологічної та спеціальної медичної статистики
- 8) встановлення відповідальності за порушення прав і законних інтересів громадян у сфері охорони здоров'я.

Мета: обґрунтувати доцільність створення територіальних медичних закладів у межах госпітальних округів як одного з основних факторів якісної, доступної медичної допомоги для жителів району.

Завдання:

- 1) вивчити частоту звернень у заклади охорони здоров'я;
- 2) проаналізувати існуючу мережу закладів охорони здоров'я на території району;
- 3) сформулювати принципи міжмуніципального співробітництва громад при формуванні розгалуженої мережі охорони здоров'я на території району;
- 4) створити проєкт територіального медичного об'єднання Яворівського району.

Предмет дослідження - міжмуніципальне співробітництво при створенні територіального медичного об'єднання.

Об'єкт дослідження діючі заклади охорони здоров'я в Яворівському районі.

Методи дослідження опитування, емпіричних досліджень, ретроспективний аналіз.

У роботі є три розділи, 2 таблиці, 7 рисунків.

РОЗДІЛ 1

Теоретико-методичні аспекти утворення територіальних мереж закладів охорони здоров'я

1.1. Принципи формування територіальних мереж закладів охорони здоров'я

З 2018 року в Україні почалася медична реформа. Реформа має на меті вирішити гострі проблеми сфери охорони здоров'я, такі як низька якість та ефективність надання медичних послуг, неефективне витрачання бюджетних коштів і, як наслідок, катастрофічні витрати домогосподарств на охорону здоров'я. Основою для нової системи є пацієнт-центрична модель, що ґрунтується на таких засадах:

- 1) забезпечення доступу до медичної допомоги;
- 2) координація та інтеграція надання медичної допомоги;
- 3) повага до потреб та очікувань пацієнтів;
- 4) надання пацієнтам інформації щодо діагнозу та процесу лікування;
- 5) емоційна підтримка; залучення сім'ї до процесу надання медичної допомоги [**Помилка! Джерело посилання не знайдено.**].

Нова система зосереджена на чіткому визначенні ролей та відповідальності Уряду, місцевого самоврядування, керівників закладів охорони здоров'я [**Помилка! Джерело посилання не знайдено.**]. Основними її принципами є:

- 1) структурно-організаційне та фінансово-економічне розмежування первинного та вторинного рівнів;

2) надання медичної допомоги шляхом створення центрів первинної медико-санітарної допомоги та госпітальних округів з урахуванням особливостей адміністративних територій (щільності та характеру розселення населення, стану транспортних комунікацій, матеріально-технічного та кадрового потенціалу закладів охорони здоров'я, їх профілю та структури медичних послуг) та диференціація закладів охорони здоров'я, що надають вторинну медичну допомогу, з урахуванням інтенсивності її надання [14,27,**Помилка! Джерело посилання не знайдено.**,48];

3) запровадження вільного вибору пацієнтом лікаря первинного рівня медичної допомоги;

4) створення раціонального медичного маршруту пацієнта для надання медичної допомоги;

5) централізація коштів на надання первинної медико-санітарної допомоги на рівні районних/міських бюджетів, на надання вторинної, третинної та екстреної медичної допомоги;

6) на рівні обласних бюджетів;

7) запровадження системи індикаторів якості медичних послуг, що надаються на первинному, вторинному та третинному рівнях медичної допомоги;

8) запровадження договорів на виконання бюджетної програми в охороні здоров'я [**Помилка! Джерело посилання не знайдено.**].

Створення умов для реформування системи охорони здоров'я передбачає наступне:

1) Розмежування первинного, вторинного та третинного рівнів надання медичної допомоги, визначення переліку послуг відповідно до рівня допомоги;

2) затвердження стандартів надання медичної допомоги та клінічних протоколів;

3) прийняття органами місцевого самоврядування та регіональними органами виконавчої влади з охорони здоров'я відповідних рішень щодо

структурної перебудови системи охорони здоров'я. Заклади охорони здоров'я після проведення структурних перетворень відповідно до функцій, які на них покладені повинні бути переоснащені згідно з таблицями оснащення, затвердженими центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я [Помилка! Джерело посилання не знайдено., 21].

Перепрофілювання закладів вторинної медичної допомоги передбачає створення:

1) багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування – для надання цілодобової медичної допомоги хворим (плановим та у гострому стані), що потребують високої інтенсивності лікування та догляду – одна на округ; - лікарень для проведення планового стаціонарного лікування з поліклінічними відділеннями у кожному районі, місті без районного поділу або у районі міста

2) для проведення повторних курсів протирецидивної терапії або доліковування з використанням стандартних схем лікування - відповідно до потреб у допомозі такої інтенсивності;

3) лікарень з поліклінічними відділеннями для відновлювального лікування – для відновлення функцій, порушених в результаті захворювання чи травми, з метою попередження інвалідності та/або реабілітації інвалідів – до двох на округ;

4) хоспісів – для надання паліативної допомоги та психологічної підтримки хворих в термінальному стані – один на округ;

5) лікарень для надання медико-соціальної допомоги/сестринського догляду – для забезпечення догляду та надання соціальної і паліативної допомоги хронічним хворим, кількість яких визначається обласним управлінням охорони здоров'я відповідно до потреб; - консультативно-діагностичних центрів - у складі багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування та лікарень для проведення планового стаціонарного лікування або на базі самостійних міських поліклінік; - об'єднання багатопрофільних і монопрофільних або спеціалізованих закладів охорони здоров'я, за виключенням протитуберкульозних закладів та потужних (більше 1000

пологів на рік) пологових будинків [14, **Помилка! Джерело посилання не знайдено.**, 23].

Реорганізація системи надання швидкої допомоги передбачає створення в області Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, до складу якого входять станції швидкої допомоги із розрахунку – одна на госпітальний округ, з мережею підстанцій, що дозволить забезпечити доїзд до пацієнта.

Надходження пацієнтів до закладів охорони здоров'я, що надають вторинну медичну допомогу здійснюється наступним чином: - до лікарень інтенсивного лікування – доставка санітарним транспортом або самозвернення пацієнтів, або за направленням лікаря загальної практики-сімейного лікаря, або лікаря спеціаліста; до стаціонарних та поліклінічних відділень лікарень планового лікування хронічних хворих – за направленням лікаря загальної практики сімейного лікаря; до лікарень відновного лікування – за направленням лікаря загальної практики-сімейного лікаря, лікарів лікарень інтенсивного лікування, лікарів– спеціалістів лікарень планового лікування, закладів третинної медичної допомоги; до лікарень медико-соціальної допомоги та хоспісів – за направленням лікаря загальної практики-сімейного лікаря; до самостійних консультативно-діагностичних центрів, консультативно-діагностичних центрів лікарень планового лікування – за направленням лікаря загальної практики-сімейного лікаря; до консультативно-діагностичних центрів лікарень інтенсивного лікування – за направленням лікаря загальної практики-сімейного лікаря або лікаря спеціаліста [1,8].

Третинний рівень надання медичної допомоги реорганізація системи надання третинної медичної допомоги передбачає поетапну структурну перебудову регіональної системи охорони здоров'я шляхом оптимізації мережі закладів охорони здоров'я, що надають таку допомогу. Третинна (високоспеціалізована) медична допомога надаватиметься обласними лікарнями, центрами високоспеціалізованої медичної допомоги та клініками

науково-дослідних інститутів. З метою підвищення якості медичної допомоги та ефективності використання потенціалу обласних лікарень та вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації на базі обласних клінічних лікарень можуть утворюватися університетські клініки. Реанімація української системи охорони здоров'я для досягнення рівного доступу громадян до якісних медичних послуг з гарантією фінансової безпеки вимагає комплексної реформи. Ключовими елементами цієї реформи мають бути зміна механізмів фінансування [2].

Для ефективного результату нова модель повинна відповідати таким вимогам (представлена в рис.1.1.):

1) Визначення предмету закупівлі – переліку та обсягу медичних послуг та лікарських засобів, визначених програмою медичних гарантій, оплата яких гарантується за рахунок коштів Державного бюджету України. Цей перелік включає послуги первинної, вторинної, третинної, екстреної, реабілітаційної та паліативної допомоги і необхідних медикаментів. Програма медичних гарантій, зокрема склад, обсяг та розмір фінансування, щорічно затверджується Верховною Радою України у складі закону про Державний бюджет України [**Помилка! Джерело посилання не знайдено.**].

2) Універсальність покриття: доступ до послуг повинні мати всі громадяни країни незалежно від віку, статі, рівня достатку, стану здоров'я та місця проживання.

3) Консолідація в єдиний пул для оплати страхових внесків коштів від якомога більшої кількості застрахованих громадян [7].

4) Консолідація коштів для закупівлі послуг на такому рівні, який забезпечить замовнику (розпоряднику бюджетних коштів) достатню ринкову силу, щоб отримувати найкращу ціну за послуги та медикаменти. 5. Запровадження чітких правил здійснення оплати за кожним страховим випадком (методів оплати, стандартів надання послуг, медичних протоколів, механізмів контролю якості).

5) Організація закупівель медичних послуг у такий спосіб, щоб їх замовник (розпорядник бюджетних коштів), що діє від імені застрахованих громадян, був зацікавлений діяти в найкращих інтересах пацієнта, а не в найкращих інтересах надавача (закладу, лікаря).

6) Організація закупівель медичних послуг у такий спосіб, щоб їх замовник (розпорядник бюджетних коштів), що діє від імені застрахованих громадян, не мав фінансового інтересу відмовляти застрахованим особам у виплаті [**Помилка! Джерело посилання не знайдено.**].

7) Організація закупівель медичних послуг у такий спосіб, щоб після політичного затвердження програми медичних гарантій подальші рішення щодо виплат за цією програмою на лікування за окремими випадками приймалися винятково на основі технічних критеріїв (медичних підстав, стандартів, правил оплати) і не залежали від політичного вибору на жодному рівні врядування.

8) Забезпечення прозорості та суворої підзвітності у використанні бюджетних коштів.

9) Забезпечення можливості вільного вибору закладів пацієнтом та конкуренції надавачів, яка мотивуватиме їх надавати більш якісні послуги, впроваджувати науково обґрунтовані та економічно ефективні методи роботи.



Рис.1.1. Модель медичної реформи

Для досягнення зазначеної мети реформа передбачає запровадження таких елементів:

1) Єдиний національний замовник медичних послуг: центральний орган виконавчої влади (Національна служба здоров'я України, НСЗУ), що виконує функції страховика та єдиного стратегічного замовника/закупівельника медичних послуг і лікарських засобів у рамках програми державних гарантій. НСЗУ утворюється Кабінетом Міністрів України [7].

2) Програма медичних гарантій: чітко визначений обсяг медичних послуг та лікарських засобів, які будуть оплачуватись за рахунок державного бюджету. Конкретний перелік послуг та лікарських засобів, що входять до програми медичних гарантій, і тарифи для їх оплати щорічно затверджуватимуться в рамках Державного бюджету України.

3) Нові механізми оплати медичних послуг за принципом «гроші ходять за пацієнтом»: перехід до фінансування медичних послуг і результатів наданої допомоги. Нові механізми запроваджуються поступово, починаючи з первинної медичної допомоги, яка переходить на фінансування за капітаційною ставкою з липня 2018 року. Поняття програми медичних гарантій. Згідно з Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», програма державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій) визначає перелік та обсяг медичних послуг (включно з медичними виробами) та лікарських засобів, повну оплату, надання яких пацієнтам держава гарантує за рахунок коштів Державного бюджету України згідно з тарифом, для профілактики, діагностики, лікування та реабілітації у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами. У межах програми медичних гарантій держава гарантує громадянам, іноземцям та особам без громадянства, які постійно проживають на території України, та особам, яких визнано біженцями або особами, які

потребують додаткового захисту, повну оплату за рахунок коштів Державного бюджету України необхідних їм медичних послуг та лікарських засобів, пов'язаних з наданням: 1) екстреної медичної допомоги; 2) первинної медичної допомоги; 3) вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги; 4) третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги; 5) паліативної медичної допомоги; 6) медичної реабілітації; 7) медичної допомоги дітям до 16 років; 8) медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами. Іноземцям та особам без громадянства, які тимчасово перебувають на території України, у межах програми медичних гарантій держава забезпечує оплату необхідних медичних послуг та лікарських засобів, пов'язаних з наданням екстреної медичної допомоги. Такі особи зобов'язані компенсувати державі повну вартість наданих медичних послуг та лікарських засобів у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України, якщо інше не передбачено міжнародними договорами чи законами України. Медичні послуги та лікарські засоби, пов'язані з наданням інших видів медичної допомоги, оплачуються іноземцями та особами без громадянства, які тимчасово перебувають на території України, за рахунок власних коштів, коштів добровільного медичного страхування чи інших джерел, не заборонених законодавством [Помилка! Джерело посилання не знайдено.,Помилка! Джерело посилання не знайдено.,15,23,33]. Програмою медичних гарантій визначаються перелік та обсяг медичних послуг та лікарських засобів, оплата яких гарантується за рахунок коштів Державного бюджету України. Медичні послуги та лікарські засоби, що не включені до програми медичних гарантій, не підлягають оплаті за рахунок коштів Державного бюджету України, передбачених на реалізацію програми медичних гарантій, але можуть покриватися за рахунок коштів Державного бюджету України, передбачених на реалізацію відповідних державних програм та заходів, місцевих бюджетів, медичного страхування, юридичних і фізичних осіб та з інших джерел, не заборонених законодавством. Програма медичних гарантій розробляється з урахуванням положень галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

Порядок розробки програми медичних гарантій розробляє МОЗ за погодженням з Міністерством фінансів України. Щороку програма медичних гарантій затверджується Верховною Радою України у складі закону про Державний бюджет України. При цьому обсяг коштів на реалізацію програми щорічно визначається у законі України про Державний бюджет України як частка валового внутрішнього продукту у розмірі не менше 5% ВВП. Видатки на програму медичних гарантій є захищеними статтями видатків бюджету.

Статус центрального органу виконавчої влади, відповідального за реалізацію, але не за формування державної політики, забезпечує незаангажованість і захищеність НСЗУ від політичного впливу при використанні коштів, виділених на фінансування програми медичних гарантій. Структура НСЗУ передбачає наявність центрального та регіональних відділень, взаємозв'язок яких подібний до інших органів виконавчої влади: центральне відділення виконує повний перелік функцій, а регіональні відповідають за підготовку договорів з місцевими надавачами послуг, контроль якості та інші функції. Регіональні відділення не будуть підпорядковані місцевим органам виконавчої влади. Це відповідає принципу розмежування повноважень замовника і надавача медичних послуг [9]. Єдиний національний замовник не володіє закладами охорони здоров'я та не керує ними. Це відповідає принципу розмежування функцій замовника і надавача медичних послуг. Відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», при НСЗУ з метою забезпечення прозорості та громадського контролю за її діяльністю утворюється Рада громадського контролю у складі 15 осіб, яка формується на засадах відкритого та прозорого конкурсу на період двох календарних років [8]. Контракти, укладені між НСЗУ і медичними закладами, є публічними та оприлюднюються на сайті НСЗУ протягом п'яти днів з моменту їх підписання. Забезпечення заходів щодо запобігання корупції та контроль за їх здійсненням в апараті НСЗУ, її територіальних органах, на підприємствах, в установах та організаціях, що належать до сфери управління. eHealth – електронна система

охорони здоров'я, що забезпечує обмін медичною інформацією та реалізацію програми медичних гарантій населення. Завданням електронної системи охорони здоров'я є забезпечення можливості використання пацієнтами електронних сервісів для реалізації їх прав за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, автоматизація ведення обліку медичних послуг і управління медичною інформацією, запровадження електронного документообігу у сфері медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій. Електронна система охорони здоров'я складається з центральної бази даних та електронних медичних інформаційних систем (МІС), між якими забезпечено автоматизований обмін інформацією, даними та документами через відкритий програмний інтерфейс (API). Міністерство охорони здоров'я регулює впровадження eHealth на нормативно-правовому рівні. Національна служба здоров'я України укладає договори з постачальниками медичних послуг; аналізує та використовує дані з метою прогнозування потреб населення у медичних послугах, розробки програми медичних гарантій, встановлення тарифів, здійснення моніторингу договорів; здійснює оплати за медичні послуги на умовах договору [5].

1.2. Механізми утворення територіальних мереж закладів охорони здоров'я

Доступ до охорони здоров'я - це можливість отримати необхідну медичну допомогу у своєчасний, доступний, адекватний та прийнятний спосіб. Він стосується наявності або відсутності фізичних, економічних та культурних бар'єрів, з якими люди можуть зіткнутися при отриманні медичної допомоги[1]. Поняття доступу до медичної допомоги відображає ступінь, до якого кожна людина або група людей має право і може реально отримати доступ до необхідних їм медичних послуг[6]. Останніми роками питання доступності лікування для українців привертає все більше уваги і стає

предметом соціологічних та економічних досліджень; у 2017 році Уряд запровадив програму реімбурсації -механізм повної або часткової оплати з бюджету ліків, включених до детального переліку. До переліку входять ліки від серцево-судинних захворювань, діабету II типу та бронхіальної астми. Лікування цих захворювань було визначено пріоритетним, оскільки вони мають найбільший вплив на смертність або суттєво знижують якість життя пацієнтів і можуть ефективно лікуватися в амбулаторних умовах[4]. Однак програма не покриває повністю вартість ліків. Безоплатно надаються лише найдешевші препарати, за більш якісні та дорогі аналоги пацієнти змушені доплачувати, а держава компенсує лише частину витрат[7]. Незважаючи на запровадження програми «Доступні ліки», сотні інших захворювань, які призводять до інвалідності та щороку забирають сотні тисяч життів українців, залишаються поза увагою, а пацієнти стикаються зі значним фінансовим тягарем у разі тяжкої хвороби. У 2017 році громадська організація «Пацієнти України» провела соціологічне дослідження провела соціологічне дослідження, в якому проаналізувала вартість ліків для українських домогосподарств, доступність лікування та ставлення пацієнтів до поточної політики забезпечення ліками. Згідно з опитуванням, основними проблемами із забезпеченням ліками в Україні є-високі ціни на ліки-94% -не ефективні та фальсифіковані ліки-48%-поліпрагмазія (лікарі виписують багато ліків)- 28% -відсутність ліків в аптеках-17%. Позичати гроші, щоб покрити вартість ліків на місяць, або продавати цінні речі-17%. До продажу цінних речей вдавалися 65% індивідуальних інтерв'ю та 61% учасників фокус-груп.

1.3. Світовий досвід створення госпітальних округів

Процес створення госпітальних округів в Україні розпочався у 2017 році і має на меті оптимізувати кількість та якість закладів охорони здоров'я та покращити систему охорони здоров'я країни. Створення таких округів покликане раціоналізувати мережу закладів охорони здоров'я таким чином,

щоб пацієнти отримували якісні послуги в усіх сферах базової медичної допомоги з гарантованим фізичним та часовим охопленням. Це має сприяти ефективному витрачанню державних коштів, щоб, наприклад, в окрузі не було лікарень з однаковими функціями і не було порожніх лікарень[5]. Госпітальний округ-це функціональне об'єднання закладів охорони здоров'я на певній території, яке забезпечує надання вторинної (спеціалізованої) та екстреної медичної допомоги населенню цієї території. Госпітальні округи повинні бути організовані на основі двох принципів. По-перше, забезпечення доступу громадян до якісної медичної допомоги, а по-друге, забезпечення достатнього навантаження на заклади, що надають медичну допомогу, для підтримання належної кваліфікації їхніх спеціалістів. Госпітальні округи створюються з метою організації мережі закладів охорони здоров'я наступним чином-реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я-систематичного обміну між учасниками госпітального округу, а також надавачами інших видів медичної допомоги (первинної, третинної (високоспеціалізованої), паліативної допомоги, медичної реабілітації)та фармацевтичних послуг-своєчасного доступу населення до вторинної (спеціалізованої) та екстреної медичної допомоги належної якості поступове формування компетентної мережі надавачів медичних послуг для забезпечення своєчасного доступу до медичної допомоги-ефективне використання ресурсів та створення госпітальних округів ґрунтується на поєднанні таких принципів:-безпека та якість медичної допомоги на засадах доказової медицини, своєчасний доступ до медичної допомоги; -економічна ефективність, тобто раціональне та економічна ефективність, тобто раціональне та економне використання ресурсів для забезпечення максимально можливої якості медичної допомоги. Учасниками госпітальних округів є органи місцевого самоврядування та державні органи, уповноважені управляти закладами охорони здоров'я, а також керівники(за їх згодою) приватних закладів охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) та екстрену медичну допомогу [6]. План розвитку госпітального округу

включає такі частини:- описову частину щодо стратегічного розвитку госпітального округу (мета, аналіз поточної ситуації у сфері діяльності госпітального округу, стратегічні цілі, завдання, зв'язок із загальнодержавними стратегічними пріоритетами розвитку, шляхи реалізації завдань та досягнення стратегічних цілей, очікувані результати)-опис маршрутів пацієнтів у межах госпітального округу (надається окремим додатком); - оптимальний розподіл функцій з надання медичної допомоги між учасниками госпітального округу, визначення напрямів та обсягів медичної допомоги. Оцінка обсягів фінансування заходів, передбачених планом розвитку, за рахунок коштів місцевих бюджетів відповідних громад, недержавних інвестицій, спонсорських та благодійних внесків, коштів міжнародної допомоги тощо (готується на кожний фінансовий рік). Перспективи фінансування з місцевих бюджетів заздалегідь узгоджуються з виконавчими органами та бюджетними комісіями відповідних місцевих раді результати їх погодження відображаються у плані розвитку. Якщо передбачається не державне фінансування, функції закладів охорони здоров'я в межах госпітального округу визначаються виходячи з виду медичної допомоги, що надаватиметься в кожному закладі охорони здоров'я, та функціональної спроможності відповідного закладу. Функції багатoproфільної лікарні інтенсивного лікування 1-го або 2-го рівня виконує медичний закладу межах госпітального округу, який надає цілодобову вторинну(спеціалізовану) та екстрену медичну допомогу, з обов'язковим наявністю відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги, залежно від обсягу вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, що надаватиметься багатoproфільною лікарнею інтенсивного лікування 1-го та 2-го рівня [14,21, 24,**Помилка! Джерело посилання не знайдено.**, 48, 69]. Нижче наведені функції вважаються основними. Функції багатoproфільної лікарні інтенсивного лікування першого або другого рівня покладаються на медичний закладу межах госпітального округу, функціональна компетенція якого відповідає вимогам до багатoproфільної лікарні інтенсивного лікування, визначеним

законодавством. Багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування першого рівня повинні надавати медичну допомогу не менше 120000 осіб. Багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування другого рівня повинні надавати медичну допомогу не менше ніж 200000 осіб; оснащення багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування першого та другого рівнів здійснюється відповідно до примірного табеля матеріально-технічного оснащення, затвердженого Міністерством охорони здоров'я[5,6]. Загальна кількість багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування в госпітальному окрузі визначається виходячи із загальної кількості населення, що проживає в госпітальному окрузі, та мінімальної кількості населення, яке має обслуговувати багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування. При цьому загальна розрахункова мінімальна кількість осіб, яким надаватиметься медична допомога багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування в госпітальному окрузі, не може перевищувати загальної кількості населення, що проживає в госпітальному окрузі. Багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування 1-го та 2-го рівнів визначаються таким чином, щоб мешканці, які проживають на території їх обслуговування (включаючи суміжні госпітальні округи), могли отримати доступ до вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги в межах максимум 60 хвилин їзди автомобілем. З метою забезпечення надання вторинної (спеціалізованої) та екстреної медичної допомоги відповідно до потреб мешканців госпітального округу та сусідніх госпітальних округів і поступового формування компетентної мережі надавачів медичної допомоги на період до трьох років визначається надавач первинної медичної допомоги[5,6]. До надавачів первинної медичної допомоги належать комунальні заклади охорони здоров'я та національні заклади охорони здоров'я. До них можуть належати: -інші заклади охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, які визначаються з урахуванням пріоритетних напрямів розвитку охорони здоров'я, затверджених Міністерством охорони здоров'я. Перелік базових медичних закладів

затверджується Радою Міністрів України за поданням Міністерства охорони здоров'я і може переглядатися за результатами виконання. Загально державної програми забезпечення населення медичною допомогою[5, 6].

РОЗДІЛ 2

Мережа закладів охорони здоров'я в Україні

2.1. Зміни функціонування закладів охорони здоров'я в Україні від 1991 року і до 2023 року

Після розпаду Радянського Союзу Україна прийняла політику тотальної централізації влади. Наслідки політики повної централізації в Україні є наступними: висока залежність території від центру; низька інвестиційна привабливість території; слабкість інфраструктурних, фінансових та людських ресурсів регіону; деградація сільських територій; складна демографічна ситуація; низька якість державних послуг; низький рівень довіри до влади; високий рівень корупції; неефективні управлінські рішення. Це, в свою чергу, мало негативний вплив на всі сектори.

За роки незалежності України сфера охорони здоров'я була визнана пріоритетною в Конституції України[0,**Помилка! Джерело посилання не знайдено.**]. Однак система охорони здоров'я не була реформована. Так звана Симашко-система залишилася актуальною: після розпаду СРСР у 1991 році нарешті стало зрозуміло, що Симашко-модель охорони здоров'я, яка була успішною в СРСР до 70-х років 20-го століття, не сумісна ні з реаліями ринкової економіки, ні з сучасними не ендемічними патологіями[7]. Тому всі країни, в тому числі й Україна, почали реорганізацію своїх секторів охорони

здоров'я. Європейське регіональне бюро ВООЗ та Європейська обсерваторія системі політик охорони здоров'я провели Було проведено опитування щодо процесу змін. Було продемонстровано, що зміни відбулися в усіх вищезгаданих країнах, але наслідки, змісті темпи змін дуже різнилися[23,27,75]. На думку авторів цього дослідження, такий ретроспективний аналіз дозволяє вивчити фактори, які затримують або спотворюють очікувані результати. Водночас це дозволить врахувати ризики при формуванні ефективної політики розвитку української системи охорони здоров'я.

Розвиток системи охорони здоров'я України після здобуття незалежності можна умовно поділити на чотири періоди: 1) 1991-2000рр.;2) 2000-2010 рр.; 3) 2010-2013рр.;4)2014 р.-дотепер.

За перше десятиліття незалежності України не проводилися реформи, намагалися не допустити розвалу системи та зберегти мінімальний рівень медичного обслуговування населення.

На другому етапі визначаються напрямки та механізми впровадження змін у системі охорони здоров'я.

У 2001 р. за підтримки Фонду «Відродження» було підтверджено провідний напрямок розвитку охорони здоров'я в Україні [36], у Світовому банку та Європейській Комісії 2004-2005 рр. [16]. За підтримки Європейської Комісії розроблено ряд проектів: «Профілактична та первинна медико-санітарна допомога в Україні, Києві та окремих регіонах» (2002-2004), «Фінансування та управління сектором охорони здоров'я України» (2003 – 2006) , «Підтримка розвитку системи медичних стандартів України» (2004-2006), «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні» (2007-2009). Матеріали цих досліджень були широко використані для прийняття нормативних законопроектів, спрямованих на реформування СОЗ в Україні. Першим таким документом стала Концепція розвитку охорони здоров'я населення в Україні (затверджена Указом Президента України від 07.12.2000 р. № 1313/2000), яка діє й досі, хоча більшість її положень застаріла. Було

прийнято кілька постанов уряду, але жодних реформ не було зроблено, а зміни були частковими, частковими та спорадичними. Запроваджено добровільне медичне страхування, створено лікарняну касу та запроваджено нові методи масового фінансування (проведено дослідження у м. Комсомольськ Полтавської обл. щодо укладання договорів міської адміністрації з підготовленими сімейними лікарями для надання первинної медичної допомоги Населення з капітаційною ставкою оплати послуг)[13], автономія постачальників медичних послуг (експеримент – в рамках проекту ЄС «Фінансування та управління сектором охорони здоров'я в Україні», у Харкові та дитячому садку 2 району Миру) кожен район на трансформацію господарського статусу бюджетної установи в некомерційне державне/комунальне підприємство закладом охорони здоров'я), структурно-функціональна трансформація системи охорони здоров'я, включаючи реформування первинної ланки та медичної допомоги на засадах сімейної медицини, розвиток альтернативних форм надання допомоги в стаціонарі, регіоналізацію акушерської допомоги, комплексні підходи, спрямовані на підвищення якості допомоги (медична стандартизація, сертифікація агентства тощо).

У третій період почали лунати політичні заяви про те, що Україна взагалі не реформувала охорону здоров'я, або реформувалася неефективно [14]. Однак у 2010 році зміни в системі охорони здоров'я були анонсовані в рамках Президентського плану економічних реформ на 2010-2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава»[32]. Механізми реалізації передбачають створення пілотних проектів за матеріалами різних комітетів. Пілотними були обрані чотири регіони: один аграрний (Вінницька область), два промислові (Дніпропетровська, Донецька області) та одна столиця (Київ). На території пілотної території проживало 26,7 населення України, що зробило отримані результати репрезентативними. У 2011-2012 рр. Уряд та МОЗ розробили нормативно-правову базу для впровадження реформ, яка коригувалась за даними епіднагляду з урахуванням

думки місцевої влади, медичної спільноти та громадськості. В процесі реалізації пілотних проектів було доведено доцільність та ефективність: 1) розмежування первинної та вторинної медичної допомоги, пріоритетного розвитку ПМД на засадах загальної практики – сімейної медицини, створення центрів ПМСД з розвинутою мережею амбулаторій в містах і сільській місцевості; 2) об'єднання (пулінгу) фінансових ресурсів для надання вторинної та екстреної допомоги на регіональному рівні; 3) запровадження системи маршрутизації пацієнтів до закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), що відповідають важкості і складності захворювання, та створення лікарень інтенсивного лікування як провідних закладів госпітальних округів; 4) впровадження (за умов методичного удосконалення) оплати праці за обсяги та якість роботи; 5) запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою з використанням порівняльних (референтних) цін і реімбурсації. Широке запровадження інших елементів реформи, зокрема підходів до структурно функціональних перетворень в сфері вторинної та третинної медичної допомоги, автономізації ЗОЗ, контрактних відносин, методів оплати медичних послуг в закладах різних рівнів медичної допомоги потребувало попереднього ретельного їх відпрацювання в пілотному режимі, навчання фахівців та підтримки влади всіх рівнів. Бачення реформи, розрахованої на 2016-2020 рр., було сформовано і схвалено урядом у формі Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я, якою фактично було продовжено з істотними корективами курсу реформ попереднього періоду з зосередженням на фінансово економічній компоненті. Ключова ідея реформи полягає в остаточному переході від Семашківської моделі фінансування інфраструктури до фінансування за результатами діяльності. До числа основних змін, передбачених реформою належать: впровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги; пулінг бюджетних коштів для фінансування державних гарантій на національному рівні зі створенням центрального органу виконавчої влади – Національної служби здоров'я України (НСЗУ) як єдиного закупівельника

медичних послуг; перехід від утримання мережі медичних закладів до стратегічної закупівлі медичних послуг на договірних засадах; автономізація постачальників медичної допомоги з набуттям більшістю з них статусу некомерційних медичних підприємств та запровадження електронної системи охорони здоров'я [2].

2.2. Нормативно-правова база зміни мережі закладів охорони здоров'я

Тривала відсутність політичної волі для проведення медичної реформи призвело до значного зниження якості медичної послуги по всій території. У 2015 році МОЗ України було скасовано наказ, згідно з яким штати ЗОЗ повинні формуватися в залежності від ресурсного забезпечення (розміру ліжкового фонду тощо). Це був перший крок до автономізації закладів охорони здоров'я. В 2017 р. було прийнято пакет законодавчих та нормативних актів, які повинні забезпечити реалізацію реформи, зокрема: закон про «автономізацію ЗОЗ» та методичні рекомендації щодо перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства; закон про державні фінансові гарантії, який визначає фінансові зобов'язання надання необхідних пацієнтам послуг з медичного обслуговування (медичних послуг) та лікарських засобів належної якості за рахунок коштів Державного бюджету України, паралельно внесено необхідні зміни до Бюджетного кодексу, ухвалено створення Національної служби здоров'я України НСЗУ [31], визначені вимоги до надавачів медичних послуг та порядок укладення договорів про медичне обслуговування [5, 24, 26], затверджено методику розрахунку вартості медичних послуг. Однак, зважаючи на існуючі проблеми з доступністю медичної допомоги сільському населенню було прийнято спеціальний закон, який передбачає поряд з розвитком мережі ЗОЗ, транспортної інфраструктури в сільській місцевості також і широке впровадження телекомунікаційної інфраструктури. Крім того у цьому році оновлений порядок формування госпітальних округів, перелік та склад

госпітальних округів в кожній області країни, МОЗом прийнято положення про госпітальний округ, розроблені рамкові вимоги до багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування, в яких в т.ч. оговорено вимоги до людських ресурсів, інфраструктури та обладнання, транспорту і комунікацій, вимоги до навантаження тощо. Старт реформи був призначений на 1 січня 2018 р. і планувався на 3 річний період – 2018–2020 рр. Дана реформа передбачала механізм «гроші йдуть за пацієнтом», як модель ефективної моделі надання якісних медичних послуг. НСЗУ стає однією з ланок, що формують політики та акценти у сфері надання медичних послуг, оскільки формує пакети та вимоги до них, тарифи, забезпечують функціонування електронної системи охорони здоров'я.

Водночас із змінами фінансування медичних послуг відбуваються законодавчі зміни в підходах надання медичної допомоги. Зміни в підходах до стандартизації, затверджені у 2016 р. наказом МОЗ [59], який скасовує поняття «уніфіковані клінічні протоколи» і дозволяє лікарю за його рішенням обрати клінічний протокол з визначених в наказі електронних ресурсів різних країн та застосовувати без адаптації так звані «нові клінічні протоколи», створюють загрози для наступності та інтегрованості медичного обслуговування населення України.

З 1 січня 2018 року запроваджується реалізація державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги у встановленому Кабінетом Міністрів України. Тимчасово, протягом 2018-2019 років, за рішенням Кабінету Міністрів України допускається фінансування надання первинної медичної допомоги комунальними закладами охорони здоров'я, що не уклали договори про медичне обслуговування населення з Уповноваженим органом, шляхом надання субвенцій з державного бюджету відповідним місцевим бюджетам. Умови, порядок та строки надання такої субвенції визначаються Кабінетом Міністрів України. До 1 квітня 2020 року реалізація державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій

поступово запроваджується для інших видів медичної допомоги, зокрема шляхом реалізації пілотних проектів для відповідних видів медичних послуг, окремих закладів охорони здоров'я, населених пунктів чи регіонів. Порядок реалізації таких проектів, перелік медичних послуг та лікарських засобів, що оплачуються за рахунок коштів Державного бюджету України, тарифи та коригувальні коефіцієнти встановлюються Кабінетом Міністрів України. 1 квітня 2020 року реалізація державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій здійснюється відповідно до цього Закону [Помилка! Джерело посилання не знайдено.] для всіх видів медичної допомоги, крім медичних послуг щодо забезпечення оперативного лікування з трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів. Реалізація державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій щодо забезпечення організації медичної допомоги із застосуванням трансплантації та/або провадження діяльності, пов'язаної з трансплантацією, здійснюється відповідно до цього Закону з 1 січня 2024 року. До 1 січня 2024 року забезпечення організації медичної допомоги із застосуванням трансплантації та/або провадження діяльності, пов'язаної з трансплантацією, здійснюється за рахунок коштів державного бюджету шляхом реалізації пілотного проекту щодо зміни механізму фінансового забезпечення оперативного лікування з трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів. До 31 грудня 2019 року реімбурсація здійснюється для визначеного Кабінетом Міністрів України переліку медичних станів у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України. З 1 січня 2020 року запроваджується реімбурсація вартості лікарських засобів, передбачених програмою медичних гарантій. Відповідно запровадженої в Україні реформи системи фінансування закладів охорони здоров'я (закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення») перспектива розвитку закладів охорони здоров'я полягає у проведенні автономізації закладу охорони здоров'я (ЗОЗ) тобто реєстрація ЗОЗ в організаційно-правовій формі комунального підприємства (комунальне

некомерційне підприємство); отриманні ліцензії та зміні статуту ЗОЗ для надання відповідних видів вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги; комп'ютеризації робочих місць всіх лікарів-спеціалістів з підключенням до електронної системи охорони здоров'я (через електронну медичну інформаційну систему). Виконання вищевказаних умов мало бути забезпечено до початку укладання ЗОЗ договорів з НСЗУ, до IV кварталу 2019 року.

Переваги реорганізації: керівник підприємства отримує значно більшу, ніж керівник бюджетної установи, свободу у розпорядженні активами, фінансами та формуванні кадрової політики, визначенні внутрішньої організаційної структури закладу; має можливість самостійно встановлювати будь-які форми оплати праці працівників, що допускаються законодавством; фінансування підприємства здійснюється не за постатейним кошторисом витрат, а на основі власного фінансового плану, що дозволяє ефективно розпоряджатися коштами; медичні заклади отримують право мати власний рахунок у банку; медичні заклади отримують право утворювати об'єднання з іншими закладами, які також діють у статусі підприємства, з метою перерозподілу функцій між ними та спільної оптимізації використання матеріальних, людських та фінансових ресурсів; медичні заклади отримують можливість наймати за договорами підряду лікарів фізичних осіб-підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію на здійснення господарської діяльності з медичної практики.

Перетворення закладів на некомерційні підприємства є найкращим інструментом для запобігання можливого надмірному податковому навантаженню, запобігає банкрутству реорганізованих у підприємства комунальних закладів та скороченню існуючої мережі. Крім того, це дозволяє захистити їх від приватизації за умови, що перетворені комунальні підприємства будуть внесені до переліку об'єктів комунальної власності відповідної територіальної громади, що не підлягають приватизації.

Для того щоб комунальне підприємство мало статус неприбуткового (некомерційного), одночасно мають дотримуватися такі умови (п. 133.4 ПКУ):

воно має бути утворене в порядку, визначеному спеціальним законом [63], що регулює діяльність таких підприємств повинна дотримуватися та обов'язково бути закріпленою в установчих документах заборона щодо розподілу прибутку між засновниками та учасниками такого підприємства, крім оплати праці та нарахування ЄСВ у разі припинення діяльності такого підприємства його активи мають передаватися аналогічним неприбутковим підприємствам або зараховуватися до доходів державного бюджету. Однак, наголошуємо на тому, що неприбутковість (некомерційність) реорганізованого медзакладу не означає, що він не може мати прибутку взагалі. Це значить лише, що він не може розподілити його й виплатити, наприклад, у вигляді дивідендів. Однак, цілком можливе направлення його на виплату заробітної плати (наприклад, премій), ЄСВ по фонду оплати праці лікарів та іншого персоналу, проведення ремонту, закупівлю ліків та медичних виробів для КНП тощо. Неприбутковість – це виключно податковий статус (неплатник податку на прибуток) і не означає відсутність можливості одержання прибутку. Це заборона на виведення прибутку власникам (у цьому випадку – територіальній громаді). Таким чином, комунальне некомерційне підприємство (далі – КНП) – це підприємство, майно якого належить територіальній громаді й передане органом місцевого самоврядування в його оперативне управління, а саме підприємство внесене до Реєстру неприбуткових установ і організацій. Основою їх діяльності КНП є ст. 78 ГКУ. Безумовне звільнення КНП від повної фінансової звітності - Перетворення на комунальні підприємства: чому й навіщо? Що дає перетворення «бюджетна установа → комунальне некомерційне підприємство»? По-перше, з'являється значно більше свобод і прав на відміну від бюджетних установ, які підпорядковані профільному міністерству та повинні дотримуватися безлічі обмежень, починаючи від штатного розпису до єдиної бюджетної тарифної сітки щодо оплати праці. Простіше кажучи, в межах бюджетної установи неможливо, скажімо, підвищити оклад лікаря-хірурга втричі в конкретній лікарні без зміни цілої системи оплати бюджетникам на державному рівні. Форма КНП дасть змогу

медичного закладу, наприклад, самостійно встановлювати форми оплати праці працівникам та затверджувати самостійно штатний розпис КНП, оклади, навіть встановлювати оплату праці на індивідуальній основі, залучати послуги ФОП, які мають відповідні лікарські ліцензії. Крім того, керівник такого медичного закладу має значно більше свобод (в рамках статуту) щодо розпорядження майном, фінансами, а також у проведенні кадрової політики, внутрішнього управління. Зазначимо, що максимальний розмір зарплати для КНП не встановлюється як для лікарів, так і керівного складу. По-друге, це означатиме можливість самостійно складати фінансовий план, а не діяти на основі затвердженого вищим розпорядником (МОЗ) кошторису. Джерелами фінансування КНП ЦПМСД можуть бути не тільки кошти держави, але й кошти юридичних і фізичних осіб (наприклад: благодійна допомога). КНП без обмежень зможе користуватися рахунками у комерційних банках. Таким чином, лікарні отримують трирівневе фінансування: через договори про медичне за договорами з Національною службою здоров'я України за надані медичні послуги, фінансування з відповідного місцевого бюджету, а також фінансування від самих фізичних осіб чи приватних юридичних осіб. По-третє, якщо медичний заклад не використав кошти впродовж року, то вони в нього не будуть вилучатися назад до держбюджету та бути підставою до зменшення фінансування в майбутньому, так як це відбувається у бюджетних установах. В цілому всі ці кроки ведуть до фінансування медицини за страховим принципом. Комунальне некомерційне підприємство більше свободи, ніж у бюджетної установи. Зазначимо, що КНП є не єдиною можливою формою для реформованих медичних закладів. Вони можуть бути й комерційними комунальними підприємствами чи казенними підприємствами. Однак, тоді вони матимуть більше податкове навантаження (той самий податок на прибуток). Крім того, існує в такому разі можливість їх приватизувати, що для громади небажано. Форма КНП рекомендована методичними рекомендаціями з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства. Забороняється розподіл отриманих

доходів (прибутків) підприємства або їх частини серед засновників (учасників), працівників КНП (крім оплати праці, нарахування ЄСВ), членів органів управління та інших пов'язаних з ними осіб (п. 1.6 статуту) основною метою створення підприємства є надання первинної медичної допомоги та здійснення управління медичним обслуговуванням населення, що постійно проживає (перебуває) на території, наприклад, м. Києва, але не обмежуючись ним, а також вжиття заходів з профілактики захворювань населення та підтримки громадського здоров'я (п. 3.1 статуту) у разі припинення підприємства (ліквідації, злиття, поділу, приєднання або перетворення) усі активи підприємства передаються одній або кільком неприбутковим організаціям відповідного виду або зараховуються до доходу бюджету (п. 11.2 статуту). КНП – неплатники податку на прибуток. Таким чином, примірний статут містить неприбуткову мету та заборону виведення прибутку на засновників, що й вимагається нормами ПКУ для статусу неприбуткової організації. Дотримання цих вимог та знаходження в Реєстрі неприбуткових установ та організацій КНП є неплатником податку на прибуток. Відсутність виведення прибутку на засновника – умова неприбуткового статусу. У разі набуття неприбуткового статусу КНП може отримувати не тільки доходи в вигляді дотацій з місцевих або державного бюджетів чи коштів від Національної служби здоров'я України. Неприбутковий статус дає змогу отримувати й доходи від надання звичайних платних послуг і вони також не оподатковуються податком на прибуток, якщо йдуть на реалізацію досягнення статутної мети діяльності КНП, фінансування її видатків та утримання (п. 133.4.2 ПКУ, лист ДФС від 07.09.2015 р. № 19062/6/99-99-19-02-02-15): здавання в оренду приміщень КНП; здавання в оренду обладнання КНП; надання нетипових послуг (консультації з питань права, бухгалтерського обліку тощо); певна підприємницька діяльність чи виробництво (наприклад, молочна кухня); дохід у вигляді продажу активів, курсових різниць, у вигляді відсотків. Підтвердженням використання вказаних доходів за статутним призначенням є наявність фінансового плану, він обов'язковий. Його

відсутність може спричинити втрату неприбуткового статусу. Він має містити витратну частину: заробітна плата працівників, витрати на утримання (опалення, освітлення, комунальні послуги, телекомунікаційні послуги тощо), витрати на проведення ремонту, службові відрядження, розрахунково-касове обслуговування. Звіт про використання доходів (прибутків) неприбуткової організації, який мають подавати у такому випадку КНП, прирівняний до декларації і має обов'язково подаватися КНП, незважаючи на те, що по ньому не сплачується ніякого податку. До нього додаються й форми фінансової звітності у повному складі. Спрощена фінансова звітність КНП може застосовуватися у разі відповідності критеріям мікро- чи малого підприємства за ч. 2 ст. 2 Закону України «Про бухгалтерський облік та фінансову звітність в Україні» від 16.07.1999 № 996. КНП у разі здійснення порушення неприбуткового статусу стає звичайним платником податку на прибуток. Якщо КНП порушить умови неприбуткового статусу, наприклад, відбудеться нецільове використання доходів після реорганізації, виведення прибутку на власників, то КНП має сплатити самостійно розрахований податок на прибуток у розмірі 18% від суми операції нецільового використання коштів (а не з різниці між доходами та витратами). Після порушення КНП стає платником податку на прибуток з першого дня місяця, який є наступний за місяцем, у якому сталося порушення (пп. 133.4.3 ПКУ) і подавати щоквартально Декларацію з податку на прибуток. КНП виключається з Реєстру неприбуткових установ і з наступного року уже є звичайним платником податку на прибуток. Тому й наполягаємо на обов'язково правильно складеному і затвердженому фінансовому плані та внутрішньому звіту про його виконання. Фінансовий план і внутрішній звіт про його виконання – обов'язкові документи для підтвердження цільового використання доходів

Джерелами фінансування закладу, перетвореного у комунальне некомерційне підприємство, можуть бути як бюджетні кошти, так і кошти юридичних та фізичних осіб.

Медичні заклади автономізувалися до 2020 року і після цього роботу оплачуватиме Національна служба здоров'я України (НСЗУ) залежно від кількості консультацій і пролікованих випадків.

2.3. Досвід створення територіальних медичних об'єднань в Україні

Територіальне медичне об'єднання (ТМО) - це комплекс лікувально-профілактичних та інших закладів, функціонально і організаційно пов'язаних між собою з метою інтеграції і ефективного використання трудових і матеріальних ресурсів для досягнення найкращих кінцевих результатів у наданні медичної допомоги населенню[18].

В Україні налічується понад 40 ТМО, котрі утворювалися спорадично з 1991 року. Реорганізація та ліквідація ТМО проводиться за рішенням власника або уповноваженого ним органу чи рішенням суду або господарського суду. У разі реорганізації чи ліквідації ТМО працівникам, що звільняються, гарантується додержання їх прав і інтересів відповідно до трудового законодавства. У випадку припинення діяльності ТМО майно, яке залишилось після задоволення претензій кредиторів і членів колективу, використовується за вказівкою власника.

Медична служба Міністерства внутрішніх справ функціонує шляхом формування обласних ТМО. До початку медичної реформи утворення ТМО базувалося в приєднанні декількох закладів різних профілів. Після початку реформи та переходу до фінансування за Програмою медичних гарантій основним принципом при формуванні даних клінік є врахування спроможної мережі та можливості забезпечення якомога більшою кількістю медичних послуг для пацієнта.

2.4. Існуюча мережа закладів охорони здоров'я у Яворівському районі

Яворівський район займає площу 2 373 км². Населення складає 180252 особи. Територія адміністративного району включає 6 ОТГ: Івано-Франківська ОТГ, Новояворівську ОТГ, Яворівську ОТГ, Судовишнянську ОТГ, Мостиську ОТГ, Шегинську ОТГ. На даний час функціонують наступні заклади охорони здоров'я, що надають вторинну медичну допомогу: Івано-Франківська ОТГ: Івано-Франківська районна лікарня (1*); Новояворівська ОТГ: Новояворівська районна лікарня імені Юрія Липи Новояворівської міської ради (2*); Яворівська ОТГ: Яворівська центральна районна лікарня(3*), Немирівська районна лікарня(4*); Судовишнянська ОТГ: Судовишнянська міська лікарня (5*); Мостиська ОТГ: Мостиська міська лікарня (6*).

Таблиця 2.1

Діючі відділення в закладах охорони здоров'я району

	1*	2*	3*	4*	5*	6*
Амбулаторно-поліклінічне відділення	+	+	+	+	+	+
Терапевтичне відділення	+	+	+	-	+	+
Хірургічне відділення	-	+	+	-	-	+
Травматологічне Відділення	-	+	+	-	+	-
Відділення інтенсивної терапії	-	+	+	-	-	+
Педіатричне відділення	-	+	-	-	+	+
Неврологічне Відділення	+	+	+	-	-	-
Пологове відділення	-	+	+	-	-	+
Паліативне відділення	+	+	-	+	-	+

* нумерація лікарень

Таким чином, зазначені дані в таблиці 2.1. дозволяють проаналізувати те, що у всіх лікарнях району є дублюючі послуги. Однак якість визначення послуг є доволі не просто. Окрім того, важливим фактором, що переважна

частина цих відділень не мають підписаного діючого договору з НСЗУ. Для забезпечення надання будь якої медичної послуги варто врахувати допоміжний персонал та матеріальні ресурси.

2.5. Дослідження звернень за медичною допомогою в різних ОТГ Яворівського району

Для вивчення та аналізу частоти звернень за медичною допомогою було проведено онлайн-опитування. Для цього було створено онлайн-опитування. В опитування було 4 питання, до кожного з якого було декілька варіантів відповідей. Результати опитування наведено в рис.2.1, рис 2.2, рис. 2.3, рис. 2.4.

В якій ОТГ Ви мешкаєте?
487 відповідей

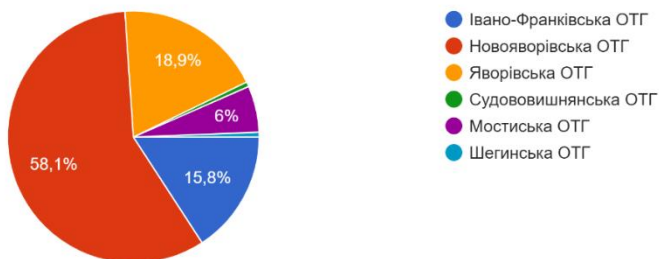


Рис.2.1. Структура звернень за медичною допомогою в різних ОТГ Яворівського району

Скільки Вам років
489 відповідей

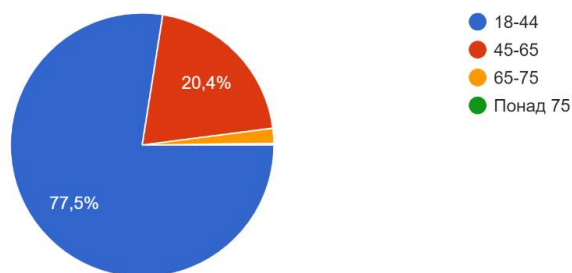


Рис.2.2. Вікова структура пацієнтів

Стать
485 відповідей

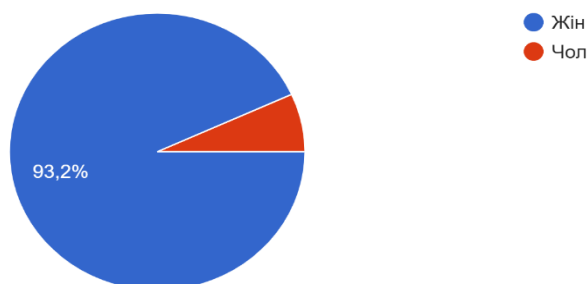


Рис. 2.3. Гендерна структура

Чи звертаєтеся ви в лікарні у Вашому ОТГ
491 відповідь

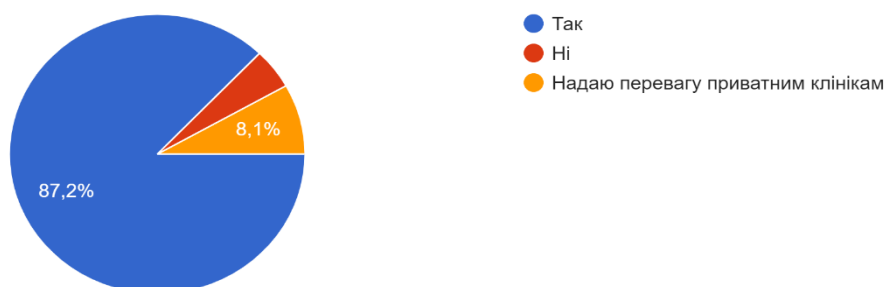


Рис.2.4. Структура звернень до закладів охорони здоров'я

В опитування взяли участь жителі усіх ОТГ Яворівського району. Переважну кількість респондентів 77,8% опитаних були молодого віку. Тобто, ті котрі є працездатні та мають найменшу кількість хронічних захворювань

звертаються у державні заклади охорони здоров'я. Це означає що основні послуги є достатньої якості.

Отже, ретроспективний аналіз існуючої мережі закладів охорони здоров'я показав, що переважна частина населення незалежно від віку, статі та розташування територіальної громади готова звертатися по медичну допомогу в заклади охорони здоров'я на території району. Це може бути основою для збереження мережі закладів з можливістю підвищення якості медичної допомоги. Одним з найраціональніших варіантів збереження існуючого розташування це створення територіального медичного об'єднання району.

РОЗДІЛ 3

ПРОЄКТ ТМО ЯВОРІВСЬКОГО РАЙОНУ

3.1. Пропозиції щодо формування мережі закладів охорони здоров'я Яворівського району

Таким чином, після реформи децентралізації кожен заклад охорони здоров'я є автономним закладом. Власниками ЗОХ є ОТГ. План розвитку та стратегія розвитку закладів залежить від багатьох чинників, основними з яких є: ефективне управління закладом, наявність ресурсів людських та матеріальних, планування та формування медичної послуги.

Відповідно до Постанови Кабінету Міністрів 174 від 28.02.2023 року встановлено порядок функціонування госпітальних округів і госпітальних кластерів та встановлення їх меж. Згідно даного документу межами госпітального кластеру, в яких він функціонує, є район. У госпітальному кластері визначається один кластерний заклад охорони здоров'я, який розташовується в адміністративному центрі району. Обласні держадміністрації з урахуванням позицій усіх територіальних громад, які входять до складу району, та за умови задоволення потреб населення

відповідно до мінімального (базового) переліку напрямів медичного обслуговування згідно з додатком кластерним можуть визначити заклад, що розташовується в іншому населеному пункті району. У госпітальному кластері може бути визначено більше ніж один кластерний заклад охорони здоров'я з розрахунку не менше ніж 120 тис. осіб, що обслуговуються кожним кластерним закладом охорони здоров'я, з урахуванням територіальної доступності населення до медичного обслуговування та спроможності таких закладів забезпечити медичне обслуговування населення відповідно до мінімального (базового) переліку напрямів медичного обслуговування.

Беручи до уваги рекомендовано створити територіальне об'єднання медичних закладів планований госпітальний округ з врахуванням наступних факторів: доступність, ефективність, якість, відповідність клінічним маршрутам пацієнта.

Перед утворенням лікувального закладу ТМО Яворівського району підписується договір між головами ОТГ про співробітництво, делегування та співфінансування даного закладу.

Предмет договору – це перелік дій, що мають бути здійснені сторонами і, відповідно, результат який з цього очікується. Зміст договірних відносин базується на Законі України «Про співробітництво територіальних громад». У чинному документі прописано загальні та індивідуальні істотні умови праці. Усі вони мають враховуватися та прописуватися в текстовій частині. Важливо дотримуватися деталізованих істотних умов та варто уникати скорочення їх кількості. Не виконання цих умов сторонами- наслідок визнання договору неукладеним. Особливими є умови, коли за заявою однієї сторони досягнуто згоди. Ця істотна умова може мати місце, наприклад, у договорі про співробітництво територіальних громад у формі спільного фінансування (утримання) підприємства комунальної форми власності у сфері охорони здоров'я. Основним юридичним змістом цього договору є делегування надання певних функцій, зокрема медичних послуг одному закладу. Оскільки громади ОТГ є власниками закладів охорони здоров'я. Делегування

повноважень супроводжується передачею відповідних ресурсів від громади, яка делегує виконання завдання, громаді, яка приймає делеговане завдання до виконання. Суб'єкти, що шляхом делегування певні повноваження не втрачають самих повноважень, однак на термін дії договору не можуть їх виконувати самостійно. Коли декілька суб'єктів співробітництва делегують одному із суб'єктів співробітництва завдання, тоді вони упродовж строку, визначеного договором, не можуть окремо і самостійно виконувати такі завдання. Вигода громади, яка делегує повноваження, полягає у тому, що, надаючи іншій громаді частину ресурсів на організацію послуги, обсяг ресурсів буде значно меншим, напротивагу якщо б ця громада організовувала послугу самостійно. Громада, що приймає на себе повноваження підвищує якість послуги для усіх. У договорі про делегування слід чітко описати всі завдання, які мають виконувати обидві сторони в процесі делегування. Відповідно до цього завдання мають чітко розписані до кожного об'єкта, терміни їх виконання та критерії якості їх виконання. Завдання варто поділити по частоті їх виконання. Опис та трактування завдань має бути чітке та однозначне для усіх учасників процесу. При формулюванні завдань речення мають бути лаконічними, без двохзначного трактування. Формулюючи завдання вказується норма закону, яке регламентує повноваження до виконання завдання та повноваження делегування. Обовязково вартує перевірити, що делеговане завдання логічно випливає із наявного у потенційного суб'єкта співробітництва власного повноваження. Найменування органу місцевого самоврядування суб'єкта співробітництва, якому делегуються завдання мають відповідати у всіх документах. Відображаючи цей пункт у договорі про співробітництво, вказується назва закладу, якому інші суб'єкти співробітництва делегують виконання завдань, який буде їх виконувати та відповідати про результат. Найменування закладу має відповідати назві у свідоцтві про його державну реєстрацію як юридичної особи. У розділі вимоги наводиться перелік вимог, які потрібно для якісного виконання завдань. Перелік цих вимог трактується як кількісні та/або якісні

характеристики, які має враховувати об'єкт, якому делегують завдання. Якщо діючий нормативно-правовий акт не визначає частину відносин тоді сформулюються додаткові вимоги до суб'єкта співробітництва, якому делегують завдання. Чітко прописується яка частина коштів місцевих бюджетів та при яких умовах передається суб'єкту, якому делегують завдання. Кошти можуть бути представлені і в абсолютній цифрі. Визначаються конкретні дії суб'єктів співробітництва, спрямовані на виконання вимог бюджетного законодавства. Строк, на який делегуються завдання. Оскільки делеговане завдання буде здійснюватися на постійній основі, зазначення строку має свої нюанси. Делеговане завдання має здійснюватися на постійній основі, то зазначається строк (в місяцях або роках), на який делегуються завдання, та момент або дата (число, місяць, рік), починаючи з якої вказаний строк має обчислюватися.

Ключовим елементом є визначення форми і порядку звітування за виконанні завдання. Важливо прописати фінансування по факту виконаних робіт. Визначаючи формулювання даного пункту всі суб'єкти співробітництва повинні погодити форму звіту, яка має бути затверджена як додаток до договору. У цьому додатку вказується порядок та період звітування, що буде здійснюватися в письмовій формі після завершення певного строку, погодженого сторонами договору про співробітництво. Окрім цього визначається, що звіт надсилається іншим суб'єктам співробітництва поштовим відправленням з описом вкладення тощо.

Порядок припинення договору та розв'язання спорів під час його виконання. Домовляючись про порядок розв'язання спорів під час виконання договору, потенційні суб'єкти співробітництва в проекті договору мають вказати можливі їх способи вирішення. Суб'єкти співробітництва чітко визначають та передбачають яким чином будуть визначатися спори. Факт та умови прописуються в договорі. Варто і прописати відповідальність та наслідки припинення співробітництва. Конкретно прописуються підстави для припинення факту співробітництва.

Важливим етапом щодо підготовки такого виду договорів є: ініціювання співробітництва, проведення переговорів, створення комісії, громадське обговорення та схвалення проекту договору та вимог до самого договору, даному випадку варто застосовувати. Законом визначено наступні особливості цієї форми співробітництва. Спільний проект визначено як «комплекс спільних заходів, що здійснюються органами місцевого самоврядування суб'єктів співробітництва за рахунок коштів місцевих бюджетів та інших не заборонених законодавством джерел і спрямовані на соціально-економічний, культурний розвиток територій». Виконання проекту «координацію діяльності суб'єктів співробітництва та акумулювання ними на визначений період ресурсів з метою спільного здійснення відповідних заходів». В даному випадку громади співпрацюють для досягнення спільної мети, маючи окремі та різні витрати щодо цього. Мета: запровадження та поліпшення якості послуг у сфері охорони здоров'я. На етапі планування витрат громади домовляються про їх обсяг та розподіл. Укладаючи договір про співробітництво у формі реалізації спільного проекту, громади езацікавлені сторонами. Важливо аби був визначений перелік заходів, котрі плануються до реалізації в даному проекті. Одним з таких елементів є укладення договору про спільне утримання закладу, який буде належати одній з громад. Спільне фінансування передбачає утримання закладу охорони здоров'я в межах компетенції та розміщення кожної громади.

Ключовим елементом договору про співробітництво у формі реалізації спільного проекту є мета спільного проекту. Мета спільного проекту передбачає визначення реалістичних, чітко сформульованих очікуваних результатів. Основною метою даного проекту є поліпшення якості медичних послуг, їх доступність, своєчасна профілактика на території конкретних громад. Даний вид співробітництва передбачає встановлення економічно обґрунтованого тарифу платних послуг; дотримання обраного способу профілактичних заходів; досягнення такого рівня охоплення населення профілактичними послугами, а також рівня оплати за послуги, які своєю

сукупністю забезпечуватимуть зменшення витрат на стаціонарне лікування, рівень інвалідизації. Вичерпне визначення умов створює рамки для громад-учасниць співробітництва, посилює відповідальність органів місцевого самоврядування за досягнення спільних цілей спільними зусиллями. Фінансування заходів по Проекту здійснюється відповідно до вимог Бюджетного кодексу України за рахунок коштів місцевих бюджетів. У договорі сторони визначають порядок та на яких умовах відбувається придбання обладнання для надання послуг. Сторонами згідно із окремо укладеним договором про співробітництво територіальних громад у формі спільного фінансування (утримання) підприємств комунальної форми власності: фінансування утвореного спільного відділу у сфері медичного забезпечення суб'єктів співробітництва здійснюватиметься сторонами відповідно до умов окремо укладеного договору про співробітництво територіальних громад у формі утворення спільного органу управління; фінансування інших заходів по проекту, , кожна сторона окремо затверджує план та кошторис заходів щодо проекту. Визначаючи план заходів обов'язкових до виконання кожною громадою, визначається і план дій, які здійснюють учасники процесу. Кожна сторона здійснює комунікаційні заходи на своїй території обслуговування.. Співробітництво у формі реалізації спільного проекту забезпечення фінансування передбачає конкретні дії суб'єктів співробітництва, спрямовані на виконання вимог бюджетного законодавства. Формується абсолютна цифра, визначаються механізми та способи її утворення. У вигляді поєднання абсолютної цифри із способом її утворення. Це важливо оскільки планується делегування декількох завдань одночасно і відразу визначити їх вартість не можливо. Варто зауважити, що передача коштів від одних громад до інших у вигляді міжбюджетних трансфертів не є характерною для співробітництва у формі реалізації спільного проекту. З цього випливає необхідність зазначення в договорі способу, в який громади будуть здійснювати фінансування заходів. Вартує прописати заходи, що передбачають спільне фінансування закладу охорони

здоров'я відповідно до чинних нормативно-правових актів. Частина участі громад у рамках реалізації спільного проекту необхідно вказати внесок кожної міської, селищної чи міської ради як представницького органу територіальних громад-суб'єктів співробітництва. Участь поділяється на грошову та не грошову. До не грошової належать: надання приміщень, проведення ремонтних та інших робіт, надання у користування наявного майна тощо. Представники потенційних суб'єктів співробітництва на стадії підготовки проекту договору зобов'язані визначити ризики. Оскільки ці ризики є підставами до притягнення до відповідальності.

Ще одним видом договору є співробітництво у формі спільного фінансування (утримання) підприємств комунальної форми власності. Для забезпечення ефективного управління об'єктами комунальної інфраструктури використовується спільне утримання закладу охорони здоров'я. Актуальність полягає в тому, що підприємство належить одній громаді, а ефективні медичні послуги отримують всі громади району. Ці громади розділяють і ризики, можливі негативні наслідки пов'язані з діяльністю підприємства. Одним з варіантів є створення тарифу для платних послуг однакового для всіх, і непередбачувані витрати на них покриваються громадами в однаковому розмірі. Однак управління закладом може здійснювати одна громада, інші суб'єкти співробітництва не беруть участі в управлінні. Виникають проблеми при застосуванні цієї форми співробітництва із визначенням виконавця послуги. Виконавець має підтвердити можливість надання послуг. Ця форма дозволяє одній громаді організувати на своїй території медичну послугу за рахунок використання ресурсів (технічних, управлінських, людських) іншої громади. Спільне фінансування дозволяє: обирати інвестиції, щоб розширювати спектр послуг.

3.2. Структура мережі закладів охорони здоров'я

Розраховуючи структуру мережі закладів охорони здоров'я важливо враховувати можливість проведення ефективного менеджменту, доступності до медичної послуги, можливість вдосконалення та виконання медичної послуги, відсутність дубляжу медичних послуг.

Адміністрація: генеральний директор ТМО, медичний директор Новояворівської, Мостиської МЛ, заступник медичного директора, заступник генерального директора з економіки, головний бухгалтер, заступник з господарської частини, завідувачі відділів, відділ управління якості надання медичної допомоги. Структура адміністрації представлена

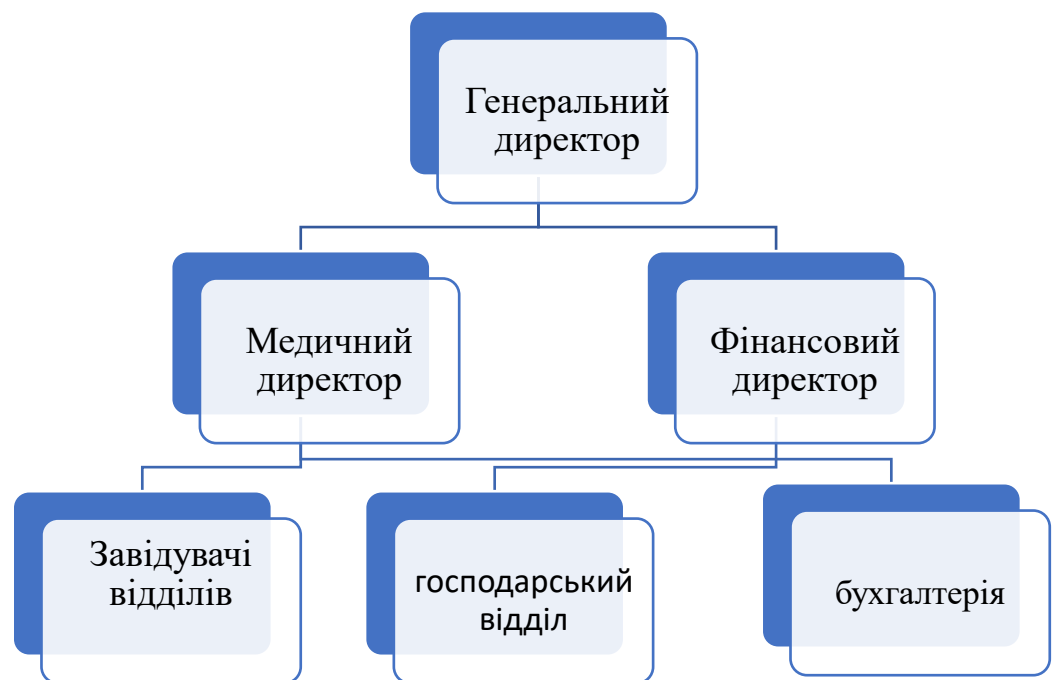


Рис.3.1. Структура адміністрації ТМО

Даний підрозділ визначає стратегію розвитку закладу:

- 1) Визначає місію, візію та цінності закладу.
- 2) Розробляє програми функціонування.
- 3) Розробляє та затверджує план розвитку закладу.
- 4) Звітує про виконання плану.

Розрахунок та формування мережі закладів охорони здоров'я сфокусовано на наявних матеріально-технічних та людських ресурсів.

Основною центральною лікарнею є Новояворівська лікарня (госпітальна лікарня, кластерна). Ця лікарня забезпечуватиме весь спектр послуг вторинної медичної допомоги. Основними відділеннями будуть:

1) Відділення екстреної медичної допомоги.

Дане відділення передбачає надання невідкладної допомоги, дообстеження та симптоматичне лікування пацієнтів, що доставлені бригадами екстреної медичної допомоги. Забезпечення цього відділення буде мати повний спектр надання невідкладної допомоги та інструментально-технічного забезпечення.

2) Відділення інтенсивної терапії (20 ліжок) – це відділення спрямоване для критичних пацієнтів, які потребують реанімаційного забезпечення. Розрахунок кількості ліжок не враховує палат інтенсивної терапії, що передбачені у кожному стаціонарному відділенні.

3) Відділення хірургії 1 дня + денний стаціонар. Даний підрозділ передбачає надання медичної допомоги, що не потребує госпіталізації. Однак створення такого відділення дозволить розвантажити стаціонарні відділення та не створювати штучної завантаженості.

4) Відділення хірургічне (з урологічними, травматологічними гінекологічними ліжками). Це відділення надаватиме допомогу пацієнтам з гострою хірургічною, що за клінічним маршрутом будуть доставлені бригадами екстреної медичної допомоги, самозвернення із болями в животі та пацієнти, що мали ознаки «гострого живота» в інших підрозділах ТМО.

5) Відділення терапевтичне (з кардіологічними ліжками). Структура даного відділення передбачає лікування всіх найважчих пацієнтів з усіх підрозділів ТМО.

6) Відділення неврологічне. Основний піл пацієнтів у цьому відділі спрямовується на патологію «гострий мозковий інсульт».

7) Відділення реабілітації. Функціонування підрозділу буде спрямовано на стаціонарних хворих та амбулаторних.

8) Пологове відділення. Основним постулатом відділення буде комфорт та безпека.

9) Педіатричне відділення. В даному відділенні госпіталізація та моніторинг стану пацієнтів відбуватиметься за алгоритмами затвердженими по установі.

10) Інфекційне відділення педіатричного профілю передбачає лікування пацієнтів з важкими формами інфекційних захворювань.

11) Амбулаторно-поліклінічне відділення (всі вузькі спеціалісти). Дане відділення включатиме: рецепцію та кабінети вузьких спеціалістів.

Ця лікарня передбачає основний заклад надання допомоги, окрім нейрохірургічної, психіатричної допомоги. Усі пацієнти будуть транспортовані до даного закладу аби отримати медичну допомогу.

Оскільки, транспортування пацієнта до лікувального закладу не може перевищувати 60 хвилин, для допоміжної роботи кластерної лікарні передбачено заклади, які можуть надати невідкладну допомогу пацієнту, стабілізувати стан та доправити або на профільне лікування або для дообстеження\встановлення діагнозу в кластерну лікарню чи лікарню- сателіт.

В Яворівському районі сателітною лікарнею обрано лікарню Мостиської ОТГ. Структура Мостиської сателітної лікарні :

1) Відділення екстреної медичної допомоги та інтенсивної терапії (10 ліжок).

2) Травмпункт.

3) Відділення терапевтичне (з паліативними ліжками)

4) Інфекційне відділення дорослого профілю

5) Хірургія 1 дня+ денний стаціонар

6) Пологове відділення

Ця лікарня буде міні кластерною лікарнею для забезпечення доступності медичної допомоги для пацієнтів.

Всі інші заклади, сформовані по типу модуля перебування пацієнта в невідкладному стані. Дані лікарні передбачаються як стабілізація пацієнта перед транспортування.

Яворівська лікарня

- 1) Приймальний pokій та палата інтенсивної терапії.
- 2) Денний стаціонар.

Немирівська лікарня

- 1) Паліативна медична допомога з палатою інтенсивної терапії.

Івано-Франківська лікарня

- 1) Приймальний pokій та палата інтенсивної терапії.
- 2) Денний стаціонар.
- 3) Паліативне відділення.

Судова Вишня

- 1) Приймальний pokій та палата інтенсивної терапії
- 2) Денний стаціонар
- 3) Паліативне відділення

Додаткові відділення:

Загальна біохімічна лабораторія -Новояворівськ та Мостиська забір крові в амбулаторно-поліклінічних відділеннях із доставкою

Ургентна лабораторія 24/7 лабораторія Новояворівськ та Мостиська

Рентген діагностика 24/7 Новояворівська та Мостиська лікарні

Харчування пацієнтів, служба охорони праці, прання білизни аутсорс

Закупівля медикаментів централізовано

Кол-центр

Затвердити клінічні маршрути пацієнтів для кожної лікарні виокримивши ургентні міжлікарняні перевезення (бригадами екстреної медичної допомоги) та планові міжлікарняні перевезення (машинами, що є у ресурсі кожного закладу).

Надання якісних послуг жителям району. Дане ТМО матиме увесь спектр послуг, що гарантовано державою. Основне фінансування здійснюватиметься в межах контрактування з НСЗУ.

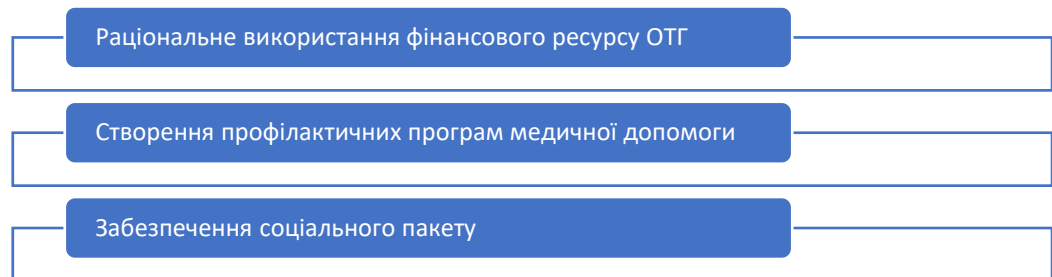


Рис.3.2. Переваги створення ТМО для громад

Основні переваги створення ТМО (рис. 3.2.) включають: раціональне використання приміщень, економія капіталовкладень в приміщення радами ОТГ, зменшення витрат на заробітні плати для персоналу, утворення профілактичних програм для кожної ОТГ залежно від структури звернення за медичною допомогою, можливість забезпечити медичні послуги соціальним пакетом для військових, малозабезпечених сімей, осіб з інвалідністю тощо.

Таким чином, створення моделі проєкту ТМО Яворівського району дозволить розбудовувати концепцію міжмуніципального співробітництва територіальних громад, спільного вирішення міжсекторальних проблем.

Наслідком утворення ТМО за районним принципом дозволить сформувати сталу мережу лікувальних закладів. Адже реформування адміністративно-територіального устрою районів та з врахуванням розпорядження Кабінету Міністрів України щодо визначення адміністративних центрів та затвердження територій громад, постанову Верховної Ради України від 17 липня 2020 року № 807-ІХ «Про утворення та ліквідацію районів» були передумовою для складного завдання ОТГ базового рівня - мережа закладів охорони здоров'я та доступ населення до безперебійної роботи в сфері послуг вторинної медичної допомоги.

ВИСНОВКИ

Останніми роками Україна та система охорони здоров'я зокрема пройшла серйозні виклики - пандемія та війна. Основними переломними моментами були реформа децентралізації владних повноважень і зміна системи фінансування сектору охорони здоров'я на первинному та вторинному рівні надання медичної допомоги. Це відкрило чимало викликів та можливостей для громад при плануванні мережі закладів, при визначенні якості медичних послуг.

Основою фінансування закладів охорони здоров'я є договори з Національною службою здоров'я України. Договір між НСЗУ є основою інвестицій держави. В зв'язку з чим громада може приймати рішення щодо розвитку тих чи інших послуг, залучати лікарів. Враховуючи викладене, органам місцевого самоврядування варто не затягувати з прийняттям рішення щодо фінансування закладів охорони здоров'я, вибирати механізм який буде оптимальним щодо потреб.

Окрім цього після реформи децентралізації в ОТГ з'явилися додаткові обов'язки щодо утримання закладів охорони здоров'я в частині розробки пропозицій та рекомендацій щодо реалізації на рівні госпітального округу державної політики у сфері охорони здоров'я, розробки і впровадження місцевих програм охорони здоров'я, тому основні їх зусилля мають бути направлені на розвиток та збереження мережі існуючих комунальних закладів охорони здоров'я.

На сьогодні, основна частина фінансування лікарням вторинки надходить відповідно до договорів з НСЗУ за програмою медичних гарантій (гарантований пакет медичних послуг), куди включені послуги первинної, амбулаторно-поліклінічної, стаціонарної медичної допомоги, а також екстреної, паліативної меддопомоги і реабілітації, де чітко визначено, скільки за конкретну послугу НСЗУ заплатить медзакладу, який її надає. Фактично за ці кошти заклад вторинки, зокрема, виплачує заробітні плати.

Однак 5 закладів з 6 на території Яворівського району потрапляють за межі спроможної мережі Львівщини. Громадське обговорення ґрунтувалося на кількості пролікованих пацієнтів, кількості послуг що доступні в закладі.

Тому для збереження існуючої мережі закладів охорони здоров'я, уникнення важких економічних навантажень для бригад розроблено проєкт ТМО госпітального округу Яворівського району. Створення даного ТМО має наступні переваги: доступність; відсутність дублюючих послуг, можливість аналізу якості наданих послуг, збереження людських ресурсів, економічна обґрунтованість кожного відділення оскільки кожне відділення має можливість співпраці з НСЗУ за програмою медичних гарантій, раціональне використання приміщень. Оскільки ліквідовуються не рентабельні послуги, комунальні послуги передбачаються на меншу площу.

Пропри очевидні переваги створення ТМО виникатимуть труднощі при створенні: недостатнє розуміння контексту керівниками ОТГ; поспішна реалізація етапу без розуміння та залучення усієї системи зацікавлених осіб;

недооцінка комплексності та змін контексту; політичні амбіції керівників громад.

Таким чином перед підписанням договорів поміж керівниками ОТГ варто провести інформаційні роз'яснення населенню.

Діалог зацікавлених сторін залучає групи з різними інтересами до нової форми спільної комунікації. Різниця в точках зору стає більш конструктивною, якщо її обговорювати в атмосфері поваги та визнання. Домовленості досягають успіху, якщо відмінності розглянуті належним чином. Прийняття рішення має формуватися на врахуванні та вислуховуванні різних точок зору. Підписання договору про міжмуніципальне співробітництво створить відчуття колективної відповідальності за зміни. В умовах змін адміністративно-територіального устрою кількість зацікавлених сторін збільшується. Міжмуніципальне співробітництво, що стосується розвитку лікарень, вимагає ретельного підходу до залучення усіх зацікавлених сторін заради результативного діалогу. В протилежному випадку, усі потрачені зусилля можуть виявитися марними, а результати далекими від очікуваних.

Міжмуніципальне співробітництво громад із створенням ТМО із закладів охорони здоров'я, що функціонують на території району дозволяє: створити фінансову незалежність закладу (основне фінансування за договором НСЗУ, використання грошей громад під цільові програми); забезпечити фінансовий захист пацієнтів (при зверненні пацієнт не зазнає значних фінансових втрат при отриманні медичної допомоги); справедливість доступу до медичної допомоги. Чесність, відкритість та збалансованість у прийнятті ключових рішень щодо розподілу фінансових ресурсів установи. Прозорість і підзвітність, тобто відкритість інформації про використання фінансування (зменшення, а в подальшому повне анулювання корупційної складової); ефективність, тобто безпосередній ефективний коефіцієнт надання медичних послуг (задоволені отримувачі послуг і задоволені надавачі послуг). Все вищезазначене не може, звичайно оминати отримання медичними працівниками справедливої вищої заробітної плати; конкуренція

постачальників як інструмент ефективності та зростання якості медичної допомоги. Вказана засада є досить важливим і викоринить монополізм на фармакологічному ринку, адже долучення різноманітних надавачів матеріалів, ліків, їх чесна конкуренція буде створювати мотивацію надавати якісні послуги. Важливу роль в даному випадку підіграє застосування та пропозиція нових наукових концепцій чи економічно-ефективних способів роботи, що, в свою чергу забезпечить виконання протоколів лікування та дотримання національних та міжнародних стандартів надання медичних послуг;

Таким чином створення ТМО Яворівського району дозволить знизити смертність та інвалідизації населення району.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Конституція України [Електронний ресурс]: Закон України від 28.06.1996 № 254к/96-ВР.
2. Закон України «Про співробітництво територіальних громад» від 17.06.2014 р. № 1508-VII.
3. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017р. № 2168-VIII.
4. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992р. № 2801-XII.
5. Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» від 06.04.2017 № 2002.
6. Закон України «Про місцеві державні адміністрації» № 586-XIV від 9.09.1999.

7. Постанова Кабінету Міністрів України «Про утворення Національної служби здоров'я України» від 27.12. 2017р. №1101.
8. Постанова Кабінету Міністрів України «Про внесення змін до Положення про Національну службу здоров'я України та Типової форми договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій» від 06.10.2021 р. №1067.
9. Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання створення госпітальних округів» від 27 листопада 2019 р. № 1074.
10. Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання надання медичної субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам» від 23 січня 2015 р. № 11.
11. Постанова Кабінету Міністрів України «Методика розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування» від 25 грудня 2017 р. № 1075.
12. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Державної стратегії регіонального розвитку на 2021-2027 роки» від 5 серпня 2020р. №695.
13. Постанова Кабінету Міністрів «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» від 02.03.2016 р. № 285.
14. Розпорядження Кабінету Міністрів України № 23-Р «Про затвердження переліку опорних закладів охорони здоров'я у госпітальних округах на період до 2023 року».
15. Розпорядження Кабінету Міністрів України № 1013-р «Про схвалення концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я» зі змінами та доповненнями станом на 30.11.2016 року.
16. Розпорядження Кабінету Міністрів України № 831-р Деякі питання реформування державного управління України на 2021-2025 роки від 21 липня 2021 року.
17. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження примірного положення про госпітальний округ» від 20.02.2017р. № 165.

18. Наказ Міністерства охорони здоров'я України « Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я» від 28.10.2002 р. №385.
19. Наказ Міністерства регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України «Про затвердження Примірних форм договорів про співробітництво територіальних громад» від 27.08.2014 № 233.
20. Бондар А. В. Фінансування сфери охорони здоров'я у зарубіжних країнах. Менеджмент та підприємництво в Україні: етапи становлення і проблеми розвитку. 2011. № 720.
21. Барзилович А. Д. Механізми державного регулювання надання медичних послуг в Україні. Публічне управління та митне адміністрування. Серія: Державне управління. 2020. № 1 (24). С. 86-90.
22. Височанський В.І., Мікуліч В.О. Методологічні рекомендації щодо підписання угоди про міжмуніципальне співробітництво щодо створення спільного підприємства ПМД. Рівне. 2019. – 53 с.
23. ВООЗ. Спільний звіт ВООЗ та Світового банку. Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016–2019.
24. Гбур З. В., Стовбан М. П. Теоретико-методологічні основи поняття госпітального округу у сфері охорони здоров'я. 2020. DOI 10.30525/978-9934-588-44-0/05.
25. Геопортал адміністративно-територіального устрою України.
26. Графський В., Коркунова О. Медична реформа як чинник контролю використання бюджетних коштів України. Сучасні тенденції розвитку індустрії гостинності. 2019. С. 11-14.
27. Децентралізація медицини. Госпітальні округи: вебсайт. URL: https://health.decentralization.gov.ua/medical_districts
28. Дубина О. Спроможна мережа ЗОЗ: строки і порядок формування. Інтернет ресурс Медична справа.

29. Долот В. Д. Система охорони здоров'я в Україні: вибір національної моделі розвитку. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2013. № 2.
30. Дорошенко О. О., Шевченко М. В. Аналіз міжнародного досвіду фінансування вторинної медичної допомоги. Економіка і право охорони здоров'я. 2017. № 1. С. 16-23.
31. Дзюпин М., Калашнікова О., Колесніков О. Аналіз стану впровадження співробітництва територіальних громад в Україні: аналітичний звіт. Львів: ВГО АССН, 2017. 38 с.
32. Засадко В. В. Удосконалення механізмів міжмуніципального співробітництва на прикордонних територіях західних регіонів України: аналітична записка. 2014.
33. Зима О.Т. Компетенція Національної служби здоров'я України: загальний огляд. Реформування системи охорони здоров'я: корупційні ризики та способи їх усунення : матеріали «круглого столу» (м. Харків, 5 груд. 2019 р.) / ред. кол. : Н.О. Гуторова, В.М. Пашков, В.С. Батиргарєєва. Харків : Право, 2019. 124 с.
34. Єржак Г.Я. Технологія управління закладом охорони здоров'я.: дайджест. Дніпропетровськ: ДОНМБ, 2016. вип.4. с.16.
35. Івчук В., Гришкевич О. Посібник з розбудови міжмуніципального співробітництва на користь сталого розвитку локальної лікарняної мережі в умовах реформування охорони здоров'я та децентралізації. 2021. 145 с.
36. Інформаційне агентство Інтерфакс Україна. Уряд України санкціонував укрупнення госпітальних округів до обласного рівня : вебсайт.
37. Калашник П.І. У кожній області України з'явиться госпітальний округ-міністерка охорони здоров'я України : вебсайт.
38. Камінська Т. М. Світові моделі фінансування охорони здоров'я. Вісник Національного університету «Юридична академія України імені Ярослава Мудрого». 2012. № 1 (8). С. 284–285.
39. Кириченко А.В. Медична реформа та запровадження обов'язкового медичного страхування / А.В. Кириченко // Науковий вісник НУБіП України.

Серія : Економіка, аграрний менеджмент, бізнес. - К. : ВЦ НУБіП України, 2018. Вип. 284. С. 92-97.

40. Крамарчук С.П Підвищення ефективності управління закладами охорони здоров'я на засадах бенчмаркінгу. Модернізація менеджменту системи охорони Перелік використаних джерел 549 здоров'я в умовах проведення медичної реформи. Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю 12-13 грудня 2018 року, м. Тернопіль. Кам'янець-Подільський, ТНЕУ. 2018. С.163–166.

41. Кудлай Є.М. На Сумщині уряд затвердив госпітальні ради в усіх госпітальних округах. Данкор Онлайн : вебсайт.

42. Лехан В.М. Аналіз реформ охорони здоров'я в Україні: від здобуття незалежності до сучасності. Україна. Здоров'я нації. 2018. №4. С. 5-11.

43. Лехан В. М., Гінзбург В. Г., Борвінко Е. В. Порівняльна характеристика моделі Семашка та моделі, започаткованої в рамках реформи системи охорони здоров'я в Україні. Медицина сьогодні і завтра. 2013. № 4. С. 99-105.

44. Лехан В. М., Слабкий Г. О., Шевченко М. В. Аналіз результатів реформування системи охорони здоров'я в пілотних регіонах: позитивні наслідки, проблеми та можливі шляхи їх вирішення. Україна. Здоров'я нації. 2015. №3 (спецвипуск). С. 67-86.

45. Лужецька Н. Державне управління медичною реформою: аспект трансформації вторинної допомоги. Науково-практичне забезпечення надання публічних послуг в умовах децентралізації: збірн. матер. доповідей та тез III-ої Всеукраїнської інтернетконференції, Київ, 15 квітня 2020 року / за заг. наук. ред. Р. В. Войтович, П. В. Ворони. Київ, ТОВ «Видавничий дім «АртЕк», 2020. С. 36-39.

46. Максимчук М. В. Міжмуніципальне співробітництво як інструмент підвищення інклюзивності розвитку об'єднаних територіальних громад України / М. В. Максимчук, С. М. Кльоба // Регіональна економіка. 2019. № 2. С. 26-35.

47. Мачуга Н.З. Методологічні аспекти формування та функціонування системи якісних медичних послуг в Україні [Монографія] / Н.З. Мачуга. Тернопіль, Тайп, 2012. 199 с.
48. Мартишин О.О. Госпітальні округи в Україні: проблеми та шляхи їх вирішення. Український медичний часопис. 2017.
49. Мар'яновська В.В. Аналітична записка «Першочергові пріоритети децентралізації у сфері медицини». Національний інститут стратегічних досліджень, 2019.
50. Міжмуніципальне співробітництво: вітчизняний та зарубіжний досвід: Навчально-практичний посібник/За заг.редакцією Толкованова В.В., Журавля Т.В. - Київ, Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH, проект «Реформа управління на сході України», 2017. - 202 с.
51. Міжмуніципальне співробітництво: збірник нормативно-правових та інформаційно-аналітичних, документи/ Укладачі: Т.В. Журавель, Д.Ю. Записний, Р.П. Чухвицький. Київ, 2015. 154 с.
52. Мельниченко О.А. Загрози економічній безпеці медичних закладів. Розвиток невиробничої сфери економіки в умовах євроінтеграційних викликів: матеріали міжнар. наук.-практ. конф., 22–23 листопада 2018 р. Харків: Вид-во ХТЕІ КНТЕУ, 2018. С. 19–20.
53. Мельниченко О.А. Фактори впливу на ймовірні результати медичної реформи в Україні. Публічне управління та адміністрування у процесах економічних реформ: матеріали IV всеукр. наук.-практ. конф., 25 березня 2020 р. Херсон: Вид-во ХДАЕУ, 2020. С. 313–315.
54. Мельниченко О.А., Муратов Г.Р., Проненко І.Ю. Розширення переліку платних послуг як спосіб управління доходами комунальних некомерційних підприємств сфери охорони здоров'я. Актуальні проблеми розвитку управлінських систем: досвід, тенденції, перспективи: матеріали наук.-практ. конф., 26 березня 2020 р.

55. Медико-соціальні засади публічного врядування у сфері охорони здоров'я: моног. [гол. авт. ; за заг. ред. М.М.Білинської. Н.О.Васюк. О.Д.Фірсової]. Київ : НАДУ, 2018. 416 с.
56. Михальчук В. М., Стовбан М. П. Особливості взаємодії медичних закладів одного госпітального округу в умовах загострення епідеміологічної ситуації. Наукові перспективи. 2020. №2 (2).
57. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я / кол. монографія за науковою ред. д.е.н. Шкільняка М.М., д.е.н. Желюк Т.Л. Тернопіль, Крок. 2020. 560 с.
58. Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи (Аналітична записка за матеріалами науково-практичної Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я 552 конференції з міжнародною участю. Тернопіль-Кам'янець-Подільський, 12-13 грудня 2018 року).
59. Назарко С. О. Ефективне управління медичним закладом в умовах реформування системи охорони здоров'я. Електронне наукове фахове видання «Ефективна економіка».
60. Організація співробітництва територіальних громад в Україні. Практичний посібник для посадових осіб місцевого самоврядування. К.: Мінрегіонбуд, 2017. 105 с.
61. Охорона здоров'я. У Харківській області створено госпітальний округ : веб-сайт.
62. Реформа охорони здоров'я: в очікуванні перших результатів: веб-сайт.
63. Слабкий Г. О., Шевченко М. В., Зозуля А. І. Госпітальні округи: реальність і ризики їх створення. Україна. Здоров'я нації. 2012. № 2-3. С. 261-265.
64. Співробітництво територіальних громад (міжмуніципальне співробітництво - ММС): Навчально-практичний посібник/ За заг. редакцією Толкованова В.В., Журавля Т.В. Київ. 2016. 154 с.

65. Петрик С. Аналіз передумов розвитку державно-приватного партнерства як вдосконалення державної політики в сфері охорони здоров'я. Галицький економічний вісник. 2020. Том 64. № 3. С. 198–209.
66. Петрушка О. В. Особливості функціонування моделей медичного страхування в економічно розвинутих країнах. Економіка і суспільство. 2017. № 13. С. 1189–1192.
67. Пушкар О.В. Реалізація європейських стандартів публічного управління щодо забезпечення прав людини та напрями їх упровадження в Україні. Публічне адміністрування: теорія та практика: Електронний збірник наукових праць. 2010. Випуск 1 (3).
68. Усманов Р. Р. Напрями удосконалення державної політики забезпечення населення медичною допомогою на вторинному рівні. Менеджмент ХХІ століття: сучасні моделі, стратегії, технології. Вінниця: Центр підготовки наукових та навчально-методичних видань ВТЕІ КНТЕУ, 2020. Ч. 1. С. 299-305
69. Устинов О.В. Госпітальні округи: МОЗ представило методологію визначення лікарень інтенсивного лікування. Український медичний часопис. 2019.
70. Устінов О.В. Наступний етап медичної реформи: запитання та відповіді. Український медичний часопис. 2022.
71. Чала Н. Д. Зміни механізмів фінансування закладів охорони здоров'я в умовах реформування галузі. Науковий вісник ІФНТУНГ. Серія: Економіка та управління в нафтовій і газовій промисловості. 2016. № 1(13). С. 84–87.
72. Швейцарсько-український проект «Підтримка децентралізації в Україні-DESPRO» Ольга Берданова, Володимир Вакуленко .
73. Юридичні аспекти функціонування лікарень в межах госпітальних округів. Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я».
74. Borshch V., Shchur R., Chuvakov O. Motivation and stimulation mechanism of medical staff in developing countries: main challenges and way sofits improving in Ukraine. Baltic Journal of economic studies. 2018. Vol. 4. № 4. P. 56–61.

75. Deafferentation of international Estimates of Poverty in Ukraine in the Coordinates of Euro Integration Policy of Sustainable Macroeconomic Development/ Lidiia Karpenko, Klavdiia Dubych, Hennadii Dmytrenko, Nataliia Oliinyk/ Proceedings of the 5 th International Conference on European Integration 2020/ Ostrava: VSB-Technical University of Ostrava, 2020, pp. 379-390.
76. Girosi, F., Meili, R., & Scoville, R. (2013). Extrapolating evidence of health information technology savings and costs. *Health affairs*, 24(5), 1103–1117.
77. Henna, K., & Bo, X. (2015). Health Literacy in the eHealth Era: A Systematic. *Patient Education and Counseling*, 100(6), 1073–1082.
78. Mansfield R. S. Building competency model. *Human Resource management*. 1996. 35. P. 7 - 15.
79. . National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2017). *Future Financial Economics of Health Professional Education: Proceedings of a Workshop*. Washington.
80. Nazirova, T. A., & Kostenko, A. B. (2015). O sistemakh optimizatcii upravleniia zdravookhraneniem na regionalnom urovne na baze informatcionnykh tekhnologii. *Kompiuterni tekhnolohii v miskomu ta rehionalnomu hospodarstvi: mater. Mizhnar. nauk.-prakt. internetkonf.*, (pp. 42–43). Kharkiv: KhNUMH im. O. M. Beketova. [in Russian].
81. Rehabilitation. Key facts. World Health Organization: website.