

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ «ЛЬВІВСЬКА ПОЛІТЕХНІКА»

Кваліфікаційна наукова  
праця на правах рукопису

СТОВБАН Микола Петрович

УДК 351.77:616(043.5)

**ДИСЕРТАЦІЯ**

ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМУ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ  
ГОСПІТАЛЬНИМ ОКРУГОМ ЧЕРЕЗ ЕФЕКТИВНУ СИСТЕМУ ВЗАЄМОДІЇ  
ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

25.00.02 механізми державного управління

Подається на здобуття наукового ступеня доктора наук з державного  
управління

Ідентичність усіх примірників дисертації  
ЗАСВІДЧУЮ:

Вчений секретар спеціалізованої  
вченої ради



Юрій ДЗЮРАХ

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,  
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело



/Микола СТОВБАН/

Львів – 2024

## АНОТАЦІЯ

**Стовбан М. П. Вдосконалення механізму державного управління госпітальним округом через ефективну систему взаємодії закладів охорони здоров'я.** – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора наук з державного управління за спеціальністю 25.00.02 - механізми державного управління. -Національний університет «Львівська політехніка» Міністерство освіти і науки України. - Львів, 2024. 476 с.

*У першому розділі «Теоретичні основи механізму державного управління госпітальним округом через ефективну систему взаємодії закладів охорони здоров'я»* проведено системний аналіз наукових напрацювань з метою конкретизації проблематики дослідження, сформований понятійно-категоріальний апарат, що виступає як система наукового знання, зокрема конкретизовані поняття: «госпітальний округ», «система взаємодії медичних закладів», «система взаємодії медичних закладів в межах одного госпітального округу», «розширення доступності медичних послуг госпітального округу», «механізм державного управління госпітальним округом», «нормативно-правовий підмеханізм управління госпітальним округом сфери охорони здоров'я», «сталість розвитку госпітального округу» та інші поняття.

Визначено, що основою комплексного механізму державного управління госпітальним округом через ефективну систему взаємодії закладів охорони здоров'я є система механізмів: I. нормативно-правового, II. організаційно-управлінського, III. фінансово-економічного, IV. інформаційно-комунікаційного. Визначено, що «механізм державного управління госпітальним округом», є складною комплексною системою впливу суб'єктів управління (органів влади у сфері охорони здоров'я) на об'єкти управління (госпітальні округи, лікарні, поліклінічні заклади) із залученням громадського сектору (суб'єктів впливу), що реалізується через систему механізмів та за допомогою методів та інструментів задля забезпечення доступності та якості

медичних послуг для різних верств населення і спрямований на реалізацію ключової мети – розвитку та реформування системи охорони здоров'я в Україні і підвищення якості життя населення. Узагальнено систему актів законодавчого забезпечення механізму державного управління госпітальними округами, через ефективну систему взаємодії закладів охорони здоров'я, що складатиме наступні блоки: Блок I. Міжнародні акти (директиви, угоди тощо) та положення Конституції України. Блок II. Нормативні акти, які є концептуально-правовою основою забезпечення публічного управління госпітальним округом сфери охорони здоров'я (стратегії, програми) як найбільш перспективного напрямку охорони здоров'я в Україні. Блок III. Закони та підзаконні акти України, які складаються із чотирьох груп, а саме: законів та підзаконних актів загального спрямування; законів та підзаконних актів щодо госпітального округу; підзаконних актів, що безпосередньо стосуються охорони здоров'я; підзаконних актів, що опосередковано стосуються охорони здоров'я. Блок IV. Нормативно-правові акти, що стосуються реалізації публічного управління госпітальним округом сфери охорони здоров'я. Визначено ключові проблеми нормативно-правового механізму державного регулювання сталого розвитку, серед яких: несистематизованість законодавства, його суперечливість; неадаптованість деяких міжнародних законодавчих норм; потреба кодифікації законодавства тощо.

*У другому розділі «Формування госпітальних округів, як чинник удосконалення державного управління системою охорони здоров'я: вітчизняний та зарубіжний досвід»* встановлено, що госпітальний округ є об'єднанням закладів охорони здоров'я, що надають вторинну медичну допомогу, яке створюється на основі певних критеріїв і функціонує відповідно до положення, що розробляється і затверджується Міністерством охорони здоров'я (МОЗ).

Виявлено, що в Україні в межах госпітальних округів можлива інтеграція закладів охорони здоров'я двох видів: горизонтальна (розподіл медичних послуг між лікувальними рівнями гарантується координуючою системою, яка використовує метод «ведення пацієнта» і клінічні настанови (механізми керованої медичної допомоги) та вертикальна (передбачає, що пацієнт у рамках однієї організації може

отримувати медичну допомогу будь-якого рівня, як стаціонарну, амбулаторну, так і вдома (багаторівневі механізми).

Сформовано організаційну структуру та механізми координації в рамках функціонування госпітального округу та шляхи ефективного надання медичної допомоги хворим. Встановлено, що основними аспектами, що враховуються при формуванні госпітальних округів в сучасних умовах є: географічні (густота населення, доступність до медичних установ, географічні обмеження та інші); демографічні та епідеміологічні (вікова структура, рівень захворюваності, специфічні потреби тощо); типи та рівні медичної допомоги (загальнопрактична, спеціалізована, екстренна медичну допомогу тощо); ефективність та доступність медичних послуг (сприяти підвищенню ефективності та доступності медичних послуг, більш рівномірний розподіл ресурсів та покращення координації між медичними установами); можливості співпраці та обміну ресурсами в окрузі.

Проаналізовано та запропоновано адаптувати наступні зарубіжні моделі у систему управління охороною здоров'я: інтегрованого управління (Integrated Care Models, Швеція, Данія, Нідерланди; безперервний догляд пацієнтів через тісну співпрацю між різними рівнями медичних закладів); моделі фінансування на основі показників KPI (Performance-Based Financing, Велика Британія та Німеччина); використання електронних медичних записів (Electronic Health Records – EHR, США, Канада та Австралія); застосування медичних мереж (Health Networks, Франція та Іспанія), створення медичних мереж, які об'єднують лікарні, клініки та інші медичні установи в регіоні); моделі превентивної медицини (Preventive Care Approach, Північна Європа); громадської участі у прийнятті рішень (Community Participation, Канада та Нова Зеландія) де активно залучають громадськість до процесу прийняття рішень у сфері охорони здоров'я; застосування телемедицини (Telemedicine, Австралія, Фінляндія).

*У третьому розділі «Концептуальні засади вдосконалення механізму державного управління госпітальним округом через ефективну систему взаємодії закладів охорони здоров'я»* визначено вектори державного управління госпітальними округами на наступні роки, що визначаються сталістю розвитку ГО;

екологічністю розвитку; інклюзивності діяльності; пріоритетної доступності для військових та ветеранів, вразливих верств населення, соціально-незахищених верств, осіб з обмеженими можливостями; пріоритетний розвиток напрямку психологічної підтримки у госпітальних округах та профілактичної медицини.

Задля забезпечення ефективної державної політики, вперше розроблено текст Концепції розвитку госпітальних округів в умовах підвищення доступності та якості медичних послуг в Україні, яка містить цільово-результативний; концептуальний; організаційно-управлінський; оцінювально-результативний; корегувальний компоненти і цілями якої є: забезпечення доступності та інклюзивності медичних послуг ГО; забезпечення якості та безпеки медичних послуг ГО; ефективний інноваційний розвиток у повоєнному періоді. Метою Концепції визначено: формування та розвитку територіальної мережі ГО задля забезпечення рівного доступу (територіального та соціального) до високоякісних медичних послуг, оптимального використання ресурсів та інноваційності функціонування задля підвищення якості життя людей. Цілі Концепції: Ціль 1. Доступність та інклюзивність медичних послуг. Ціль 2. Якість, сталість, екологічність та безпека послуги. Ціль 3. Ефективний інноваційний розвиток у повоєнному періоді.

Сформовано критерії комплексного оцінювання ефективності механізму державного управління госпітальними округами на основі яких сформовано дві методики оцінювання: на рівні держави (запропоновано враховувати критерії ефективності фінансування госпітальних округів; доступності медичних послуг; забезпечення медичних прав пацієнтів та якості медичних послуг; інноваційності технологічного та управлінського розвитку у госпітальних округах) та на рівні окремого госпітального округу (рівень доступності медичних послуг; відповідність медичних послуг встановленим стандартам якості; оперативність та результативність управлінських рішень; раціональне використання фінансових ресурсів; достатність та кваліфікованість медичного персоналу; рівень впровадження інформаційних технологій у управлінські та медичні процеси; ефективність координації та взаємодії між різними рівнями медичної допомоги).

Виявлені ключові проблемні аспекти функціонування механізму державного управління госпітальним округом в сучасних умовах, які вимагають комплексного підходу до їх вирішення, а саме: потреби реформування нормативно-правової бази, підвищення ефективності фінансування, впровадження сучасних інформаційних технологій, покращення координації між медичними установами та підвищення кваліфікації медичних працівників, підвищення ефективності управлінських процесів в кожному ГО.

У четвертому розділі **«Оцінювання ефективності механізму державного управління госпітальним округом та фінансування госпітальних округів в Україні»** встановлено, що упродовж 2022-2024 рр. комплексного оцінювання ефективності механізму державного управління госпітальними округами – підвищився (Efhd 2022 – 1,032; Efhd 2022 – 1,1), проте за результатами аналізу зростання є не надто значним, порівняно із періодом коли були впроваджені госпітальні округи.

Виявлено проблеми застосування механізму державного управління госпітальним округом, серед основних: недосконалість нормативно-правової бази (чинне законодавство не повністю регулює всі аспекти управління госпітальними округами, що призводить до правових колізій); обмеженість фінансових ресурсів (ускладнення можливості забезпечення високої якості медичних послуг і придбання необхідного обладнання та медикаментів); недостатня інтегрованість інформаційних систем управління ГО; слабка координація між закладами охорони здоров'я (низький рівень комунікації та координації між медичними установами в межах госпітальних округів, що призводить до дублювання послуг та неефективного використання ресурсів); проблеми з кадровим забезпеченням (недостатня кількість кваліфікованих медичних працівників, особливо у сільських районах, що знижує доступність медичних послуг для населення); неефективність управлінських процесів (відсутність сучасних методів та підходів до управління госпітальними округами, що знижує загальну ефективність системи охорони здоров'я).

У п'ятому розділі **«Вектори вдосконалення механізму державного управління госпітальними округами через ефективну систему взаємодії закладів**

**охорони здоров'я»** сформовано функціонально-організаційний механізм державного управління системи взаємодії медичних закладів в межах госпітального округу, який полягає в наступному: централізоване управління та координація госпітальним округом, створення єдиного центру управління госпітальним округом, який відповідає за координацію діяльності всіх медичних закладів округу (в т.ч. при МОЗ); впровадження централізованих інформаційних систем для забезпечення ефективного обміну даними між медичними установами та оперативного реагування на потреби пацієнтів. розробка і впровадження єдиних стандартів надання медичної допомоги; впровадження мультидисциплінарних команд; раціональне розподілення фінансових, матеріальних та кадрових ресурсів; запровадження спільного використання обладнання та інфраструктури для зниження витрат; розробка і впровадження системи моніторингу та оцінки ефективності роботи медичних закладів на основі ключових показників ефективності (KPI). Цей механізм забезпечує комплексний підхід до управління системою взаємодії медичних закладів, підвищуючи ефективність їх роботи, якість медичних послуг та задоволеність пацієнтів.

Вперше розроблений концептуальний базис механізму координації дій та обміну інформацією між закладами охорони здоров'я з точки зору державного управління показує, що для забезпечення ефективної взаємодії між закладами охорони здоров'я в госпітальному окрузі необхідно створити централізовану інформаційну платформу (запропонована модель даної платформи на основі удосконалення архітектури інформаційної системи HMIS (Health management information system)). Це дозволить оптимізувати процеси управління, підвищити якість координації лікувальних заходів та ефективність використання ресурсів. Такий підхід сприятиме зменшенню витрат і підвищенню доступності та якості медичних послуг для населення госпітального округу.

Запропоновано удосконалити механізми та системи громадського контролю в громадському окрузі за рахунок розробки Положення про взаємодію Госпітального округу з громадськістю задля залучення стейкхолдерів та громадськості, врахування думок та потреб різних зацікавлених сторін, включаючи пацієнтів, медичних працівників, громадські організації та інші зацікавлені сторони у процесі розроблення

та впровадження механізмів координації та обміну інформацією; створення системи звітності та оцінки результатів: розроблення системи звітності та оцінки результатів роботи механізму координації дій та динамічності обігу інформації між різними закладами, на базі яких формуються ключові показники результативності їх діяльності.

Удосконалено системні підходи до забезпечення сталості розвитку госпітальних округів через виявлення ключових факторів та завдань при забезпеченні екологічності лікарень в межах госпітальних округів; індикаторів та основних завдань щодо досягнення сталості розвитку та інклюзивності закладу охорони здоров'я; інтеграції рівнів профілактики у загальну стратегію розвитку медичних установ. Сформовано складові загальної стратегії покращення психічного здоров'я населення госпітальних округів, застосування механізмів деінституціоналізації передбачає комплекс заходів, спрямованих на створення доступних та якісних послуг психічного здоров'я та забезпечення доступності в межах громади. Це дозволить врахувати необхідність не лише ефективності розвитку госпітальних округів але й забезпечення сталості їх розвитку в сучасних реаліях.

**Ключові слова:** державне управління, публічне адміністрування, госпітальний округ, заклади охорони здоров'я, механізм державного управління госпітальним округом, реформа охорони здоров'я, ефективна взаємодія закладів охорони здоров'я, якість медичних послуг, сталий розвиток, інклюзивність, Covid-19, соціальний захист, доступність медичних послуг.



## ANNOTATION

**Stovban M. P. Improvement of the mechanism of public administration of the hospital district through an effective system of interaction of health care institutions.**

– Qualifying scientific paper as the manuscript.

Thesis submitted for the degree of doctor of public administration, specialty 25.00.02 – mechanisms of public administration. – Lviv Polytechnic National University Ministry of Education and Science of Ukraine. – Lviv, 2024. 476 p.

*In the first section* **«Theoretical foundations of the mechanism of public administration of the hospital district through an effective system of interaction of health care institutions»** a systematic analysis of scientific developments was carried out in order to specify the research problem, a conceptual and categorical apparatus was formed, which acts as a system of scientific knowledge, in particular, the concepts were specified: «hospital district», «system of interaction of medical institutions», «system of interaction of medical institutions within one hospital district», «expanding the availability of medical services in a hospital district», «mechanism of state management of a hospital district», «regulatory and legal sub-mechanism of management of a hospital district in the healthcare sector», «sustainability of development of a hospital district» and other concepts.

It is determined that the basis of the complex mechanism of public administration of the hospital district through an effective system of interaction of health care institutions is a system of mechanisms: I. regulatory, II. organisational and managerial, III. financial and economic, IV. information and communication. It is determined that the "mechanism of public administration of a hospital district" is a complex integrated system of influence of management subjects (healthcare authorities) on management objects (hospital districts, hospitals, polyclinics) with the involvement of the public sector (subjects of influence), which is implemented through a system of mechanisms and with the help of methods and tools to ensure the availability and quality of medical services for different segments of the population and is aimed at achieving the key goal - development and reform of the healthcare system. The system of legislative acts to ensure the mechanism of public

administration of hospital districts through an effective system of interaction between healthcare institutions is summarised, which will include the following blocks: Block I. International acts (directives, agreements, etc.) and provisions of the Constitution of Ukraine. Block II. Regulatory acts that are the conceptual and legal basis for ensuring public administration of the hospital district in the healthcare sector (strategies, programmes) as the most promising area of healthcare in Ukraine. Block III. Laws and regulations of Ukraine, which consist of four groups, namely laws and regulations of general application; laws and regulations of the hospital district; regulations directly related to healthcare; regulations indirectly related to healthcare. Block IV. Regulatory and legal acts related to the implementation of public administration of the hospital district in the healthcare sector. The author identifies the key problems of the regulatory and legal mechanism of the State regulation of sustainable development, including: excessive unsystematic nature of the legal framework in the healthcare sector, unclear legal provisions, legislative gaps; problems and conflicts arising in practice indicate that quite often the provisions of different legal acts contradict each other; insufficient implementation of international legal standards in the healthcare sector; and the issue of access to medical care in Ukraine is acute.

*In the second section «**Formation of hospital districts as a factor in improving the public administration of the health care system: domestic and foreign experience**»* establishes that a hospital district is an association of health care institutions providing secondary health care, which is created on the basis of certain criteria and operates in accordance with the regulations developed and approved by the Ministry of Health (MoH).

It is found that in Ukraine, within hospital districts, two types of integration of healthcare institutions are possible: horizontal (the distribution of medical services between treatment levels is guaranteed by a coordinating system that uses the «patient management» method and clinical guidelines (managed care mechanisms)) and vertical (provides that a patient within one organisation can receive medical care of any level, both inpatient, outpatient and at home (multi-level mechanisms)).

The structure and interaction within the hospital district and the scheme of the mechanism of medical care provision in the hospital district are presented. It is established that the main aspects taken into account in the formation of hospital districts in modern

conditions are: geographical (population density, accessibility to medical facilities, geographical restrictions, etc.); demographic and epidemiological (age structure, morbidity, specific needs, etc.); types and levels of medical care (general practice, specialised, emergency medical care, etc.); efficiency and accessibility of medical services (to promote the efficiency and accessibility of medical services, more even distribution of resources, and to ensure the availability of medical services).

The following foreign models are analysed and proposed to be adapted into the healthcare management system: integrated care models (Sweden, Denmark, the Netherlands; continuous patient care through close cooperation between different levels of medical institutions); performance-based financing models (UK and Germany); use of electronic health records (EHR, USA, Canada and Australia); use of healthcare networks (Health Networks, France and Spain); creation of healthcare networks that unite hospitals, clinics and other medical institutions in the region); Preventive Care Approach (Northern Europe); Community Participation (Canada and New Zealand) models that actively involve the public in the healthcare decision-making process; and the use of telemedicine (Australia, Finland).

*In the third section* **«Conceptual framework for improving the mechanism of public administration of hospital districts through an effective system of interaction between health care institutions»** identifies the vectors of public administration of hospital districts for the coming years, which are determined by the sustainability of NGO development; environmental friendliness of development; inclusiveness of activities; priority accessibility for military and veterans, vulnerable groups, socially disadvantaged groups, people with disabilities; priority development of psychological support in hospital districts.

To ensure effective state policy, the text of the Concept for the Development of Hospital Districts in the Context of Improving Accessibility and Quality of Medical Services in Ukraine was developed for the first time, which contains target and resultant; conceptual; organisational and managerial; evaluation and resultant; and corrective components and whose goals are: ensuring accessibility and inclusiveness of medical services of NGOs; ensuring quality and safety of medical services of NGOs; effective innovative development

in the post-war period. The purpose of the Concept is to form and develop a territorial network of NGOs to ensure equal access (territorial and social) to high-quality medical services, optimal use of resources and innovative functioning to improve the quality of life of people. Objectives of the Concept: Objective 1: Accessibility and inclusiveness of healthcare services. Objective 2: Quality, sustainability, environmental friendliness and safety of services. Objective 3: Effective innovative development in the post-war period.

Criteria for a comprehensive assessment of the effectiveness of the mechanism of public administration of hospital districts have been formed, on the basis of which two assessment methods have been formed: at the level of the State (it is proposed to take into account the criteria of efficiency of financing of hospital districts; accessibility of medical services; ensuring the medical rights of patients and the quality of medical services; innovation of technological and managerial development in hospital districts) and at the level of a separate hospital district (level of accessibility of medical services; compliance of medical services with the requirements of the state).

The key problematic aspects of the functioning of the mechanism of public administration of the hospital district in modern conditions that require an integrated approach to their solution are identified, namely: the need to reform the regulatory framework, increase the efficiency of financing, introduce modern information technologies, improve coordination between medical institutions and improve the skills of medical workers, increase the efficiency of management processes in each district.

*In the fourth section «**Evaluation of the effectiveness of the mechanism of public administration of hospital districts and financing of hospital districts in Ukraine**»* found that during 2022-2024 the comprehensive evaluation of the effectiveness of the mechanism of public administration of hospital districts increased (Efhd 2022 - 1.032; Efhd 2022 - 1.1), but according to the analysis, the growth is not very significant compared to the period when hospital districts were introduced.

Problems of applying the mechanism of public administration of the hospital district have been identified, including the following: imperfection of the legal framework (current legislation does not fully regulate all aspects of hospital district management, which leads to legal conflicts); limited financial resources (complicating the ability to ensure high quality

of medical services and purchase of necessary equipment and medicines); insufficient integration of information systems for the management of the district; poor coordination between healthcare institutions (low level of communication and coordination between medical institutions within hospital districts, which leads to duplication of services and inefficient use of resources); staffing problems (insufficient number of qualified medical workers, especially in rural areas, which reduces the availability of medical services to the population); inefficient management processes (lack of modern methods and approaches to managing hospital districts, which reduces the overall efficiency of the healthcare system).

*In the fifth section* **«Vectors for Improving the Mechanism of Public Administration of Hospital Districts through an Effective System of Interaction of Healthcare Facilities»** the functional and organisational mechanism of public administration of the system of interaction of medical institutions within the hospital district is formed, which consists of the following: centralised management and coordination of the hospital district, creation of a single hospital district management centre responsible for coordinating the activities of all medical institutions of the district (in or under the Ministry of Health); implementation of the This mechanism provides a comprehensive approach to managing the system of interaction between medical institutions, improving their efficiency, the quality of medical services and patient satisfaction.

The first developed conceptual framework for the mechanism of coordination and information exchange between healthcare institutions from the point of view of public administration shows that in order to ensure effective interaction between healthcare institutions in a hospital district, it is necessary to create a centralised information platform (the author proposes a model of this platform based on improving the architecture of the HMIS (Health management information system)). This will optimise management processes, improve the quality of coordination of treatment measures and the efficiency of resource use. This approach will help reduce costs and improve the availability and quality of medical services for the population of the hospital district.

It is proposed to improve the mechanisms and systems of public control in the public district by developing a Regulation on the Hospital District's interaction with the public to engage stakeholders and the public, taking into account the opinions and needs of various

stakeholders, including patients, healthcare professionals, NGOs and other stakeholders in the process of developing and implementing mechanisms for coordination and information exchange; creating a system of reporting and evaluation of results: development of a system for reporting and evaluating the results of the mechanism for coordinating actions and exchanging information between healthcare institutions, including the identification of key performance indicators and the quality of healthcare services.

Systematic approaches to ensuring the sustainability of hospital districts have been improved by identifying key factors and tasks in ensuring the environmental friendliness of hospitals within hospital districts; indicators and measures to ensure the sustainable development and inclusiveness of healthcare facilities; and integration of prevention levels into the overall development strategy of healthcare facilities. The components of the overall strategy for improving the mental health of the population of hospital districts have been formed, and the use of deinstitutionalisation mechanisms involves a set of measures aimed at creating accessible and high-quality mental health services and ensuring accessibility within the community. This will allow to take into account the need not only for effective development of hospital districts, but also for ensuring their sustainability in modern realities.

**Keywords:** public administration, public administration, hospital district, health care institutions, the mechanism of state management of the hospital district, health care reform, effective interaction of health care institutions, quality of medical services, sustainable development, inclusiveness, Covid-19, social protection, availability of medical services.

## СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

### 1.1. Статті, опубліковані у наукових виданнях, які включені до міжнародних наукометричних баз:

1. Stovban M. P., Mykhalchuk V. M., Tolstanov A. K., Maglona V. V. Interaction links of healthcare institutions within one hospital district. *Wiadomości Lekarskie*. 2021. Vol. LXXIV, iss. 3, pt. 2. P. 756–760. DOI: <https://doi.org/10.36740/WLek202103236>

(*Особистий внесок здобувача*: розроблено ключові концепції та методологічні підходи для оцінки та покращення взаємодії між установами охорони здоров'я, що забезпечило високий рівень теоретичного та практичного аналізу).

2. Seredyuk N., Stovban M., Kulaeits N., Bielinskyi M., Kiritsa N., Fedorchenko M. Sudden cardiac death with recovery of cardiac activity (clinical case). *Cor et Vasa*. 2023. Vol. 65 (5). P. 790–795.

(*Особистий внесок здобувача*: наведено теоретичні засади розвитку кардіохвороб).

3. Stovban M. P. Implementation of the hospital district for the medical institutions: medical and social justification of the financial and economic state of Kalush Central District hospital before and after implementation. *Wiadomości Lekarskie Medical Advances*. 2023. Vol. 76, iss. 2. P. 243–250. DOI: <http://doi.org/10.36740/WLek202302101>.

4. Stovban M. P. Medical and social justification of the financial and economic condition of the «Horodenka non-commercial center of primary medical care» before and after the introduction of the hospital district. *Wiadomości Lekarskie*. 2022. Vol. 75 (11 pt 2). P. 2835–2838. DOI: <https://doi.org/10.36740/WLek202211219>.

### 1.2. Монографії

1. Стовбан М. П., Гбур З. В. Теоретико-методологічні основи поняття госпітальний округ в сфері охорони здоров'я. *Conceptual options for the development of medical science and education* : Collective monograph. Riga: Izdevniecība «Baltija Publishing», 2020. P. 80–97. DOI: <https://doi.org/10.30525/978-9934-588-44-0/05>

(*Особистий внесок здобувача:* розкрито важливі аспекти організаційно-управлінських підходів до формування госпітальних округів, акцентуючи увагу на ефективності державного управління та адміністрування у сфері охорони здоров'я).

2. Стовбан М. П., Толстанов О. К., Васильєв А. Г., Гбур З. В. Зарубіжний досвід утворення госпітальних округів в медичній сфері. *Wissenschaft für den modernen menschen: medizin, chemie, landwirtschaft, geographie, architektur* / [team of authors: Avrunin O. G., Denga O. V., Hbur Z. V., Malenko S. A., Ovcharuk V. A., Polenova G. T. and etc.]. Karlsruhe: NetAkhatAV, 2020. Bk. 1, Pt. 2. 192 p.: ill., tab. ISBN 978-3-9821783-1-8.

(*Особистий внесок здобувача:* здійснено ґрунтовний аналіз концепції госпітального округу з точки зору науки публічного управління та адміністрування та розкрито важливі аспекти організаційно-управлінських підходів до формування госпітальних округів).

3. Стовбан М. П., Толстанов О. К., Михальчук В. М. Особливості госпітальних округів різних регіонів України. *Wissenschaft für den modernen menschen: medizin, chemie, landwirtschaft, geographie, architektur* / [team of authors: Avrunin O. G., Denga O. V., Hbur Z. V., Malenko S. A., Ovcharuk V. A., Polenova G. T. and etc.]. Karlsruhe: NetAkhatAV, 2020. Bk. 1, Pt. 2 192 p. : ill., tab. ISBN 978-3-9821783-1-8.

(*Особистий внесок здобувача:* надано основні теоретичні та практичні основи для аналізу особливостей госпітальних округів у різних регіонах України; досліджено та систематизовано дані, що дозволило розробити ґрунтовні висновки щодо організації та функціонування госпітальних округів, а також їх впливу на якість медичних послуг).

4. Стовбан М. П., Стовбан І. В., Толстанов О. К., Гбур З. В. Методи дослідження механізму взаємодії медичних закладів в межах одного госпітального округу на практиці. *Сучасні аспекти науки:* колективна монографія / за ред. Є. О. Романенка, І. В. Жукової. Київ; Братислава: ФОП КАНДИБА Т. П., 2020. С. 181–199.

(*Особистий внесок здобувача:* проведено детальне дослідження методів взаємодії медичних закладів, зосереджуючи увагу на практичних аспектах їхньої



співпраці та координації; розроблено основні методологічні підходи для аналізу та оцінки ефективності цих механізмів).

5. Стовбан М. П., Толстанов О. К., Васильєв А. Г. Основні зміни в роботі закладів охорони здоров'я у зв'язку з утворенням госпітальних округів. *Громадське здоров'я в Україні: реалії, тенденції та перспективи*: колективна монографія / за заг. ред. проф. Ждана В. М. та проф. Голованової І. А. Полтава: ТОВ «Фірма «Техсервіс», 2020. С. 136–146.

(*Особистий внесок здобувача*: проведено детальне дослідження методів взаємодії медичних закладів, зосереджуючи увагу на практичних аспектах їхньої співпраці та координації; розроблено основні методологічні підходи для аналізу та оцінки ефективності цих механізмів).

### **1.3. Статті, опубліковані у наукових фахових виданнях України**

1. Стовбан М. П., Михальчук В. М. Особливості взаємодії медичних закладів одного госпітального округу в умовах загострення епідеміологічної ситуації. *Наукові перспективи*. 2020. № 2 (2). С. 158–176. DOI: [https://doi.org/10.32689/2708-7530-2020-2\(2\)-158-176](https://doi.org/10.32689/2708-7530-2020-2(2)-158-176)

(*Особистий внесок здобувача*:. детально розглянуто роль і обов'язки головних лікарів та механізми їх взаємодії з місцевими органами самоврядування і центрами первинної медико-санітарної допомоги під час загострення епідеміологічної ситуації та висвітлено питання санітарно-протиепідемічного забезпечення).

2. Стовбан М. П., Стовбан І. В. Механізми взаємодії обласної та районної клінічної лікарні в межах одного госпітального округу. *Наукові перспективи*. 2020. № 1 (1). С. 102–118. DOI: [https://doi.org/10.32689/2708-7530-2020-1\(1\)-102-118](https://doi.org/10.32689/2708-7530-2020-1(1)-102-118)

(*Особистий внесок здобувача*: проаналізовано умови та необхідність створення госпітального округу, особливості реформування закладів охорони здоров'я комунальної та державної форми власності у некомерційні та казенні підприємства, зокрема зміна форми фінансування).

3. Стовбан М. П., Завада О. Г. Ретроспективний аналіз основних показників ефективності діяльності Косівської ЦЛР за період 2014–2018 років. *Наукові інновації*

*та передові технології*. 2021. № 1 (1). С. 115–129. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-5274-2021-1\(1\)-115-129](https://doi.org/10.52058/2786-5274-2021-1(1)-115-129).

(*Особистий внесок здобувача*: проведено ретроспективний аналіз основних показників ефективності діяльності Косівської ЦРЛ та запропоновано авторську методику розрахунку показників ефективності діяльності лікарні за складовими медичної, соціальної та економічної ефективності).

4. Стовбан М. П. Проблеми законодавчого забезпечення формування та діяльності госпітальних округів. *Публічне управління і адміністрування в Україні*. 2023. Вип. 37. С. 190–196. DOI: <https://doi.org/10.32782/pma2663-5240-2023.37.35>

5. Стовбан М. П. Фактори впливу на ефективну взаємодію медичних закладів в межах одного госпітального округу. *Публічне управління і адміністрування в Україні*. 2023. Вип. 35. С. 173–179. DOI: <https://doi.org/10.32782/pma2663-5240-2023.35.33>

6. Стовбан М. П. Вплив епідеміологічної ситуації на механізми взаємодії закладів охорони здоров'я. *Право та державне управління*. 2023. № 2. С. 459–467. DOI: <https://doi.org/10.32782/pdu.2023.2.66>

7. Стовбан М. П. Особливості створення наглядових рад, проблеми у нормативному врегулюванні організаційних та процедурних засад їх діяльності та умови розробки перспективних планів розвитку госпітальних округів. *Наукові перспективи (Серія «Механізми державного управління»)*. 2024. № 1 (43). С. 985–1001. DOI: [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-1\(43\)-985-1001](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-1(43)-985-1001)

8. Стовбан М. П. Фінансово-економічний аналіз стану КНП Центральна районна лікарня Калуської міської та районної рад Івано-Франківської області: аспект державного управління до та після запровадження госпітального округу. *Наукові інновації та передові технології (Серія «Механізми державного управління»)*. 2024. № 2 (30). С. 1638–1651. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-5274-2024-2\(30\)-1638-1651](https://doi.org/10.52058/2786-5274-2024-2(30)-1638-1651)

9. Стовбан М. П. Ефективність реформи державного управління у сфері охорони здоров'я: індикатор – впровадження госпітальних округів. *Актуальні питання у сучасній науці (Серія «Механізми державного управління»)*. 2024. № 3(21). С. 1226–1240. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-6300-2024-3\(21\)-1226-1240](https://doi.org/10.52058/2786-6300-2024-3(21)-1226-1240)

10. Стовбан М. П. Вплив публічного управління на взаємодію закладів охорони здоров'я в умовах пандемії Covid-19 в межах одного госпітального округу. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В.І. Вернадського. Серія: Публічне управління та адміністрування*. 2023. Т. 34 (73), № 3. С. 166–175. DOI: <https://doi.org/10.32782/TNU-2663-6468/2023.3/26>
11. Стовбан М. П. Категоріально-понятійний апарат поняття «госпітальний округ». *Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського. Серія: Публічне управління та адміністрування*. 2023. Т. 34 (73), № 6. С. 175–182. DOI: <https://doi.org/10.32782/TNU-2663-6468/2023.6/28>
12. Стовбан М. П. Проблеми фінансування медичних закладів після утворення госпітальних округів: аспект державного управління. *Держава та регіони. Серія: Публічне управління і адміністрування*. 2023. № 3 (81). С. 188–195. DOI: <https://doi.org/10.32782/1813-3401.2023.3.31>
13. Стовбан М. П. Аналіз фінансово-економічного стану Рогатинської РЦПМСД запровадження госпітального округу: публічне управління. *Право та державне управління*. 2023. № 1. С. 319–326. DOI: <https://doi.org/10.32782/pdu.2023.1.48>
14. Стовбан М. П. Аспекти державного управління: аналіз фінансово-економічного стану Коломийської РЦПМСД. *Публічне управління і адміністрування в Україні*. 2023. № 38. С. 245–252. DOI: <https://doi.org/10.32782/pma2663-5240-2023.38.44>
15. Стовбан М. П. Законодавчий устрій щодо створення та державного регулювання госпітальними округами. *Держава та регіони. Серія: Публічне управління і адміністрування*. 2023. № 1(79). С. 135–142. DOI: <https://doi.org/10.32782/1813-3401.2023.1.21>
16. Стовбан М. П. Фінансово-економічний аналіз діяльності Снятинської ЦРЛ: аспект державного управління до та після запровадження госпітального округу. *Держава та регіони. Серія: Публічне управління і адміністрування*. 2024. № 1. С. 161–168. DOI: <https://doi.org/10.32782/1813-3401.2024.1.26>

#### 1.4. Статті, опубліковані у виданнях країн ЄС

1. Стовбан М. П., Стовбан І. В. Основні характеристики системи взаємодії медичних закладів в межах одного госпітального округу. *Open Access Peer-reviewed Journal. Science Review*. 2020. № 3 (30). С. 11–18. DOI: [https://doi.org/10.31435/rsglobal\\_sr/31032020/6994](https://doi.org/10.31435/rsglobal_sr/31032020/6994)

(*Особистий внесок здобувача*: наведено теоретичні засади взаємодії закладів охорони здоров'я)

#### 1.5. Опубліковані праці апробаційного характеру

1. Стовбан М. П. Окремі аспекти зарубіжного досвіду утворення госпітальних округів в медичній сфері. *Наукове забезпечення технологічного прогресу XXI сторіччя*: матеріали міжнар. наук. конф., 1 травня 2020 р., Чернівці, Україна. Чернівці: ЦНД, 2020. Т. 3. С. 31–33.

2. Стовбан М. П. Госпітальні округи різних регіонів України. *Здоров'я людини у сучасному світі: питання медичної науки та практики* : матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (Одеса 15–16 травня 2020 року). Одеса: ГО «Південна фундація медицини», 2020. С. 100–105.

3. Стовбан М. П. Госпітальні округи різних регіонів України (Житомирська та Чернівецька області). *Медична наука та практика на сучасному історичному етапі*: збірник тез наук. робіт учасників міжнар. наук.-практ. конф. (Київ, 1–2 травня 2020 р.). Київ: «Київський медичний науковий центр», 2020. С. 23–27.

4. Стовбан М. П. Фактори впливу на розвиток взаємодії медичних закладів в межах одного госпітального округу. *Перспективи розвитку сучасної науки та освіти*: матеріали II Міжнар. наук.-практ. конф., Львів, 15–16 червня 2020 року. Львів: Львівський науковий форум, 2020. Ч. 1. С. 52–53.

5. Стовбан М. П. Госпітальні округи – мета і специфіка формування. *Теоретичні та практичні аспекти розвитку сучасної медицини* : збірник тез наук. робіт учасників міжнар. наук.-практ. конф. (м. Львів, 26–27 червня 2020 року). Львів: ГО «Львівська медична спільнота», 2020. С. 42–47.

6. Стовбан М. П. Елементи та механізми взаємодії медичних установ інтегрованої системи. *Медичні науки: напрямки та тенденції розвитку в Україні та світі* : матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (Одеса 19–20 червня 2020 року). Одеса: ГО «Південна фундація медицини», 2020. С. 92–98.

7. Стовбан М. П. Специфіка взаємодії медичних закладів в межах одного госпітального округу. *Сучасні аспекти модернізації науки в Україні: стан, проблеми, тенденції розвитку*: матеріали II Міжнар. наук.-практ. конф., Київ; Туреччина 7 жовтня 2020 р. Київ: ФОП Кандиба Т. П., 2020. С. 119–123.

8. Стовбан М. П., Стовбан І. В., Толстанов О. К., Гбур З. В. Досягнення позитивного соціального результату для населення від впровадження госпітальних округів. *Нові тенденції та невирішені питання профілактичної та клінічної медицини*: матеріали конф., 25–26 вересня 2020 р., Люблін, Республіка Польща. [Люблін], 2020. С. 56 – 60.

(*Особистий внесок здобувача: розкрито суть позитивного соціального ефекту населення від впровадження госпітальних округів*)

9. Стовбан М. П. Дослідження ефективності взаємодії медичних закладів в межах Східного Полтавського госпітального округу. *Сучасні аспекти модернізації науки в Україні: стан, проблеми, тенденції розвитку*: матеріали I Міжнар. наук.-практ. конф., Київ; Братислава, 7 вересня 2020 р. Київ: ФОП Кандиба Т.П., 2020. С. 98–102.

10. Стовбан М. П. Нормативно-правові акти, які потребують доопрацювання в частині регулювання діяльності госпітальними округами. *Сучасні аспекти модернізації науки в Україні: стан, проблеми, тенденції розвитку*: матеріали III Міжнар. наук.-практ. конф., Київ; Великобританія 7 листопада 2020 р. / за ред. Є. О. Романенка, І. В. Жукової. Київ ; Великобританія : ФОП Кандиба Т. П., 2020. С. 135–139.

11. Стовбан М. П., Щиріна К. В. Оцінка ефективності діяльності лікарні в межах госпітального округу. *Взаємодія закладів охорони здоров'я в межах госпітального округу: актуальні питання та інноваційні аспекти*: матеріали наук.-

практ. конф. (Київ, 9 грудня 2021 р.) / Нац. ун-т охорони здоров'я України ім.  
П. Л. Шупика. Вінниця: ГО «Європейська наукова платформа», 2021. С. 45–49.

*(Особистий внесок здобувача: запропоновано шляхи та способи взаємодії, які мають стати частиною механізму державного управління взаємодії медичних закладів в межах госпітального округу).*

## ЗМІСТ

<b>ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ</b>	26
<b>ВСТУП</b>	29
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ МЕХАНІЗМУ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ГОСПІТАЛЬНИМ ОКРУГОМ ЧЕРЕЗ ЕФЕКТИВНУ СИСТЕМУ ВЗАЄМОДІЇ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я</b>	45
1.1. Стан наукової розробки проблематики реформування системи охорони здоров'я та державного управління госпітальним округом	45
1.2. Сутність та структура комплексного механізму державного управління госпітальним округом сфери охорони здоров'я	58
1.3. Основи взаємодії медичних закладів в межах одного госпітального округу	70
1.4. Нормативно-правовий механізм державного управління госпітальним округом сфери охорони здоров'я	80
Висновки до розділу 1	97
<b>РОЗДІЛ 2 ФОРМУВАННЯ ГОСПІТАЛЬНИХ ОКРУГІВ, ЯК ЧИННИК УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ВІТЧИЗНЯНИЙ ТА ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД</b>	99
2.1. Методологія та підходи до формування госпітального округу через ефективну систему взаємодії закладів охорони здоров'я	99
2.2. Зарубіжний досвід утворення та управління госпітальними округами	126
2.3. Соціальний ефект публічного управління для населення від впровадження госпітальних округів	138
Висновки до розділу 2	147
<b>РОЗДІЛ 3. КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМУ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ГОСПІТАЛЬНИМ</b>	150

## **ОКРУГОМ ЧЕРЕЗ ЕФЕКТИВНУ СИСТЕМУ ВЗАЄМОДІЇ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

- 3.1. Концептуальне забезпечення механізму державного управління госпітальним округом сфери охорони здоров'я та його ефективність 150
- 3.2. Організаційно-управлінський механізм державного управління госпітальним округом в системі взаємодії закладів охорони здоров'я 161
- 3.3. Інформаційно-комунікаційний та фінансово-економічний механізм державного управління госпітальним округом в системі взаємодії закладів охорони здоров'я 174
- 3.4. Основні фактори впливу на механізми взаємодії закладів охорони здоров'я в межах одного госпітального округу 193

Висновки до розділу 3 202

## **РОЗДІЛ 4. ОЦІНЮВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ МЕХАНІЗМУ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ГОСПІТАЛЬНИМ ОКРУГОМ ТА ФІНАНСУВАННЯ ГОСПІТАЛЬНИХ ОКРУГІВ В УКРАЇНІ**

- 4.1. Аналіз фінансування закладів охорони здоров'я після створення госпітальних округів 205
- 4.2. Методологія та оцінювання ефективності механізму державного управління госпітальним округом в Україні 214
- 4.3. Аналіз ефективності функціонування госпітальних округів у Івано-Франківській області 249

Висновки до розділу 4 276

## **РОЗДІЛ 5 ВЕКТОРИ ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМУ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ГОСПІТАЛЬНИМИ ОКРУГАМИ ЧЕРЕЗ ЕФЕКТИВНУ СИСТЕМУ ВЗАЄМОДІЇ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

- 5.1. Вдосконалення нормативно-правового механізму державного управління через ефективну систему взаємодії закладів охорони здоров'я 278



5.2. Вдосконалення організаційно-управлінського механізму державного управління через ефективну систему взаємодії закладів охорони здоров'я	295
5.3. Вдосконалення фінансово-економічного та інформаційно-комунікаційного механізму державного управління через ефективну систему взаємодії закладів охорони здоров'я	320
5.4. Вдосконалення сталості, інклюзивності та ментальної спрямованості розвитку госпітальних округів	333
Висновки до розділу 5	351
<b>ВИСНОВКИ</b>	354
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b>	361
<b>ДОДАТКИ</b>	412

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

- АРК – Автономна Республіка Крим
- БЛІЛ – багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування
- ВВП – валовий внутрішній продукт
- ВІЛ – вірус імунодефіциту людини
- ВЛК – військово-лікарська комісія
- ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я
- ВПО – внутрішньо переміщена особа
- ВРУ – Верховна Рада України
- ГАК – Головна акредитаційна комісія
- ГО – госпітальний округ
- ДОЗ ОДА – Департамент охорони здоров'я обласної державної адміністрації
- ДРРГО – державне регулювання розвитку госпітального округу
- ДУ – державне управління
- ЕСОЗ – електронна система охорони здоров'я
- ЄС – Європейський Союз
- ЄФУЯ – Європейський фонд управління якістю
- ЗОЗ – заклад охорони здоров'я
- ЗПСМ – загальна практика сімейної медицини
- ЗУ – Закон України
- ІКТ – інформаційно-комунікаційні технології
- ІФМДЛ – Івано-Франківська міська дитяча лікарня
- КМУ – Кабінет Міністрів України
- КНП – комунальне некомерційне підприємство
- Концепція – Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я
- ЛДЦ – лікувально-діагностичний центр
- ЛІЛ – лікарня інтенсивного лікування
- МДЛ – міська дитяча лікарня
- МКЛ – міська клінічна лікарня

МОЗ України – Міністерство охорони здоров'я України  
НСЗ – Національна служба здоров'я  
НСЗУ – Національна служба здоров'я України  
ОВА – Обласні військові адміністрації  
ОДА – Обласна державна адміністрація  
ОДКЛ – Обласна дитяча клінічна лікарня  
ОКЛ – Обласна клінічна лікарня  
ООН – Організація Об'єднаних Націй  
ОПЦ – Обласний перинатальний центр  
ОСО – окремий спеціальний округ  
ОТГ – об'єднана територіальна громада  
ОФПЦ – Обласний фтизіопульмонологічний центр  
ПМГ – програма медичних гарантій  
ПМД – первинна медична допомога  
ПМКДД – Центр первинної медичної консультативно діагностичної допомоги  
ПМСД – первинна медико-санітарна допомога  
Положення – Примірне положення про госпітальний округ  
Постанова – Постанова Кабінету Міністрів України  
ПУ – публічне управління  
ТЦК – територіальний центр комплектування  
ФАП – фельдшерсько-акушерський пункт  
ФОП – фізична особа-підприємець  
Центр ЕМД і МК – Центр екстреної медичної допомоги і медицини катастроф  
ЦМКЛ – центральна міська клінічна лікарня  
ЦМЛ – центральна міська лікарня  
ЦПМСД – Центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги  
ЦРЛ – Центральна районна лікарня  
ЦСР – цілі сталого розвитку  
ШВЛ – штучна вентиляція легень  
ЮНІСЕФ – United Nations International Children's Emergency Fund

EMR – електронні медичні записи (electronic medical record)

HMIS – інформаційна система управління охороною здоров'я (Health management information system)

KPI – ключовий показник ефективності

TQM – Total Quality Management

USAID – Агентство США з міжнародного розвитку (United States Agency for International Development)

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Сьогодні основними завданнями удосконалення та реформування медичної системи є зростання якості життя громадян, продовження тривалості життя та розширення меж доступності послуг для різних соціальних груп та на різних територіях. Подальше реформування системи охорони здоров'я повинно відбуватись шляхом підвищення інноваційності та рівня координації закладів в медичній системі. Впровадження системи госпітальних округів, як об'єднань медичних установ, відбувалось на основі визначених принципів, засад управління, що закладені Постановою КМУ від 27.11.2019 р. № 1074 «Деякі питання створення госпітальних округів», наказом МОЗ від 20.02.2017 р. №165 «Про затвердження Примірного положення про госпітальний округ». Це дало можливість збільшити результативність та доступність лікувальних послуг для населення за останніх кілька років.

Разом із цим, механізми державного управління госпітальними округами ще не функціонують достатньо ефективно через наступні проблеми: недосконалість нормативно-правового забезпечення та потреба його уніфікації у різних сферах надання медичних послуг; недосконалість системи організаційно-управлінських горизонтальних зв'язків між медичними закладами; недостатня зорієнтованість на ключові показники розвитку медичних закладів; низький рівень взаємодії із громадськістю в округах; невисокі фінансові спроможності медичної системи; асиметричність інформаційних систем в управлінні госпітальними округами. Окрім того, подальший розвиток госпітальних округів потребує врахування сучасних тенденцій військового часу та повоєнного періоду; необхідності забезпечення сталого розвитку госпітальних округів, максимального доступу малозабезпечених верств населення до медичних послуг; потреба в інклюзивності медичних закладів та орієнтації на профілактичну медицину та інновації; виділення послуг та центрів психічного здоров'я, як окремих в рамках госпітального округу, адже потреба в них зростатиме.

Сьогодні також, потрібно сформувавши перелік та механізми застосування нових методів та інструментів стимулювання розвитку госпітальних округів та окреслити напрями реалізації механізму державного управління госпітальними округами та їх практичного застосування в Україні. Необхідним також є формування системи оцінювання ефективності даного механізму та індикаторів такого оцінювання, що дасть можливість виявити прогалини державного управління в цій сфері. Ці та інші питання суттєво актуалізують тематику дисертаційного дослідження.

Дослідження проблематики розвитку госпітальних округів здійснено такими вченими, як: Бабінець Л., Богайчук В., Боровик І., Булах І., Варвянська С., Дорош В., Західна О., Зелезняк О., Іванов В., Калашник П., Качур О., Лейберюк О., Мазуренко О., Мамчин М., Мартишин О., Матюк Л., Мидлик Ю., Пагава О., Парій В., Романенко О., Рошин Г., Скрипник О., Стеценко С., Ткач О., Чугунова І., Устинова А., та інших. Науковці здійснювали дослідження щодо питань децентралізації медичної допомоги та формування госпітальних округів. У наукових працях Булах І., висвітлено побудову архітектури та структури взаємодії закладів вторинної медичної допомоги. Науковці Західна О. Р., Мидлик Ю. І. у дослідженнях також акцентують увагу на питаннях реформування системи ОЗ в умовах децентралізації. Качур О. Ю. досліджує питання фінансування системи ОЗ та джерел пошуку надходжень в систему.

Питання удосконалення системи державного управління активно досліджували: В. Авер'янов, Г. Атаманчук, О. Білик, С. Домбровська, В. Карковська, М. Карпа, Н. Обушна, В. Пасічник, П. Петровський, О. Радченко, О. Руденко, Н. Подольчак, О. Федорчак, Ю. Дзюрах та інші.

Проблеми розвитку та реформування механізмів державного регулювання, зокрема і в сфері охорони здоров'я в Україні досліджували сучасні вітчизняні науковці, серед яких: Л. Антонова, А. Барзилович, З. Бурик, М. Білинська, З. Гбур, І. Кринична, Д. Карамішев, Н. Кризина, З. Надюк, О. Оболенський, Н. Орлова, І. Парубчак, О. Мельниченко, О. Петроє, Я. Радиш, В. Трощинський, О. Худоба, Н. Чала та інші. Проте, у зазначених працях були висвітлені загальні шляхи реформування медичної системи, підвищення якості медичних послуг. Проте, науковцями не розроблено інструкцій щодо механізмів державного управління

госпітальними округами, зокрема, удосконалення правових, організаційних, фінансових засад функціонування госпітальних округів. Таким чином, недостатня розробленість теоретико-методологічних засад і практичних аспектів удосконалення механізму державного управління госпітальним округом через ефективну систему взаємодії закладів охорони здоров'я та практична значущість проблематики зумовила актуальність дослідження.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисертаційна робота виконувалась у межах науково-дослідної роботи за темою «Теоретико-методологічні та прикладні засади розроблення і функціонування інноваційних механізмів публічного управління та адміністрування» Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника (номер державної реєстрації №0120U100494). У процесі виконання НДР автором визначено ключові підходи до механізмів управління системою охорони здоров'я в умовах змін та реформ, подальшого удосконалення фінансування системи охорони здоров'я, сучасного інформаційного забезпечення та удосконалення механізмів взаємодії в системі охорони здоров'я; запропоновано напрямки удосконалення функціонування госпітальних округів на території України та госпітального округу Івано-Франківської області.

**Мета і завдання дослідження.** *Мета* дисертаційного дослідження полягає у науковому обґрунтуванні та розробці практичних рекомендацій щодо вдосконалення механізму державного управління госпітальним округом через ефективну систему взаємодії медичних закладів в межах одного госпітального округу.

Досягнення мети дослідження передбачає необхідність виявлення та розв'язання таких завдань:

- проаналізувати теоретичні основи державного управління госпітальним округом на етапах реформування та розвитку системи охорони здоров'я;
- визначити сутність та структуру механізму державного управління госпітальним округом через ефективну систему взаємодії медичних закладів охорони здоров'я;

- систематизувати законодавче забезпечення та запропонувати напрямки вдосконалення нормативно-правового механізму державного управління госпітальним округом через ефективну систему взаємодії медичних закладів охорони здоров'я;
- визначити та охарактеризувати методологію та підходи до формування госпітального округу через ефективну систему взаємодії закладів охорони здоров'я;
- узагальнити підходи до вивчення та застосування в Україні зарубіжного досвіду щодо моделей управління госпітальними округами в Україні;
- розробити концептуальне забезпечення механізму державного управління госпітальним округом сфери охорони здоров'я;
- виявити проблеми застосування організаційно-управлінського, фінансово-економічного та інформаційно-комунікаційного механізму державного управління госпітальним округом;
- напрацювати критерії, розробити методику та здійснити комплексне оцінювання ефективності функціонування механізму державного управління госпітальними округами;
- запропонувати напрямки вдосконалення організаційно-управлінського механізму державного управління госпітальним округом через ефективну систему взаємодії медичних закладів охорони здоров'я;
- розробити концептуальний базис механізму координації дій та обміну інформацією між закладами охорони здоров'я на засадах принципів державного управління;
- сформулювати напрямки вдосконалення фінансово-економічного механізму державного управління госпітальним округом через ефективну систему взаємодії медичних закладів охорони здоров'я;
- розробити шляхи вдосконалення сталості, інклюзивності та ментальної спрямованості механізму державного управління госпітальним округом в сучасних умовах.

**Об'єкт дослідження** – процеси, що виникають при удосконаленні державної політики охорони здоров'я та механізму державного управління госпітальними



округами в Україні.

**Предмет дослідження** – удосконалення механізму державного управління госпітальним округом через ефективну систему взаємодії медичних закладів охорони здоров'я.

Для досягнення поставленої мети у роботі використана низка загальнонаукових та спеціальних **методів дослідження**, зокрема:

*Комплексний аналіз застосовано* для розробки напрямів покращення механізму державного управління госпітальним округом через взаємодією медичних закладів в Україні, що допомагає досягнути кількох цілей одночасно та при його застосуванні враховувалися нормативно-правові, управлінські, фінансові й інші аспекти взаємодії. На основі методу, автором розроблено також концептуальний базис щодо оптимізації розподілу державних фінансових ресурсів в рамках діяльності ГО.

Застосовано *системний аналіз*, що дозволив більш глибоко пізнати об'єкти як єдину цілісну систему, зокрема для дослідження публічного управління охорони здоров'я як системи взаємодії між закладами охорони здоров'я і розробки комплексу заходів для вдосконалення механізму державного управління госпітальним округом. Метод застосовано також для виділення чинників сталого розвитку госпітальних округів, виявлення ключових факторів та завдань при забезпеченні екологічності лікарень в межах госпітальних округів.

*Метод концептуального аналізу застосовано* для розробки принципово нових орієнтирів, векторів та цілей розвитку госпітальних округів в умовах реформування та задля досягнення сталості розвитку ГО; екологічності розвитку; інклюзивності діяльності; пріоритетної доступності для військових, вразливих верств населення, осіб з обмеженими можливостями; пріоритетний розвиток напрямку психологічної підтримки у госпітальних округах та профілактичної медицини. За допомогою методу сформовано Концепцію розвитку госпітальних округів в умовах підвищення доступності та якості медичних послуг в Україні та розроблений концептуальний базис механізму координації дій та обміну інформацією між закладами охорони здоров'я з точки зору державного управління.

*Структурно-функціональний* метод використано для розробки функціонально-організаційного механізму державного управління системи взаємодії медичних закладів в межах госпітального округу, зокрема для аналізу структури та функцій елементів даної системи, визначення їх ефективності, і зокрема розробки рекомендацій для формування цього механізму. За допомогою структурно-функціонального методу удосконалено структуру комплексного механізму державного управління госпітальними округами та для формування механізмів громадського контролю та зворотного зв'язку в рамках організаційно-управлінського механізму державного управління госпітальним округом. У роботі також застосовано *історичний метод* для аналізу передумов та етапів проведення реформ у сфері охорони здоров'я та розвитку методики формування госпітальних округів в Україні.

*Методи узагальнення та систематизації* застосовувались для вироблення термінології дослідження, для формування трактувань сутності та розкриття змісту категорій дисертації та систематизації актів законодавчого забезпечення механізму державного управління госпітальним округом.

*Метод систематизації* застосовувався для порівняння вітчизняного і зарубіжного досвід формування госпітальних округів та виділення моделей зарубіжного досвіду до застосування в Україні.

*Методи узагальнення та групування* – для виявлення ключових прогалин нормативно-правового забезпечення розвитку госпітальних округів, загальних проблем функціонування комплексного механізму державного управління госпітальним округом.

В дисертації було використано також методи *методи індукції, контент-аналізу та формально-логічного аналізу* для того, щоб підсилити даними результати аналізу в роботі. У роботі застосовувались і інші спеціальні методи дослідження, а саме: *статистичний, аналітичний, емпіричний аналіз*, зокрема *ранжування, нормування показників, групування даних, середніх та відносних величин* для дослідження ефективності механізму державного управління госпітальними округами та його складових, аналізу даних; *експертних оцінок* – для оцінки окремих індикаторів в

рамках розрахунку інтегрального показника ефективності механізму державного управління госпітальними округами та виявлення проблем функціонування округів.

**Наукова новизна одержаних результатів** полягає в розв'язанні важливої наукової проблеми в галузі державного управління, а саме – наукове обґрунтування та розробка практичних рекомендацій щодо вдосконалення механізму державного управління госпітальним округом через ефективну систему взаємодії медичних закладів в межах одного госпітального округу.

Наукова новизна визначається такими положеннями:

*вперше:*

– розроблено Концепцію розвитку госпітальних округів в умовах підвищення доступності та якості медичних послуг в Україні, яка містить цільово-результативий; концептуальний; організаційно-управлінський; оцінювально-результативний; корегувальний компоненти і цілями якої є: забезпечення доступності та інклюзивності медичних послуг ГО; забезпечення якості та безпеки медичних послуг ГО; ефективний інноваційний розвиток у повоєнному періоді. В авторській Концепції обґрунтовано підходи щодо вдосконалення механізму державного управління охорони здоров'я та визначено вектори державного управління госпітальними округами на наступні роки, а саме: сталості розвитку ГО; екологічності розвитку; інклюзивності діяльності; пріоритетної доступності для військових та ветеранів, вразливих верств населення, соціально-незахищених верств, осіб з обмеженими можливостями; пріоритетний розвиток напрямку психологічної підтримки у госпітальних округах та профілактичної медицини;

– сформовано функціонально-організаційний механізм державного управління системи взаємодії медичних закладів в межах госпітального округу, який, на відміну від існуючого організаційно-управлінського механізму державного управління, забезпечує комплексний підхід до управління системою взаємодії медичних закладів, підвищуючи ефективність їх роботи, якість медичних послуг та задоволеність пацієнтів шляхом запровадження: централізованого управління та координації госпітальним округом, створення єдиного центру управління госпітальним округом, який відповідає за координацію діяльності всіх медичних закладів округу (в чи при

МОЗ); впровадження централізованих інформаційних систем задля забезпечення ефективного обміну даними між медичними установами та оперативного реагування на потреби пацієнтів; розроблення і впровадження єдиних стандартів надання медичної допомоги; впровадження мультидисциплінарних команд; раціональне розподілення фінансових, матеріальних та кадрових ресурсів між медичними закладами округу для забезпечення їх максимально ефективного використання; запровадження механізмів спільного використання обладнання та інфраструктури; створення умов для обміну досвідом між медичними закладами округу; розробка і впровадження системи моніторингу та оцінки ефективності роботи медичних закладів на основі ключових показників ефективності (KPI);

– розроблено концептуальний базис механізму координації дій та обміну інформацією між закладами охорони здоров'я з точки зору державного управління, який показує, що для забезпечення ефективної взаємодії між закладами охорони здоров'я в госпітальному окрузі необхідно створити централізовану інформаційну платформу (автором запропонована модель даної платформи на основі удосконалення архітектури інформаційної системи HMIS (Health management information system)). Це дозволить оптимізувати процеси управління, підвищити якість координації лікувальних заходів та ефективність використання ресурсів. Такий підхід сприятиме зменшенню витрат і підвищенню доступності та якості медичних послуг для населення госпітального округу;

– обґрунтовано комплексний підхід до оптимізації розподілу державних фінансових ресурсів в рамках діяльності ГО, шляхом: встановлення прозорих критеріїв фінансування; стимулювання профілактичних заходів населення; введення показників ефективності для медичних установ (автором розроблено та запропоновано методики оцінювання); підтримки інновацій та технологічного розвитку; моніторингу та оцінки результатів фінансування; розвиток громадської участі та транспарентності (залучення громадськості до процесу прийняття рішень щодо розподілу державних фінансових ресурсів та забезпечення відкритості та прозорості в цих процесах може покращити легітимність та ефективність). Це дасть

можливість оптимізувати та сфокусувати фінансове забезпечення задля інноваційного розвитку ГО;

***удосконалено:***

– структуру комплексного механізму державного управління госпітальними округами, в якому, на відміну від існуючих аналогів, описано роль та значення складових в управлінні госпітальними округами та виділено чотири механізми: I. нормативно-правовий, II. організаційно-управлінський, III. фінансово-економічний, IV. інформаційно-комунікаційний, обґрунтовано особливості функціонування кожного із цих механізмів, проблеми функціонування в сучасних реаліях надання медичної допомоги, описано комплекс методів та інструментів, що дасть можливість підвищити ефективність функціонування госпітальних округів за рахунок урахування усіх складових задля забезпечення доступності та якості медичних послуг для різних верств населення;

– стратегію подальшого розвитку нормативно-правового механізму управління ГО, метою якої є покращення законодавства щодо реформування надання медичних послуг та формування і розвитку територіальної мережі ГО на основі комплексного підходу задля забезпечення рівного доступу (територіального та соціального) до високоякісних медичних послуг, оптимального використання ресурсів та інноваційності функціонування задля підвищення якості життя людей, що полягає в кодифікації законодавства, містить кілька пов'язаних блоків та дозволяє, та, на відміну від діючих пропозицій, дозволить досягнути комплексних змін у правовому забезпеченні (запропоновано розробити та прийняти наступні документи: Медичний Кодекс України, ЗУ «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування», «Про медичну діяльність», «Про спеціалізовану медицину», «Про забезпечення прав пацієнтів», «Про заклади охорони здоров'я», «Про лікарське самоврядування», Положення про взаємодію Госпітального округу з громадськістю;

– механізми громадського контролю та зворотнього зв'язку в рамках організаційно-управлінського підходу державного управління госпітальним округом, в тому числі через розробку положення про взаємодію Госпітального округу з громадськістю задля залучення стейкхолдерів та громадськості, врахування думок та

потреб різних зацікавлених сторін, включаючи пацієнтів, медичних працівників, громадські організації та інші зацікавлені сторони у процесі розроблення та впровадження механізмів координації та обміну інформацією; створення системи звітності та оцінки результатів: розроблення системи звітності та оцінки результатів роботи механізму координації дій та обміну інформацією між закладами охорони здоров'я, включаючи визначення ключових показників ефективності та якості надання медичних послуг;

– системні підходи до забезпечення сталості розвитку госпітальних округів через виявлення ключових факторів та завдань при забезпеченні екологічності лікарень в межах госпітальних округів; індикаторів та заходів щодо забезпечення сталого розвитку та інклюзивності закладу охорони здоров'я; інтеграції рівнів профілактики у загальну стратегію розвитку медичних установ. Сформовано складові стратегії покращення психічного здоров'я населення госпітальних округів, застосування механізмів деінституціоналізації передбачає комплекс заходів, спрямованих на створення доступних та якісних послуг психічного здоров'я та забезпечення доступності в межах громади. Це дозволить врахувати необхідність не лише ефективності розвитку госпітальних округів, але й забезпечення сталості їх розвитку в сучасних реаліях;

***отримали подальший розвиток:***

– трактування сутності та розкриття змісту наступних категорій та понять: *«госпітальний округ»; «система взаємодії медичних закладів», «система взаємодії медичних закладів в межах одного госпітального округу»; «розширення доступності медичних послуг госпітального округу»; «механізм державного управління госпітальним округом»,* як складна комплексна система впливу суб'єктів управління (органів влади у сфері охорони здоров'я) на об'єкти управління (госпітальні округи, лікарні, поліклінічні заклади) із залученням громадського сектору (суб'єктів впливу), що реалізується через систему механізмів: нормативно-правового, організаційно-управлінського, фінансово-економічного, інформаційно-комунікаційного та за допомогою методів та інструментів задля забезпечення доступності та якості медичних послуг для різних верств населення і спрямований на реалізацію ключової

мети – розвитку та реформування системи охорони здоров'я в Україні і підвищення якості життя населення;

– систематизація міжнародного досвіду управління ГО, а саме запропоновано до застосування: моделі інтегрованого управління, що дозволить забезпечувати безперервний догляд пацієнтів через тісну співпрацю між різними рівнями медичних закладів; моделі фінансування на основі показників КРІ, використання електронних медичних записів, що сприятиме покращенню обміну інформацією між медичними установами, зниженню ризиків медичних помилок; застосування медичних мереж, створено медичні мережі, які об'єднують лікарні, клініки та інші медичні установи в регіоні; моделі превентивної медицини; громадської участі у прийнятті рішень активно залучають громадськість до процесу прийняття рішень у сфері охорони здоров'я; застосування телемедицини для ефективного лікування пацієнтів на відстані; модель професійного розвитку медичного персоналу, що включає регулярне підвищення кваліфікації, тренінги та участь у наукових дослідженнях;

– критерії комплексного оцінювання ефективності механізму державного управління госпітальними округами, на основі яких сформовано дві методики оцінювання: *на рівні держави* (запропоновано враховувати критерії ефективності фінансування госпітальних округів; доступності медичних послуг; забезпечення медичних прав пацієнтів та якості медичних послуг; інноваційності технологічного та управлінського розвитку у госпітальних округах) та *на рівні окремого госпітального округу* (рівень доступності медичних послуг; відповідність медичних послуг встановленим стандартам якості; оперативність та результативність управлінських рішень; раціональне використання фінансових ресурсів; достатність та кваліфікованість медичного персоналу; рівень впровадження інформаційних технологій у управлінські та медичні процеси; ефективність координації та взаємодії між різними рівнями медичної допомоги);

– виявлені ключові проблемні аспекти функціонування механізму державного управління госпітальним округом ГО в сучасних умовах, які вимагають комплексного підходу до їх вирішення та розроблено напрямки усунення цих проблемних аспектів, а саме: реформування нормативно-правової бази, підвищення ефективності

фінансування, впровадження сучасних інформаційних технологій, покращення координації між медичними установами та підвищення кваліфікації медичних працівників, підвищення ефективності управлінських процесів в кожному ГО.

**Практичне значення одержаних результатів** полягає в тому, що ключові теоретичні засади, напрацьовані автором дисертації, пропозиції та рекомендації дослідження, можуть бути застосовані для удосконалення процесів управління та функціонування госпітальних округів в Україні. Висновки та рекомендації дослідження уже використовуються:

– на державному рівні: Секретаріатом Кабінету Міністрів України використано пропозиції щодо удосконалення нормативно-правового забезпечення функціонування госпітальних округів (довідка № 12981/0/2-24 від 31.05.2024 р.); підкомітетом регіональної політики та місцевих бюджетів Комітету Верховної Ради України з питань організації державної влади, місцевого самоврядування регіонального розвитку та містобудування використано пропозиції щодо джерел спільного фінансування діяльності госпітальних округів (довідка від 31.05.2024 р. № 235д/10-2024/120055); Комітетом Верховної Ради України з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування під час підготовки та опрацювання проекту нової редакції Закону України «Основи Законодавства України про охорону здоров'я» (довідка № 04-18/17-2024/120859 від 03.06.2024 р.);

– на регіональному (галузевому) рівні: впроваджені рекомендації та елементи механізмів взаємодії медичних закладів в межах Івано-Франківського госпітального округу, зокрема використано пропозиції щодо удосконалення інформаційного забезпечення, впровадження заходів, що сприятимуть сталому розвитку лікарень, інклюзивності їх роботи, впровадження програм психічного здоров'я, профілактики захворювань. Впроваджено пропозиції автора механізмів громадського контролю та зворотного зв'язку з пацієнтами і профільними громадськими об'єднаннями у комунальних некомерційних підприємствах: «Центр первинної медичної допомоги» Богородчанської селищної ради № 36 від 10.01.2024 р.; «Галицький центр первинної медико-санітарної допомоги» Галицької міської ради Івано-Франківської області № 01-24/49 від 18.01.2024 р.; «Галицька



лікарня» Галицької міської ради Івано-Франківської області № 804/24/01 від 24 січня 2024 р.; комунальне підприємство «Городенківський некомерційний центр первинної медичної допомоги» Городенківської міської ради № 11343 від 26 грудня 2023 р.; «Городенківська багатoproфільна лікарня інтенсивного лікування» Городенківської міської ради № 5 від 04 січня 2024 р.; «Долинська багатoproфільна лікарня» Долинської міської ради № 1095.23/11/23 від 17.11.2023 р.; «Центр первинної медичної допомоги» Долинської районної ради Івано-Франківської області № 187.д-23-11 від 17.11.2023 р.; «Калуський міський центр первинної медико-санітарної допомоги Калуської міської ради» № 105 від 25 січня 2024 р.; «Калуська міська лікарня Калуської міської ради» № 138 від 29.01.2024 р.; «Центральна районна лікарня Калуської міської ради Івано-Франківської області» № 12 від 05 січня 2024 р.; «Івано-Франківський обласний клінічний кардіологічний центр Івано-Франківської обласної ради» № 1205 від 26.XII.2023 р.; «Коломийський районний центр первинної медико-санітарної допомоги Коломийської районної ради» № 1014 від 28.12.2023 р.; «Коломийська центральна районна лікарня» Коломийської міської ради № 1069 від 28 грудня 2023 р.; «Косівська центральна районна лікарня» Косівської міської ради Косівського району Івано-Франківської області № 1053 від 20.12.2023 р.; «Надвірнянський некомерційний центр первинної медичної допомоги» Надвірнянської міської ради № 58 від 11.01.24 р.; «Надвірнянська центральна районна лікарня» Надвірнянської міської ради № 91 від 12.01.2024 р.; «Івано-Франківська обласна дитяча клінічна лікарня Івано-Франківської обласної ради» № 1584 від 26.XII.2023 р.; «Івано-Франківський обласний перинатальний центр Івано-Франківської обласної ради» № 1513 від 28.12.2023 р.; «Івано-Франківський обласний клінічний центр паліативної допомоги Івано-Франківської обласної ради» № 01/74 від 17.01.2024 р.; «Рогатинський центр первинної медико-санітарної допомоги» № 1308 від 15.11.2023 р.; «Рогатинська центральна районна лікарня» № 11-13/161 від 27.05.2024 р.; «Снятинська багатoproфільна лікарня» Снятинської міської ради № 1095 від 27.11.2023 р.; «Снятинський центр первинної медико-санітарної допомоги» Снятинської міської ради № 2064 від 27.12.2023 р.;

«Центральна міська клінічна лікарня Івано-Франківської міської ради» № 2315 від 29.12.2023 р.;

– на третьому освітньому рівні (в закладах вищої освіти): впроваджені в закладах освіти Івано-Франківської області (шляхом застосування матеріалів дисертації у викладанні курсів з напрямку управління охороною здоров'я), зокрема: довідка про впровадження № 01-23/148 від 28.05.2024 р. про впровадження результатів дисертаційного дослідження шляхом використання матеріалів роботи при викладенні лекційного та практичного курсу магістрам зі спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування» у «Прикарпатському національному університеті імені Василя Стефаника; довідка № 01/1772 від 29.05.2024 р. про впровадження результатів дисертаційного дослідження шляхом використання матеріалів роботи в лекційних та практичних матеріалах здобувачам другого рівня вищої освіти, а також – слухачів курсів безперервного професійного розвитку у Івано-Франківському національному медичному університеті; довідка № 46-10-25 від 29.05.2024 р. про впровадження результатів дисертаційного дослідження шляхом використання матеріалів роботи в лекційних, семінарських матеріалах різних дисциплін у Івано-Франківському національному технічному університеті нафти і газу, автором розроблено тренінг в рамках викладання на програмі 281 «Публічне управління та адміністрування» на тему «Реформування управління медициною на рівні області», де викладені пропозиції наведені в дисертації щодо розвитку госпітальних округів.

**Особистий внесок здобувача.** Ідея, розробки, положення, висновки та наукові результати отримані безпосередньо автором. Дисертаційне дослідження виконано автором самостійно та містить актуалізовані висновки. Пропозиції і рекомендації дисертаційної роботи відповідають її змісту й впливають із отриманих результатів теоретичних і практико-прикладних наукових досліджень. У дисертаційному дослідженні не використовувалися матеріали кандидатської дисертації автора.

**Апробація результатів дисертації.** Основні положення і результати дисертаційного дослідження розглянуто та схвалено на міжнародних та всеукраїнських науково-практичних конференціях, серед яких, зокрема: Міжнародна наукова конференція «Наукове забезпечення технологічного прогресу XXI сторіччя»

(м. Чернівці, 1 травня 2020 р.); Міжнародна науково-практична конференція «Здоров'я людини у сучасному світі: питання медичної науки та практики» (м. Одеса, 15-16 травня 2020 р.); міжнародна науково - практична конференція «Медична наука та практика на сучасному історичному етапі» (м. Київ, 1–2 травня 2020 р.); Міжнародна науково-практична конференція «Перспективи розвитку сучасної науки та освіти, (м. Львів, 15-16 червня 2020 р.); Міжнародна науково-практична конференція «Теоретичні та практичні аспекти розвитку сучасної медицини» (м.Львів, 26-27 червня 2020 р.); Міжнародна науково-практична конференція «Медичні науки: напрямки та тенденції розвитку в Україні та світі» (м. Одеса, 19-20 червня 2020 р.); Міжнародна науково-практична конференція «Сучасні аспекти модернізації науки в Україні: стан, проблеми, тенденції розвитку» (м. Київ, 07 жовтня 2020 р.); Міжнародна науково-практична конференція «Нові тенденції та невирішені питання профілактичної та клінічної медицини» (м. Люблін, Республіка Польща, 25-26 вересня 2020 р.); Міжнародна науково-практична конференція «Сучасні аспекти модернізації науки в Україні: стан, проблеми, тенденції розвитку» (м. Київ, 07 вересня 2020 р.); Другий міжнародний україно - німецький симпозіум з громадського здоров'я «Громадське здоров'я в соціальному і освітньому просторі - виклики в умовах реформування та перспективи розвитку» (м. Тернопіль, 22-24 вересня 2020 р.); Міжнародна науково-практична конференція «Сучасні аспекти модернізації науки в Україні: стан, проблеми, тенденції розвитку» (м. Київ, 07 листопада 2020 р.); Міжнародна науково – практична конференція «Охорона та захист здоров'я людини в умовах сьогодення» (м. Київ, 6-7 листопада 2020 р.); Науково-практична конференція «Взаємодія закладів охорони здоров'я в межах госпітального округу: актуальні питання та інноваційні аспекти» (м. Київ, 9 грудня 2021 р.); XI Міжнародна науково-практична конференція «Актуальні проблеми теорії і практики менеджменту в контексті євроінтеграції» (м. Київ, 12 травня 2022 р.).

**Публікації.** За темою дисертації опубліковано 37 наукових праць, з них 4 статей у періодичних виданнях, що входять до міжнародної наукометричної бази даних Scopus, 16 статей у наукових фахових виданнях України, 1 стаття, опублікована у виданнях країн ЄС, 5 монографій, 11 тез доповідей науково-практичних конференцій.

**Обсяг і структура дисертації.** Структура дисертації зумовлена її метою, поставленими завданнями, логікою проведення дослідження. Дисертація викладена на 476 сторінках друкованого тексту, з них обсяг основного тексту 360 сторінок; містить 31 таблицю, 59 рисунків, 13 додатків. Текст складається із вступу, п'яти розділів, висновків, списку використаних джерел. Список використаних джерел включає 414 найменувань.

## РОЗДІЛ 1

# ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ МЕХАНІЗМУ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ГОСПІТАЛЬНИМ ОКРУГОМ ЧЕРЕЗ ЕФЕКТИВНУ СИСТЕМУ ВЗАЄМОДІЇ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

### 1.1. Стан наукової розробки проблематики реформування системи охорони здоров'я та державного управління госпітальним округом

Проведена реформа у сфері охорони здоров'я привела до появи нових структурних підрозділів та організацій, проте питання реалізації державного управління залишаються значною мірою не врегульоване та має значну кількість прогалин. Одним з таких об'єктів державного управління є госпітальний округ.

Акцентуючи увагу на питанні об'єкту адміністрування слід відзначити, що у значній кількості досліджень у юридичній сфері та у галузі державного управління охорони здоров'я розглядається об'єкт державного управління чи об'єкт адміністрування. Зазначений підхід відзначається у працях науковців у сфері державне управління [129 с. 10]. Зазначається, що управління орієнтоване на організацію функціонування об'єктів охорони здоров'я, а не охорона здоров'я вважається об'єктом управління. Відносно об'єктів державного управління сферою охорони здоров'я, то їх розподіляють на матеріальні та нематеріальні. До матеріальних відносять безпосередньо заклади охорони здоров'я, медичний персонал, ліки та лікарські засоби, у тому числі фінансові ресурси, що витрачаються для надання якісних медичних послуг у державних медичних закладах. До нематеріальних – службові взаємини, відносини між пацієнтом та медичним працівником, професійний рівень медичного персоналу тощо [73, с. 89].

Теоретико-практичні та методологічні дослідження механізмів державного управління вивчаються у працях: Авер'янов В. Б. [1; 2], Андрієнко М. [10], Атаманчук Г., Белобров Б., Буткевич О., Геєць В., Дунаєв І., Козбаненко В.,

Петровський П. [12], Бакуменко В. Д., Башкатов В. М., Попов С. А. [15; 16], Баштанник В. В. [21], Ганцюк Т. [42], Гончарук О. Б., Савичук Н. О. [50], Дегтяр А. О., Бублій М. П. [70], Домбровська С. М. [77], Древаль Ю. Д. [80], Кравченко С. О. [118], Круглов М. П. [125], Мельниченко О. А. [144], Оболенський О. Ю., Королюк Ю. Г. [168], Обушна Н. І. [169], Павлюк Н. В. [176], Приходченко Л. Л. [192; 193], Приходько В. П. [194], Радченко О. В. [271], Рудніцька Р. М., Сидорчук О. Г. [280], Ткачова О. К. [338], Федорчак О. В. [348; 349] та інші. Автори розглядають особливості функціонування, типологію механізмів управлінських процесів у різних галузях суспільних відносин за їх функціональним призначенням, разом із тим не акцентують на механізмах управління охороною здоров'я.

Вивченню особливостей та проблематики державного управління в галузі охорони здоров'я присвячені дисертаційні роботи, монографії, наукові публікації: Авраменко Н. В. [6], Авраменко Т. П. [7], Балуєва О. В. [17], Вівсяник О. М. [38], Галацан О. В. [39], Грабовський В. А., Клименко П. М. [53], Долгих М. В. [73; 74], Долот В. Д. [75], Долотенко Є. В. [76], Зима І. Я. [94], Карамішев Д. В., Удовиченко Н. М., Вашев О. Є., Немченко А. С., Волос Б. О. [103–106], Клюзко В. М. [110], Криничко Л. Р. [123], Кринична І. [124], Кульгінський Є. [128], Надюк З. О. [160], Радиш Я. Ф., Поживілова О. В. [268; 269], Рогова О. Г. [275], Рудакова Л. О., Михальчук В. М. [279], Сазонець І. Л., Вівсянник О. М. [282], Сенюк Ю. І., Скрипник, О. А. [289; 290], Солоненко І. М. [294], Ткачова Н. М. [337], Фуртак І. І. [351], Худоба О. [352–355], Чернецький В. [356; 357], Шевцов В. Г. [359], Юнгер В. І. [364], Яремко І. І. [368] та інших вчених.

Дослідження питань державного управління госпітальними округами здійснили Білорусов С. [25], Боковинова Ю. В. [26], Гальцова О. Л. [40], Гамбург Л. [41], Беланюк М. В., Радзієвська О. Г., Маньгора Т. В. [22], Горбатюк С. Є. [51], Довженко В. А., Симоненко Л. І., Іванюк О. В. [72], Ігнат'єва Г. [97], Косовська Л. В., Кирич Н. Б. [116], Криничко Л., Мотайло О. [121; 122], Лейберюк О. М. [130], Лемішко Б. Б., Грицко Р. Ю. [131], Медяник Д. І., Липчанський В. О. [142], Михальчук В. М. [150], Самофалов Д. О. [283], Сіделковський О. Л. [288], Слабкий Г. О., Шевченко М. В., Зозуля А. І. [291], Толстанов О. К., Михальчук В. М., Гбур З. В., Щіріна К. В.

[229], Юристовська Н. Я. [365], Ярмоленко О., Юровський В. [370] та інші дослідники.

Дослідження питань, пов'язаних з функціонуванням різних підходів до управління охороною здоров'я та соціальним захистом, вбачаються основним напрямком роботи наступних провідних зарубіжних науковців, як: Андруліс Д. П., Акафф К. Л., Вайс К. Б., Андерсон Р. Дж. [371], Інглиш М., Ланата К. Ф., Нгугі І., Сміт П. [382], Франк К., П'єр А. [383], Джонс Р. [388], Маннеллі С. [395], Ніколс К. М. та ін. [396], Свартс А. [412].

Коло окреслених питань знаходить науковий відгук у зарубіжних вчених, котрі досліджували проблематику державного управління ринками послуг в галузі медицини: Апіпалакул К., Буфан П., Нганг Т. К. [373], Купер І. Д., Гуго Ж. Ф. [375], Гохіл Д. П., Гохіл К. [384], Хан Х., Хан М. Ф., Наїм Ф. [389], Кунц Л., Шолтес С., Віра А. [390], Осей Д., д'Алмейда С., Джордж М. О., Кірігія Дж. М., Менса А. О., Кайнью Л. Х. [399], Равагі Х., Алідуст С., Менніон Р., Белоржо В. Д. [402], Речел Б., Райт С., Барлоу Дж., Маккі М. [403], Рослан Джохарі М. Г. [404], Чжен Ю., Юйцин З., Менпін З., Цзюнь Л. [414] та інших.

Державне управління в галузі медицини позиціонується як діяльність, спрямована на забезпечення інтересів та прав фізичних і юридичних осіб, у тому числі відповідних державних інституцій, що приймають управлінські рішення та забезпечують адміністративних послуг: сертифікацію та перевірку; державну реєстрацію лікарських засобів, регулювання вартості медичних засобів, а також реєстрація цін на придбаваються за кошти державного та місцевого бюджетів [166].

Білинська М. М. пропонує наступне тлумачення поняття «управління в медичній сфері» - це сукупність державних рішень і зобов'язань, спрямованих на збереження генофонду і людського потенціалу населення України, підтримання та укріплення психічного та фізичного здоров'я населення, що слугує основою його соціального благополуччя. У контексті бачення науковця, управління в медичній сфері являє собою комплекс державних рішень та зобов'язань, спрямованих на врахування наступних вимог [372].

Теоретично-методологічним основам дослідження медичної галузі слугують вектором наукових розвідок Жалінської І. В. [87], Мельниченко О. А. [143], Кланца А. І. [109] та ін., які обговорювали особливості реалізації державної політики у цій сфері.

Гладун З. С. характеризує державне управління та державне регулювання в медичній галузі у контексті окремих різновидів державно-управлінської діяльності, що спрямована на здійснення безпосереднього управлінського впливу на об'єкти управління із застосуванням адміністративно-владних повноважень та методів, що містять директивні розпорядження, що є обов'язковими до виконання, при цьому інша обумовлює тільки визначення певних обмежень діяльності об'єктів, в межах яких вони здатні вільно функціонувати [47]. Вчений виступав за інституційну підтримку та необхідність трансформації системи охорони здоров'я, що є показником успіху трансформацій [46].

Мотайло О. В. характеризує інституційну обумовленість як сукупність понять, правил і механізмів, що визначають, орієнтують і контролюють процедуру організації та проведення трансформаційних змін [159].

Відповідно поява нового підходу до публічного управління сприяє формуванню точки зору суспільства до управління охороною здоров'я через призму нових соціальних зв'язків.

Карамішев Д. В. і Удовиченко Н. М. досліджували питання державного регулювання медичної сфери крізь призму діючих нормативно-правових актів [105]. Солоненко І. М., Божук Б. С. та Сабліна Л. В. обґрунтували принципи та механізми передачі повноважень у контексті управління місцевого ресурсного забезпечення медичної галузі, виділили особливості досягнення співвідношення балансу між суспільними та приватними інтересами [293].

Авраменко Н. В. [7] та Григорович В. Р. [54] акцентували увагу на вивченні проблематичних аспектів функціонування механізмів державного управління сфери медицини.

Стратегія державного управління сферою медицини вміщує низку заходів і механізмів (стратегічне планування, фінансове забезпечення, моніторинг та оцінка,



забезпечення якості та стандартизація, освіта та підготовка кадрів, міжнародне співробітництво, управління кризовими ситуаціями), спрямованих на розвиток медичної галузі, гарантій її стабільного та сталого зростання.

Державне управління реалізується через комплекс механізмів, що охоплюють основні напрямки функціонування медичної галузі й дозволяють сформувати цілісне уявлення про змістовне наповнення. Це відображається у тому, що при формулюванні визначення поняття «механізму державного управління в галузі охорони здоров'я» науковці використовують системний підхід (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

**Підходи до дефініції сутності «механізму державного управління в галузі охорони здоров'я»\***

№ п/п	Автор	Зміст дефініції
1	Сербин А. [285]	Система принципів, цілей та методів правового, адміністративного, економіко-соціального та мотиваційного змісту, котрі реалізуються за посередництвом держави шляхом досконалого набору цільового інструментарію та володіють векторністю щодо гарантування динамічного й результативного поступу галузі медицини
2	Базарна О. [14]	Комплекс зацікавлених об'єктів та сторін взаємодії в системі публічного управління, котрі реалізують систему взаємодопомоги для максимального задоволення актуальних вимог суспільства, надаючи якісні послуги шляхом використання правових, організаційно-економічних, інформаційних методів, важелів, інструментів та заходів заходів, а також стимулів впливу
3	Карлаш В. [107]	Комплекс впливових мір політичного, організаційно-економічного, мотиваційного, ресурсно-кадрового, правового, інформаційно-довідкового, інноваційно-логістичного, фінансового чинників державного впливу держави на функціонування суб'єктів послуг медичної сфери з метою ефективної реалізації доступних та якісних медичних послуг, що сприяє інтенсифікації рівня стійкості до впливів чинників зовнішнього середовища
4	Ісаєнко І. [101]	Демократична формація впливу державно-управлінського контексту на процес перебігу низки соціальних процесів, що забезпечують належне функціонування системи реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я
5	Надюк З. [160]	Комплекс процесів та станів реалізації комплексного державного впливу за посередництвом застосування соціально-економічних, політичних, організаційних і правових засобів, практичних стимулів, важелів та заходів на суб'єкти національної медичної системи

\*Джерело: власна розробка автора

Вітчизняні дослідники вважають, що характерною рисою сучасної парадигми соціальної держави є те, що вона базується на принципі орієнтації адміністративного

порядку денного уряду на людей, їхній добробут, безпеку та розвиток, що визначає рівень соціальної ефективності реалізації регулятивних функцій держави [105, с. 129]. Водночас, реформування існуючої системи охорони здоров'я, в тому числі мережі госпітальних округів, таким чином, щоб максимізувати соціальні вигоди для населення, можливе лише за умови дотримання наступних теоретико-методологічних принципів.

Узагальнюючи погляди дослідників, науково обґрунтованими та законодавчо визначеними принципами медичного сектору є:

- принцип рівного доступу населення до медичної допомоги. Це означає, що система медицини має реалізовуватись на базисі основних людських цінностей, притаманних соціальній державі [105, с. 129];

- принципи демократизації державного управління в реформі охорони здоров'я [60, с. 211];

- принципи законодавчо встановленого порядку надання медичних послуг та правового статусу пацієнтів [362, с. 23];

- принцип рівноправності громадян у доступі до медичної допомоги [171, ст. 4];

- принцип оновлення та реформування сфери надання медичних послуг [356, с. 279];

- принцип збереження профілактичного підходу в медичному обслуговуванні населення, що визначає сферу охорони здоров'я як комплексне, багатокomпонентне та соціально орієнтоване середовище [171, ст. 4];

- принцип гуманістичної спрямованості медичної системи, пріоритетності загальнолюдських потреб та інтересів над класовими чи національними [171, ст. 4].

Визначення рівня соціальної ефективності населення через створення цілісної системи госпітальних округів в Україні є темою, яка добре вивчена сучасними науковцями. Зокрема, соціальне значення реформування системи охорони здоров'я в процесі децентралізації та створення госпітальних округів розкрито вітчизняними економістами. З-поміж них варто зосередитись на напрацюваннях Д. Карамішева, Н. Удовиченко [105], М. Білинської [60], О. Суц [334], М. Щирби [362],

В. Чернецького [356], К. Дейниховської [56].

Загалом, актуальність тематики пов'язана із прагненням науковців розробити концептуальні засади управління охороною здоров'я та бажанням органів державної влади оптимізувати соціально-економічну ситуацію на рівні об'єднаних територіальних громад (далі - ОТГ).

У зв'язку з цим, сучасні дослідники працюють над формуванням оптимізованих управлінських моделей у галузі охорони здоров'я, що містять у підґрунті результати теоретико-аналітичних, статистичних та методологічних досліджень, розширеної аналітики.

Дефініцію соціальної ефективності моделей державного та муніципального управління характеризується з точки зору економічних та правових категорій. Зокрема, Суц О. П. [334] переконує, що концепт соціального ефекту являє собою якісну характеристику, яка характеризує результати діяльності у порівнянні з отриманими вигодами [334, с. 110]. Тому соціальні ефекти не можуть існувати без матеріальних чи інших нематеріальних вигод від реалізації заходів реформування. Цей вислів часто використовується для детермінування політичної, соціально-економічної та інших сфер суспільної життєдіяльності.

У контексті дослідження обґрунтування реформи охорони здоров'я досягнення соціальної ефективності означає надання додаткових переваг населенню через трансформацію підходу до послуг з охорони здоров'я.

Автор С. Назарко ідентифікує наступні компоненти ефективності функціонування медичних закладів, зокрема – економічний ефект, який полягає в наданні медичної допомоги з оптимальним використанням ресурсів та мінімізацією непотрібних витрат; медична ефективність, що означає здатність максимально задовольняти потреби пацієнтів через надання повного спектру якісних медичних послуг; адміністративна ефективність, яка включає ефективне управління адміністративними, фінансовими, кадровими, інформаційними та комунікаційними процесами в установі та її підрозділах [163].

Аналізуючи запропоновані Назарком С. О. компоненти ефективності функціонування медичних закладів, слід зазначити, що ці пропозиції є цілком

обґрунтованими, але їх складно реалізувати у практичному полі, щоб зробити конкретні висновки про ефективність роботи лікарень. Наприклад, не зрозуміло, як визначити максимальне задоволення потреб пацієнтів у якісних медичних послугах, оскільки таких показників немає в офіційній статистиці України, областей або районів. Тому варто запропонувати щорічне опитування пацієнтів центральних районних та інших медичних закладів щодо рівня задоволеності послугами з охорони здоров'я.

У контексті адміністративного ефекту, необхідно погодитися з пропозицією, однак слід враховувати, що центральні районні лікарні є комунальними установами та некомерційними організаціями [321].

Очевидно, що дефініція економічної ефективності повинна бути суттєво розширена в аспекті порівняння з визначенням С. Назарка [163]. Лікарняні заклади являють собою організації неприбуткового плану та функціонують на основі принципу безоплатних медичних послуг. Дійсно, централізовані лікарні працюють поза ринком послуг з охорони здоров'я. При цьому, вартість останніх ідентифікується у адміністративному порядку та отримує ресурсне бюджетування. Якість наданих послуг, при цьому, не чинить жодного впливу на всі аспекти.

Український дослідник Говорко О. також виокремлює медичну ефективність з-поміж компонентів ефективності функціонування організацій охорони здоров'я. На рівні медичних організацій та сектору охорони здоров'я аспекти ефективності детермінуються рядом конкретних показників: відсоток пролікованих пацієнтів, зниження хронічних захворювань, зниження захворюваності тощо [48, с. 93].

Варто підкреслити, що в рамках євроінтеграційного напрямку реформування національного соціально-економічного сектору значуща вага відводиться загальноєвропейським традиціям покращення якості соціальних послуг та підходам до трансформації медичної системи [56].

27 листопада 2019 року уряд затвердив новий механізм формування госпітальних округів, який включає екстрену та спеціалізовану медичну допомогу у частині госпіталізації. Відповідно до Постанови КМУ №1074 «Деякі питання створення госпітальних округів» від 27 листопада 2019 року, госпітальний округ

являє собою функціональне об'єднання медичних закладів на певній території, що забезпечує надання екстреної та спеціалізованої допомоги на госпітальному етапі [208].

Створення округів у довоєнний період передбачало, що для збереження функціональності округу як управлінської одиниці слід скоротити командно-адміністративну складову управління округом. Обов'язки керівного та апаратної служби мали виконуватися відповідно до контрактних та представницьких принципів. Власне, округ передбачалося створити за тим же правовим та організаційним механізмом, що й корпорація. Проте нинішня парадигма потребує зміни концептуальної моделі функціонування округів. Ситуації, що склалися, вимагають збереження і навіть посилення механізмів контролю, координації та ефективності реалізації прийнятих рішень.

У результаті округ має бути суто адміністративним і залежним від військово-цивільної адміністрації. Доцільно, щоб заклади, включені до складу округу, функціонували у схожих обставинах, що обумовлять використання спільних механізмів вирішення питань, таких як укомплектування персоналом, вирішення питань матеріально-технічного забезпечення, розподіл централізованих ресурсів та залучення іноземної допомоги. Округ розглядався як тимчасова управлінська команда, слугуючи відділом між військовою та цивільною адміністрацією [98].

Розміри, склад і розташування відрізняються від існуючих округів, критеріями формування будуть ступінь схожості проблем, викликаних наслідками агресії, стан матеріальної бази, кадрове становище, специфіка контингент користувачів послуг, стан інфраструктури, забудови та інші фактори. Нову організаційну форму доцільно визначити як окремий спеціальний округ (далі – ОСО).

Різні аспекти формування та розвитку госпітальних округів в Україні досліджували такі науковці: Булах І. В. (проаналізовано архітектурно-містобудівну структуру закладів вторинної медичної допомоги та визначено передумови для реорганізації мережі дитячих лікувальних закладів) [31; 374]; Русняк В. А. (надано медико-соціальне обґрунтування функціонально-організаційної моделі наукового супроводу реформи охорони здоров'я в контексті створення госпітальних округів як

результату реформування вторинної допомоги) [281]; Василевська Н. С. (розкрито особливості правового регулювання системи страхування з огляду на госпітальні округи) [35]; Бабінець Б. О., Богайчук В. Г., Ткач О. О., Боровик І. О., Матюк Л. М. (ідентифіковано проблеми медичної системи у контексті активної децентралізації, розвитку первинної медичної допомоги та створення госпітальних округів) [13]; Парій В. Д., Грищук С. М., Борис В. М. (розроблено критерії для оптимізації ліжкового фонду медичних закладів госпітального округу) [177]; Мамчин М. М., Фуртак І. І., Паробецька І. М. (досліджено організацію управління госпітальною допомогою та перспективи реформування цієї сфери) [137]; Скрипник О. П. (аналізував еволюцію державних управлінських рішень у галузі медичних реформ у аспекті створення госпітальних округів) [289]; Мартишин О. О. (виявлено проблеми функціонування госпітальних округів та запропоновано шляхи їх вирішення) [138]; Лейберюк О. М. (вивчено можливості використання геопросторового аналізу у впровадженні медичної реформи та досліджено транспортну доступність центрів госпітальних округів) [130]; Роцин Г. Г., Мазуренко О. В., Дорош В. М., Пагава О. З., Іванов В. І. (розглянуто реформування системи екстреної допомоги на ранньому госпітальному етапі) [278].

Згідно з існуючими трактуваннями, визначення «госпітального округу» має функціональне навантаження, таке як інтеграція медичних закладів, реалізація послуг спеціалізованої медичної допомоги, чітка ідентифікація територіально-споживчих критеріїв.

Необхідно зауважити, що дефініція госпітального округу розглядається не як окремий організаційно-правовий рівень організації виконавчої влади, окрема юридична особа чи суб'єкт господарювання. Оскільки суб'єктами зазначеної формації позиціонуються медичні заклади та фізичні особи – підприємці, які зареєстровані згідно з законодавчими вимогами та мають ліцензійний дозвіл на здійснення господарської діяльності у медичній сфері, що надає медичне обслуговування територіально прив'язаного населення [68; 208]. Відповідно, госпітальний округ є структурованою на певній території мережею лікарняних установ, в рамках якої задіяна необхідна кількість персоналу згідно фаху, що має

відповідне посаді раціональне навантаження, та використовує сучасне медичне обладнання.

Законодавством пропонується дефініція «госпітального округу» як об'єднання спеціалізованих закладів з охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які ведуть ліцензовану медичну діяльність щодо обслуговування населення з питань охорони здоров'я міста чи села. У рамках такої формації ідентифікуються опорні медичні заклади [171]. Водночас, Постановою КМУ «Деякі питання створення госпітальних округів» дефініція госпітального округу пропонується як функціональне об'єднання закладів з охорони здоров'я, що знаходяться на певній території та надають необхідну вторинну (спеціалізовану) і екстрену медичну допомогу [208].

Очевидно, що поняття госпітального округу слід розуміти як інтеграцію лікарень в систему, що забезпечує доступність медичних послуг з урахуванням кількості населення, існуючої мережі медичних установ та транспортної інфраструктури [324]. Це також включає добровільне об'єднання громад в синергізований регіональний простір охорони здоров'я, який складається з технологічно пов'язаних, але юридично та фінансово автономних лікарень, що розташовані по всій території області чи її частині, залежно від її розміру, щільності населення та інфраструктури, для підвищення якості послуг з охорони здоров'я.

Створення госпітальних округів спрямоване на забезпечення пацієнтів своєчасним доступом до медичних послуг із максимальним рівнем якості, водночас раціонально використовуючи державні ресурси. Для реалізації цієї мети уряд затвердив план на три роки, відповідно до якого планується створення мережу опорних лікарень, що гарантуватимуть пацієнтам повноцінну та своєчасну медичну допомогу [221].

Згідно із Постановою КМУ, створення госпітальних округів має базуватися на певних принципах (рис. 1.1). Також важливо зазначити, що, як підкреслюється в Постанові КМУ №1074, госпітальний округ не є окремою організаційно-правовою одиницею виконавчої влади, юридичною особою або суб'єктом господарювання [208].

Склад госпітального округу формується з органів, які мають повноваження

керувати державними та комунальними закладами охорони здоров'я, а також, за згодою, можуть включати приватні медичні установи, що надають екстрену та вторинну допомогу, а також здійснюють госпіталізацію, в межах усіх адміністративно-територіальних одиниць України.

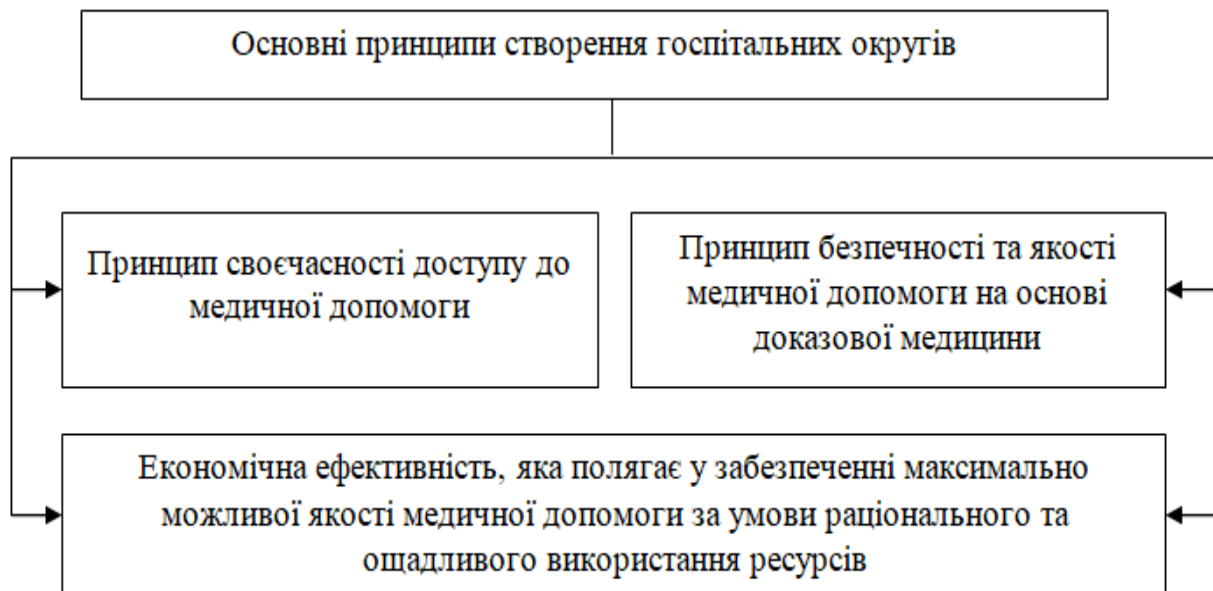


Рис. 1.1. Принципи створення госпітальних округів\*

\*Джерело: [208]

Перелік госпітальних округів затверджується Кабміном через прийняття відповідного розпорядження. Центр госпітального округу визначається у населеному пункті, який географічно найближчий до центру округу і має багатопрофільну лікарню інтенсивного лікування другого рівня. Кількість населення цього населеного пункту повинна перевищувати 40 тисяч осіб.

Для забезпечення ефективного управління госпітальним округом, розв'язання його проблем, розробки пропозицій щодо покращення функціонування та планування перспективного розвитку, при обласних державних адміністраціях створюються госпітальні ради.

Кількісне наповнення членства визначається кількістю адміністративно-територіальних одиниць та чисельності населення госпітального округу. Діяльність госпітальних рад має ґрунтуватися на основі концептів відкритості, прозорості та колегіальності, а також рівноправності членів.



На додаток до вищезазначених функцій, госпітальні ради та місцеві адміністративні органи зобов'язані готувати та ухвалювати плани розвитку госпітальних округів на наступний період. Елементи типової структури представлені на рис. 1.2.

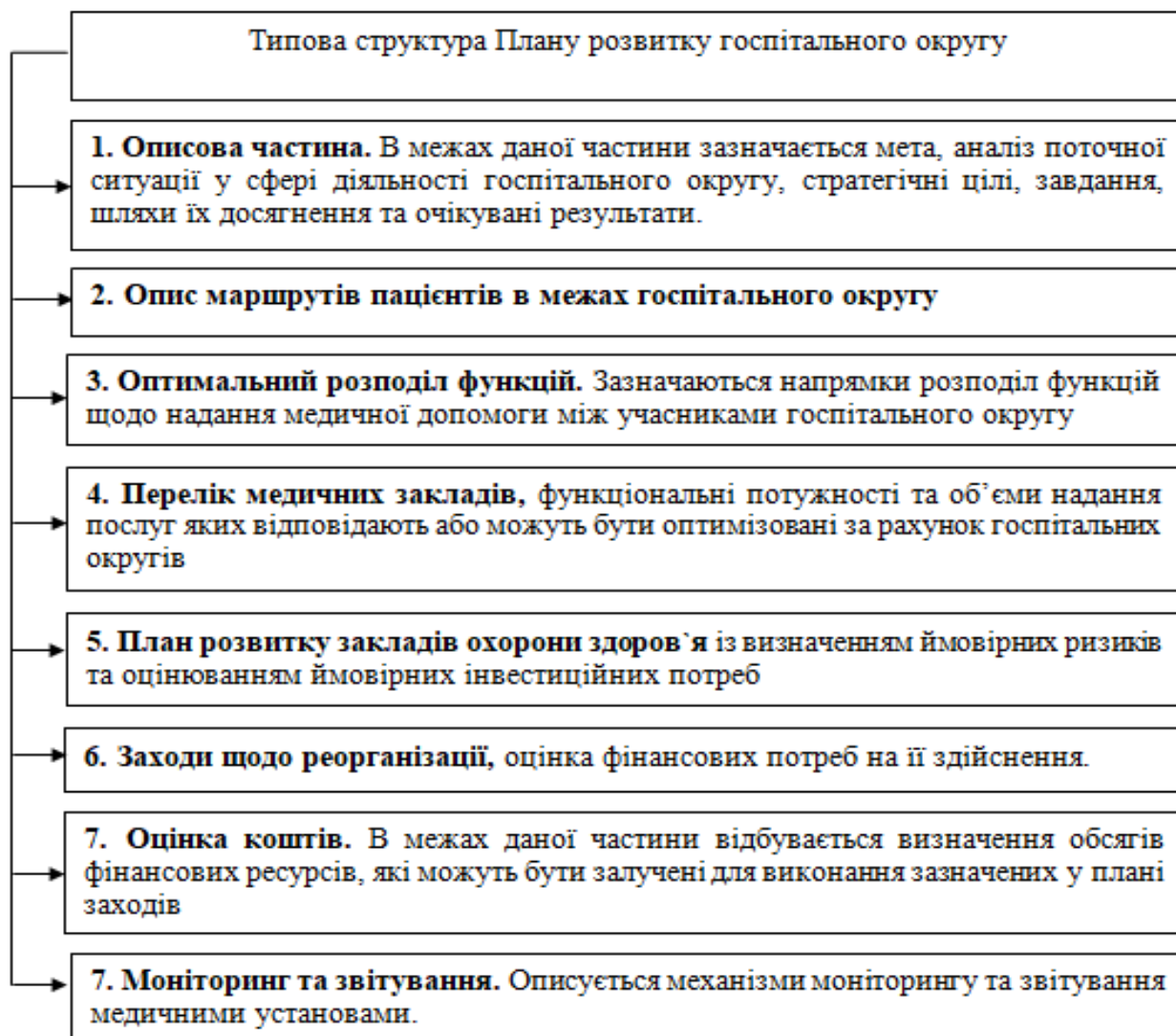


Рис. 1.2. Складові Плану розширення госпітального округу\*

\*Джерело: [208]

Як видно з наведеного, розробка стратегії розвитку формації госпітального округу є багатокомпонентним процесом, який потребує участі висококваліфікованих фахівців. Підсумовуючи, можна зазначити, що медична реформа поступово набирає обертів, і створення госпітальних округів є ключовим елементом цього процесу.

Основною метою формування госпітальних округів є об'єднання медичних установ у рамках певної території для покращення якості їх послуг, збільшення фінансування.

## **1.2. Сутність та структура комплексного механізму державного управління госпітальним округом сфери охорони здоров'я**

Сьогодні, механізми публічного управління госпітальними округами у медичній галузі володіють все більшою значущістю. Дефініція «механізму управління» активно застосовується у науковій спільноті, водночас механізм управління детермінується як складова частина системи управління.

У наукових розвідках Радиш Я., Кошова С., Михальчук В. трактують управлінські механізми на рівні держави в медичній сфері, аналізуючи їх як фундамент для створення та розвитку єдиного медичного простору. При цьому успішність медичної допомоги обумовлена рівнем організаційних заходів, покращеної структури медичних підрозділів, якості технічного забезпечення, а також дієздатності та стабільності управлінських процесів, що підкреслюють ключові аспекти системи організації госпітального округу [83]. Група вчених трактує систему державного управління у контексті створення єдиного медичного простору, розглядаючи її не тільки як окрему правову галузь, а й як складний структурний термін з функціональним підходом. Відповідно до розробленої концепції, зазначена система об'єднує групу нормативно-правових вимог, що регулюють діяльність, спрямовану на відновлення, захист та покращення стану здоров'ю населення. Згідно їхнього підходу, створення єдиного медичного простору є одним із фундаментальних кроків для внутрішньої перебудови системи охорони здоров'я, з метою ефективного впровадження політики в галузі загалом та в госпітальному окрузі зокрема [117].

Гвазава Н. виділяє специфічні механізми державного управління, механізми реалізації процесу публічного управління, а також механізми створення та взаємодії

складових систем публічного управління. На думку автора, конкретні механізми публічного управління є важливим інструментарієм для реалізації векторних трансформацій, позиціонуючись системою методів, способів, важелів та засобів, за посередництвом яких здійснюється практичний вплив для досягнення визначеної мети [45, с. 28].

Основною метою механізму державного управління госпітального округу є забезпечення оптимальних умов для задоволення потреб сучасної людини у високоорганізованому лікуванні з урахуванням прояву медичного потенціалу в сфері охорони здоров'я, а також сприяння комплексному розвитку конкретної території через призму міжсекторального співробітництва.

Тому доцільно гарантувати ефективний соціальний ефект від впровадження різних функцій госпітального округу (забезпечення якісного комплексного медичного обслуговування населення; організація доставки пацієнтів до інших медичних закладів, що знаходяться за межами округів; забезпечення закладів необхідними ліками та лікарськими засобами; підготовка проектної документації щодо відновлення матеріальної бази медичних закладів, знищеної та / або пошкодженої у зв'язку із вторгненням російської федерації; розробка пропозицій щодо впровадження інвестиційних та інноваційних проектів розвитку медичного обслуговування; координація роботи закладів охорони здоров'я; проведення заходів із залучення медичного персоналу з інших регіонів та із-за кордону), мінімізувати (повністю або частково) існуючі ризики, зумовлені функціонуванням госпітального округу, та вплив зовнішніх чинників на розвиток медичної сфери задля забезпечення необхідних передумов оптимізації розвитку галузі.

Очевидно, що дефініція «комплексного механізму державного управління госпітальним округом» – це складна комплексна система впливу суб'єктів управління (органів влади у медичній галузі) на об'єкти управління (госпітальні округи, лікарні, поліклінічні заклади) із залученням громадського сектору (суб'єктів впливу), що реалізується через систему механізмів: нормативно-правового, організаційно-управлінського, фінансово-економічного, інформаційно-комунікаційного та відповідного інструментарію щодо забезпечення якості медичних послуг та їх

доступності для різних верств населення, і спрямований на реалізацію ключової мети – розвитку та реформування національної медичної системи та підвищення якості життєдіяльності суспільства (рис. 1.3.). Системний механізм державного управління госпітальним округом може включати такі складові:

1. Цілі та завдання (включає формулювання місії, бачення та конкретних цілей розвитку госпітального округу).

2. Відповідно до сучасних реалій, основними завданнями організації госпітальних округів у галузі медицини є забезпечення населення якісною та безоплатною медичною допомогою, гарантованою державою, оптимізація медичних закладів, забезпечення новітніми медичними технологіями, покращення організації та управління госпітальним округом, підвищення кваліфікації медичного персоналу, оновлення правової системи відповідно до сучасних вимог, створення конкурентного середовища на медичному ринку, адаптація існуючої медичної системи до новітніх вимог.

3. Організаційна структура (формування та функціонування управлінської формації, що несе відповідальність за практичну реалізацію політики у медичній сфері та виконання функцій госпітального округу).

4. Нормативно-правове підґрунтя (прийняття та впровадження необхідних актів у правовому полі).

5. Стратегічне планування.

6. Ресурсне забезпечення.

7. Управління людськими ресурсами.

8. Інформаційне забезпечення.

9. Моніторинг та оцінка.

Плужнікова Т. та Краснова О. зазначають, що першочерговими компонентами механізму регулювання медичної галузі є суб'єкт, мета, завдання, принципи та засоби реалізації [119]. Суб'єктами такого регулювання є держава, органи місцевого самоврядування, законодавчі органи, органи управління, судові органи, громадські установи та політичні організації. У контексті стратегії управління округами державою визначаються цілі, завдання, напрями та принципи державної політики,

регулюється обсяг бюджету та розробляє інші системи регулювання. Всі медичні заклади, при цьому, підналежні процесам регулювання.

Нормативно-правове підґрунтя зазначеного процесу являє собою систему законодавчого регулювання функціонування та роботи госпітального округу, і включає у себе закони, стратегії та програми. У основі цього механізму лежить поєднання різноманітних правових методів, інструментів та прийомів, які оптимізують нормативність права для забезпечення організованості суспільних відносин, задовольняють інтереси суб'єктів права та забезпечують правопорядок. Важливими компонентами цього механізму є впровадження ключових положень законодавчих актів, обробка цих положень з урахуванням інтересів всіх сторін, прийняття та застосування законодавчих актів, пошук недоліків та можливостей для коригування та внесення змін у нормативно-правові акти.

Метою та завданням нормативно-правового підмеханізму державного управління госпітальним округом у сфері охорони здоров'я є:

1. Підвищення конкурентоспроможності госпітальних округів передбачає удосконалення нормативно-правової бази. Важливим кроком є введення європейських стандартів для забезпечення відповідності національної медичної галузі міжнародним вимогам. Також важливим є прийняття нормативно-правових актів, спрямованих на лібералізацію медичного ринку та встановлення недискримінаційної відкритої конкуренції.

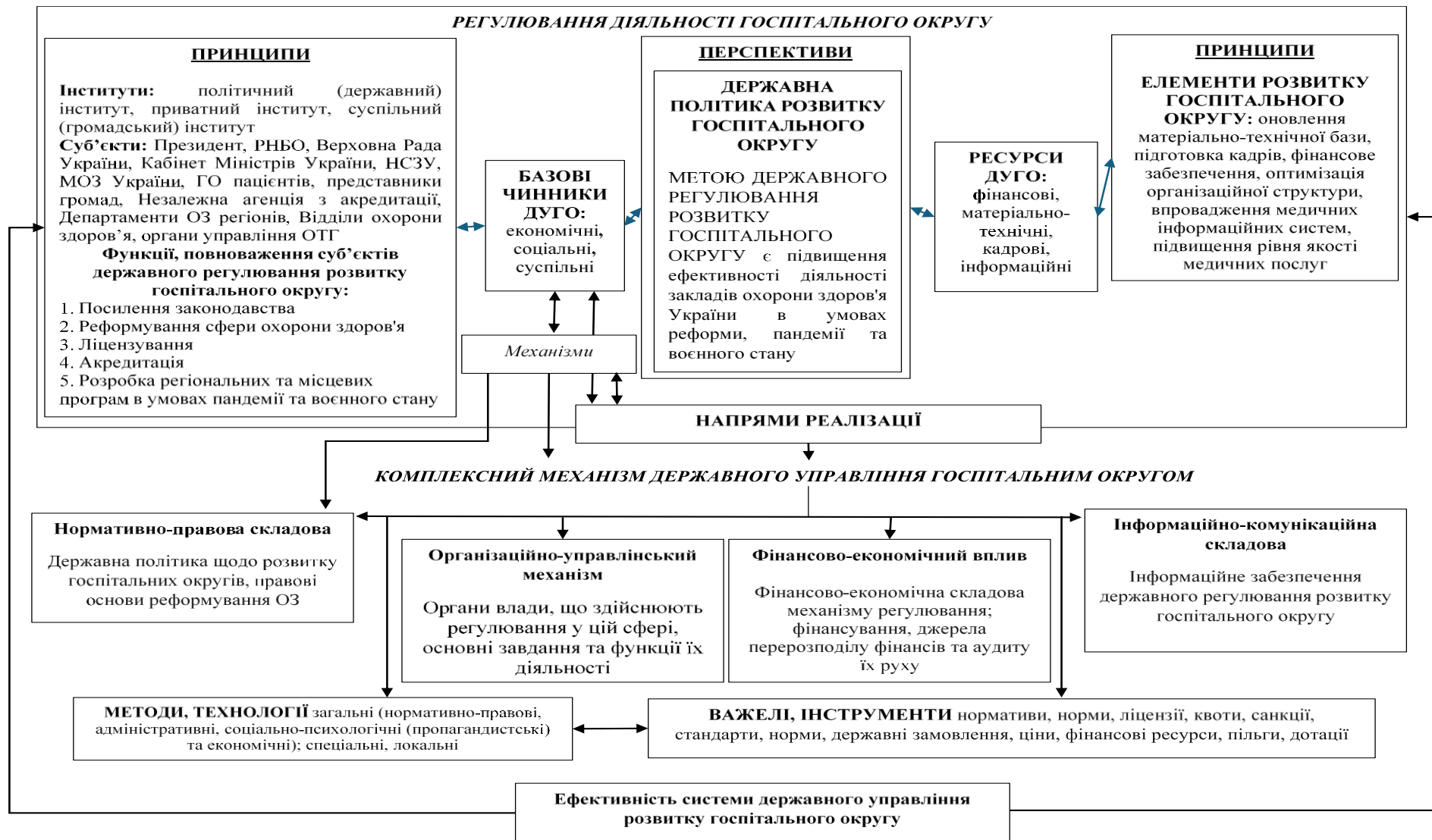


Рис. 1.3. Комплексний механізм державного управління госпітальним округом\*

\*Примітки: ДРРГО – державне регулювання розвитку госпітального округу

2. Залучення глобальних інвестиційних проєкти реалізовується у процесі виконання наступних завдань: законодавче удосконалення механізму державно-приватного партнерства для реалізації проєктів розбудови інфраструктури госпітального округу; оптимізація механізмів економічного та правового поля, що має на меті локалізацію найбільш перспективних інновацій та технологічних напрацювань у галузі медицини.

У системі правових засад формування і реалізації публічного управління госпітальним округом вбачається за доцільне виокремити чотири взаємопов'язаних блоки:

Блок I. Міжнародні акти (директиви, угоди тощо) та положення Конституції України.

Блок II. Нормативні акти, які є концептуально-правовою основою забезпечення публічного управління госпітальним округом медичної сфери (зокрема, програми та галузеві стратегії), як пріоритетного перспективного вектору розвитку медицини в Україні.

Блок III. Закони та підзаконні акти України, які складаються із чотирьох груп, а саме: законів та підзаконних актів загального спрямування; законів та підзаконних актів щодо госпітального округу; підзаконних актів, що безпосередньо стосуються охорони здоров'я; підзаконних актів, що опосередковано стосуються охорони здоров'я.

Блок IV. Нормативно-правові акти, що стосуються реалізації публічного управління госпітальним округом медичної сфери.

Правові акти, спрямовані на регулювання госпітальним округом, можуть бути загальнообов'язковими, застосовуючи методи примусу (інструкції, норми), або добровільними (угоди, пакти, меморандуми).

Правовий механізм тісно пов'язаний з реалізацією державної стратегії розвитку медичної галузі та гарантіями сталого контексту розвитку цієї сфери. Він відіграє ключову роль у створенні правового середовища, в якому функціонують усі суб'єкти

госпітального округу, і забезпечує регулювання їх діяльності задля реалізації першочергових цілей, детермінованих державною політикою.

Ключове значення в контексті державного управління має також організаційно-управлінський підмеханізм державного управління, що визначається як сукупність різноманітних організаційних структур в управлінській системі, зосереджених на процесах управління в інтересах державної влади, ефективного функціонування державно-управлінської системи тощо. Основне завдання організаційних компонентів системи механізмів публічної управління – це формування та розвиток організаційного потенціалу суб'єктів управління як частини системи управління.

Організаційно-управлінський підмеханізм державного управління полягає у розвитку системи державного регулювання госпітального округу медичної сфери, за посередництвом яких регулюються норми, правила, цінності та засоби контролю. Це призводить до утворення системи організаційно-економічних відносин між ними.

Відповідно до об'єкта управління, виділяють політичні (державні), приватні, громадські інститути впливу на функціонування госпітального округу медичної галузі. Такі суб'єкти можуть регулювати діяльність через систему передбачених функцій, таких як прогнозування, коригування, організація, стимулювання, мотивація, моніторинг тощо. Робота таких інститутів може бути юридично формалізованою, неформалізованою або навіть юридично не визначеною (наприклад, громадські об'єднання, котрі не отримали офіційної реєстрації, але здійснюють вплив на ситуацію) [19].

Згідно з природою базових критеріїв організаційного процесу, організаційно-управлінські механізми у медичній галузі потенційно вбачаються наступними:

- механізми організаційно-структурного характеру повинні включати важелі управлінського впливу шляхом формування нових та реструктуризації діючих медичних закладів;
- механізми організаційно-адміністративного аспекту визначають особливості діяльності медичного персоналу;



- організаційно-технічні детермінують технологічні, технічні та соціотехнічні концепти управлінської діяльності;
- організаційно-економічні обумовлюють економічні аспекти процесу управління;
- комплексні поєднують усі або декілька з вищезазначених критеріїв [19].

У цілому, основними завданнями, що дозволяють досягнути мети організаційно-управлінського підмеханізму варто виокремити наступну векторність:

1. Оптимізація госпітального округу спрямована на підвищення потенціалу органів виконавчої влади в медичній галузі, розмежування управлінських та регуляторних функцій, створення незалежних наглядових рад, інтеграцію електронного управління та реформування органів державного управління медичної галузі.

2. Інноваційний шлях поступу формацій госпітальних округів передбачає імплементацію цифрових управлінських технологій та інтеграцію повного проектного інфраструктурного циклу управління розвитком та утриманням госпітального округу. Передбачено, що інноваційний розвиток госпітального округу повинен включати інтеграцію сучасних підходів, технологій та інструментів, що володіють векторністю оптимізації рівня якості послуг з охорони здоров'я, комфорту населення та результативності управління [161].

Впровадження електронної системи дозволяє автоматизувати та спростити процеси запису на прийом до лікаря, на діагностичні процедури, отримання рецепту на ліку і забезпечити зручність користування послугами для пацієнтів.

Акумуляція та аналітика значних об'ємів інформаційних даних про поведінку пацієнтів, стан їх здоров'я, популярність різних медичних засобів, процедур та інші параметри надає можливість зрозуміти потреби пацієнтів, прогнозувати збільшення обсягів запитів у певних напрямках (наприклад, фізична та психологічна реабілітація військовослужбовців) [135].

3. Забезпечення безпеки суспільства у контексті управління функціонування госпітального округу медичної сфери зумовлюється рядом заходів та стратегій, спрямованих на забезпечення якісних медичних послуг.

Управління госпітальним округом реалізовується за допомогою практичного інструментарію діяльності Кабміну України, галузевого Міністерства охорони здоров'я (МОЗ), Верховної Ради України, Національної служби здоров'я України (НСЗУ), об'єднань пацієнтів, представників громад, Незалежної агенції з акредитації, регіональних Департаментів охорони здоров'я, спеціалізованих органів управління ОТГ, місцевих відділів охорони здоров'я.

Власне, прийнята система нагляду за діяльністю госпітальних округів сприяє синергії між державними рівнями. Законодавче регулювання функціонування госпітальних округів здійснює Верховна Рада України, формуючи нормативно-правову базу шляхом прийняття вузькопрофільних законів та нормативно-правових актів. У той же час, Кабмін несе безпосередню відповідальність за практичну реалізацію засад та вимог державної політики щодо розвитку та функціонування медичної сфери.

Ресурсне забезпечення госпітальних округів координує Національна служба здоров'я України (далі – НСЗУ), шляхом укладання договорів із закладами та здійснює моніторинг якості послуг з охорони здоров'я. Водночас, на МООЗ України покладена відповідальність за розробку стратегії нагляду за реалізацією охорони здоров'я населення та виконання галузевих стандартів.

Громадські асоціації пацієнтів і представники громад займають активну позицію у відстоюванні потреб та інтересів населення регіону через впровадження відповідних рішень у діяльність госпітального округу, таким чином активізуючи підзвітність керівництва. Крім того, незалежне агентство з акредитації проводить оцінку та акредитацію медичних закладів, що суттєво сприяє оптимізації якості медичних послуг.

Концепти державної політики у медичній галузі впроваджують у практичному контексті управління охорони здоров'я як регіонального, так і місцевого рівнів.

Вони відповідають за координацію діяльності медичних закладів, а також контроль за виконанням державних програм та ініціатив. Планування та організація реалізації послуг з охорони здоров'я на рівні територіальних громад належить до компетенції органів управління ОТГ з акцентом на забезпечення доступності послуг з охорони здоров'я для усіх верств населення.

Інтегрована система управління госпітальним округом сприяє ефективному ресурсному розподілу, що гарантує високу якість медичних послуг, задовольняє потреби населення.

Організаційно-управлінський механізм управління дозволяє суб'єкту виконавчої влади здійснювати контроль над об'єктом шляхом встановлення правил і обов'язків через використання адміністративних засобів управління. Цей механізм передбачає пряме встановлення прав та обов'язків через видачу наказів та інших адміністративних актів.

Суб'єкт регулювання в межах своєї компетенції приймає управлінські рішення, що є обов'язковими для об'єкта управління. Це впливає з природи влади та виконавчих функцій. Без використання організаційно-управлінського механізму неможливо досягнути мети впорядкування поведінки учасників управлінських відносин [6].

Організаційно-управлінський механізм, як правило, включає:

- визначення норм та порядку залучення представників громадськості до процесу розроблення та практичного впровадження державної політики у медичній сфері;
- затвердження положення щодо Плану дій у разі епідемій та спалахів захворюваності, і попередження та ліквідації наслідків;
- ухвалення положення про організацію моніторингу стану громадського здоров'я, порядку його реалізації;
- ухвалення положення про функціонування госпітального округу в умовах воєнного стану.

Організаційно-адміністративні механізми поширюються на координацію кадрових питань, таких як встановлення кадрових процедур для оцінки, епідеміологічного нагляду та контролю захворювань, а також створення кадрових резервів для мобілізації медичного персоналу в умовах воєнного стану.

Для цього необхідними є:

1. Формування комунікаційної карти взаємодії між державними суб'єктами управлінської діяльності, що регулюють аспекти формування та практичної реалізації засад політики.

2. Ухвалення положення про взаємодію та комунікацію між державними адміністраціями обласного рівня, закладами різних форм власності, а також Національною службою здоров'я України.

3. Визначення порядку інформування населення в умовах пандемій, епідемій, спалахів захворюваності, розроблення плану заходів щодо дій населення у таких ситуаціях, а також інформування про зміни, викликані воєнним станом.

Фінансово-економічні механізми управління госпітальними округами включають широкий спектр інструментів та заходів, спрямованих на забезпечення стабільного та сталого розвитку сектору охорони здоров'я. Ці механізми включають різні аспекти фінансового планування, залучення інвестицій, регулювання діяльності госпітальних округів, розвиток інфраструктури, стандартизацію та регулювання якості послуг з охорони здоров'я.

Основними компонентами фінансово-економічного управлінського механізму в контексті госпітального округу є:

1. Фінансове планування і бюджетування включає розробку та реалізацію бюджетних програм, спрямованих на розвиток госпітального округу, виділення фінансових ресурсів на підтримку проєктів та ініціатив у медичній сфері.

2. Інтенсифікація процесів інвестування передбачає залучення приватного капіталу для інвестування в розвиток інфраструктури госпітального округу.

3. Регулювання ринковими процесами у сфері медичних послуг – встановлення правил і стандартів діяльності для медичних установ, регулювання ціноутворення, заохочення конкуренції та забезпечення прав пацієнтів.

4. Підтримка госпітального округу обумовлює надання фінансової та консультативної підтримки.

5. Розвиток інфраструктури шляхом активного інвестування, покращення рівня якості послуг з охорони здоров'я.

6. Регулювання та стандартизація якості медичних послуг.

Інформаційно-комунікаційний механізм управління госпітальним округом координує роботу різних медичних закладів госпітального округу, сприяє швидкому обміну медичною інформацією [340]. Це сприяє підвищенню рівня якості послуг, що призводить до зростання рівня задоволеності пацієнтів, які отримують допомогу в установах госпітального округу.

Цей механізм передбачає впровадження низки технологій та інструментів, спрямованих на вдосконалення управління та контролю, а також оптимізацію комунікацій:

1. Інформаційні системи та електронне управління: практика МІС в охороні здоров'я базується на комп'ютеризації процесів охорони здоров'я. Це передбачає використання електронних медичних записів, встановлення інформаційних систем у лікарнях (IS), лабораторіях (LIS) та аптеках (PMS).

2. Електронний документообіг – це розгортання цифрової системи документообігу. Його основна мета – зменшити паперову роботу, що призводить до підвищення ефективності та точності обробки інформації.

3. Комунікаційні платформи діють як посередники для обміну інформацією між суб'єктами в системах охорони здоров'я.

4. Мобільні додатки, які обслуговують пацієнтів та медичних працівників через Community Services, надають оперативну інформацію, дозволяють призначати зустрічі з наступними нагадуваннями та надають детальну інформацію про лікування після її отримання.

Отже, у процесі дослідження виділено комплексний управлінський механізм державного рівня, що формується із: нормативно-правового, організаційно-управлінського, фінансово-економічного, інформаційно-комунікаційного підмеханізмів. Розвиток госпітального округу вміщує різноманітні відносини, такі як майнові, адміністративні, трудові, фінансові та інші, між пацієнтами і постачальниками медичних послуг, які підлягають регулюванню.

### **1.3. Основи взаємодії медичних закладів в межах одного госпітального округу**

Найбільш результативним підходом до вдосконалення функціонування системи медичних закладів позиціонується на сьогодні об'єднання установ охорони здоров'я, що відносяться до різних територіальних громад і організацій, в єдиний медичний простір [13]. Сучасні тренди щодо організації діяльності установ вторинної медичної допомоги вказують на такі зміни:

- акцент робиться на формування багатoproфільних лікарняних установ профілю інтенсивного лікування;
- збільшення радіусу обслуговування та збільшення кількості обслуговуваного населення, зменшення кількості стаціонарів, ліжок, скорочення тривалості перебування:
- запровадження нових форм госпіталізації, таких як денні стаціонари, «домашні стаціонари»;
- мінімізація кількості лікарняних центрів та хірургічних відділень;
- використання клінічних послуг сторонніх постачальників поза медичним закладом («аутсорсинг»);
- зосередження високих технологій у масштабних лікарняних формаціях і скорочення кількості низько-технологічних лікарень;

- перенесення більшої відповідальності від лікарів до медичних сестер;
- створення мережі лікарень, інтеграція розширеної мережі хоспісів [30].

Ці тенденції необхідно враховувати при створенні системи зв'язку медичних закладів у межах госпітальної території, формуванні інноваційної системи медичних закладів, реорганізації лікарень за медичними рівнями (зокрема критичними, відновними та реабілітаційними). Охорона здоров'я та соціальна допомога.

Реалізація інтегрованих послуг, що володіють економічним ефектом, вбачається однією з ключових стратегій медичної реформи, яку прийняли в багатьох європейських країнах. Ця стратегія передбачає інтеграцію клінічних послуг на усіх можливих рівнях. Інтеграція означає економічний і управлінський підхід, при якому всі компоненти комплексу медичної допомоги зосереджені на досягненні спільних цілей і інтересів. Інтегрована система реалізації медичних послуг вміщує механізми розподілу фінансової відповідальності між постачальниками послуг та управління ризиками [137].

Медична інтеграція в Україні досягається шляхом створення госпітальних округів, що є ключовим напрямком реформування системи медицини та охорони здоров'я. Це наближає медичні послуги до населення та покращує їх якість. Щоб забезпечити ефективну роботу та управління госпітальними округами, слід враховувати наступні основні фактори [360]:

1. Ефективність госпітальних округів залежить від його здатності пристосовуватися до мінливих умов і вимог середовища. Це передбачає регулярне оновлення мережі медичних закладів та коригування переліку медичних послуг, які вони надають.

2. Оскільки до складу госпітальних округів входить багато учасників, необхідно впроваджувати ефективні форми партнерської взаємодії при розробці та прийнятті стратегічних рішень щодо їх розвитку.

3. Наявність управлінської та фінансової автономії в закладів охорони здоров'я відкриває можливості для покращення якості медичного обслуговування. Це реалізується через запровадження інноваційних форм і методів реалізації послуг з

охорони здоров'я та активну взаємодію з усіма стейкхолдерами [360].

Основними принципами модернізації є гармонізація єдиного концептуального простору та перетворення сімейного лікаря на головну ланку в системі охорони здоров'я, у скеруванні пацієнтів, підвищенні обізнаності та наданні інформації пацієнтам.

«Система взаємодії медичних закладів з позиції державного управління» – це організована сукупність управлінських процесів, регуляторних механізмів та координаційних структур, спрямованих на реалізацію дієвої взаємодії між різними медичними установами. Вона включає розробку і впровадження політик, нормативно-правових актів, стандартизацію медичної допомоги, дієвий моніторинг і оцінку їх якості. Державне управління цією системою покликане створити сприятливі умови для інтеграції ресурсів і функцій медичних закладів, оптимізації їх діяльності та забезпечення доступності медичної допомоги.

«Стратегія взаємодії медичних закладів в межах одного округу в контексті державного управління» — це комплекс управлінських і регуляторних заходів, зосереджених на координації функціонування медичних закладів у визначеній території госпітального округу.

Ця система включає: централізоване управління ресурсами (упорядкування використання матеріальних ресурсів для максимізації їх ефективності), стандартизація медичних процесів (впровадження єдиних стандартів і протоколів для покращення рівня якості послуг з охорони здоров'я), циклічний обмін інформацією (забезпечення постійного інформаційного обміну між медичними закладами для узгодження дій і підвищення якості обслуговування), єдині протоколи лікування (розробка і впровадження уніфікованих лікувальних протоколів для забезпечення рівного рівня медичної допомоги).

З точки зору державного управління, ця система направлена на: інтенсифікацію результативності освоєння бюджетного фінансування, оптимізацію якості послуг з охорони здоров'я, гарантії, що всі жителі округу мають доступ до необхідних медичних послуг), зміцнення здоров'я населення (підвищення загального рівня



здоров'я населення через ефективну організацію медичної допомоги).

Установи медичної сфери в Україні дотичні до проблеми недостатньої спроможності для надання якісної медичної допомоги вторинного рівня. Це стосується таких аспектів, як обладнання, кадри та інфраструктура. Без суттєвих структурних і системних змін у розвитку мережі медичних установ бюджетні кошти продовжать витрачатися неефективно, а ресурси будуть розподілятися нерегулярно. Визначення лікарень інтенсивного лікування та розробка національного стратегічного плану можуть значно поліпшити ситуацію [342].

Формування госпітальних округів розпочалось в Україні у 2017 році з метою оптимізації кількості та якості медичних закладів та оптимізації системи охорони здоров'я [363]. У 2017 році були визначені географічні межі госпітальних округів, а на регіони було покладено відповідальність за розвиток мережі лікарень для надання якісної медичної допомоги. З листопада 2011 року по січень 2019 року в дев'яти областях України (Кіровоградській, Житомирській, Чернігівській, Вінницькій, Хмельницькій, Чернівецькій, Одеській, Херсонській та Львівській), де були створені госпітальні округи, були проведені семінари для обговорення та впровадження цих змін [342].

Методологія ідентифікації багатопрофільних лікарняних установ інтенсивного лікування була репрезентована на семінарах, організованих у 2018-2019 роках. Методологія була розроблена та випробувана на базі Чортківського госпітального округу Тернопільської області. Основна мета інструменту полягала в тому, щоб забезпечити об'єктивний аналіз лікарняної мережі на регіональному та державному рівні, а також запропонувати рішення для ідентифікації лікарень інтенсивного лікування, що включало оцінку потужності існуючих лікарень та їх регіональної доступності для населення [342].

Формування госпітальних округів як процес регулюється Постановою КМУ від 30 листопада 2016 р. № 932 «Про затвердження Порядку створення госпітальних округів» [242]. Разом з цією постановою було підготовлено Положення про госпітальні округи, яке перебуває на завершальній стадії процесу затвердження для

регулювання роботи госпітальних округів, а також підготовлені та наразі розробляються вимоги до лікарень інтенсивного лікування [341].

Положення регламентує діяльність у межах госпітального округу, визначають межі округу, встановлюють сусідні адміністративні одиниці для співпраці та обговорюють розвиток медичних закладів. Ці документи спрямовані на забезпечення ефективного функціонування госпітальних округів та оптимізацію рівня якості медичної допомоги на місцевому рівні.

Створення госпітальних округів в Україні націлене на організацію ефективної структури лікарень, що дозволить забезпечити [208]: це передбачає відповідність діяльності медичних закладів стратегічним цілям держави в контексті охорони здоров'я, включає координацію між різними медичними закладами і постачальниками медичних послуг, такими як первинна, паліативна та високоспеціалізована медична допомога, а також медична реабілітація, а також фармацевтичні послуги, мета полягає в забезпеченні своєчасного доступу населення до високоякісних послуг вторинної (спеціалізованої) та невідкладних лікувально-медичних послуг, з метою розвитку спроможної мережі медичних послуг та оптимізації ресурсів медичної системи забезпечує зручний доступ до закладів, які реалізують екстрену та спеціалізовану медичну допомогу, покращення системи надання вторинної та невідкладних лікувально-медичних послуг для оптимізації ефективності та якості послуг з охорони здоров'я.

Формування госпітальних округів містить в основі поєднання принципів економічності та ефективності, що вбачається у гарантіях якості медичної допомоги з посередництвом безпеки та якості медичних послуг на засадах доказової медицини, своєчасний доступ до медичних послуг, раціональне та економне використання ресурсів [208].

Лікарні інтенсивної терапії повинні відповідати наступним основним критеріям [178]. Висока якість та ефективність надання невідкладної допомоги. Географічна та транспортна доступність для населення. Належне матеріально-технічне оснащення та його покращене використання. Наявність компетентного персоналу. Мінімальна

кількість госпіталізацій до закладів третинного рівня медичної допомоги.

Безпосередніми суб'єктами структури в госпітальному окрузі є уповноважені на управління державними та комунальними медичними закладами органи, а також приватні медичні заклади, що реалізують екстрену та спеціалізовану медичну допомогу на конкретній території.

Загальна кількість багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування в госпітальному регіоні визначається шляхом розрахунку загальної кількості населення в госпітальному регіоні та мінімальної кількості людей, яку повинна обслуговувати багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування.

Госпітальна рада - це консультативний орган, що формується представниками власників кожного стаціонарного закладу. Заклади охорони здоров'я перебувають у спільній власності, і госпітальна рада є органом, що складається з представників цих громад. Представники призначаються місцевою радою [208]. Госпітальні ради не приймають жодних рішень, а можуть лише розробляти варіанти та спільне бачення майбутнього місцевої мережі лікарень [341].

Завдання Госпітальної ради - підготувати п'ятирічний план розвитку госпітального округу. Це означає прийняття рішення про інвестиції, необхідні для того, щоб вивести лікарні на сучасний рівень.

Госпітальні ради не мають юридичного статусу і є дорадчими органами. Після того, як госпітальна рада приймає рішення, відповідна місцева рада отримує цей документ на затвердження. Пропозиція госпітальної ради стає обов'язковою для виконання лише після її затвердження місцевою радою. Відповідно до закону, рада має право відхилити [341].

Якщо багаторічні плани розвитку округів будуть реалістичними і підтримуватимуться всіма громадами, то потенціал фінансування таких планів значно зросте. Сподіваємося, що і держава, і міжнародна спільнота будуть зацікавлені у підтримці таких планів.

Оцінка медичних закладів на основі наведених категорій критеріїв дозволяє забезпечити всебічний підхід до аналізу їх функціонування та ефективності.

Розглянемо детально кожну категорію і критерії.

## 1. Специфіка стратегічної позиції.

### 1.1. Забезпечення потреб населення

Оцінка: Вимірює, наскільки медичний заклад здатний забезпечити населення необхідними послугами, такими як екстрена допомога, проведення пологів, лікування серцевих нападів тощо.

Обґрунтування: Важливо для розуміння того, як заклад відповідає на основні потреби населення і наскільки критичним є його роль в системі охорони здоров'я.

### 1.2. Функціональні можливості

Оцінка: Аналізує кількість медичного персоналу, обладнання та ліжок у кожному закладі.

Обґрунтування: Допомогає визначити, чи може заклад справитися з прогнозованим збільшенням пацієнтів або змінами в моделі реалізації медичних послуг.

## 2. Оперативна ефективність

### 2.1. Екстренність надання лікувально-медичних послуг

Оцінка: Порівнює швидкість і ефективність надання невідкладних медичних послуг між різними закладами.

Обґрунтування: Забезпечує відповідність послуг профілю закладу та здатність оперативно реагувати на гострі медичні випадки.

### 2.2. Структурна ефективність

Оцінка: Визначення ефективності кожного закладу в аспекті використання власних ресурсів і критеріями Міністерства охорони здоров'я.

Обґрунтування: Необхідно для усвідомлення рівня якості послуг і того, як ефективно використовуються ресурси закладу.

Міністерство охорони здоров'я обрало 44 індикатори (на основі чотирьох груп критеріїв) для оцінки спроможності лікарень щодо функціоналу багатопрофільних лікарняних установ інтенсивного лікування.

Критеріями відбору індикаторів слугували такі: інформація має бути

доступною в усіх лікарнях; для збору інформації не повинно вимагатися нових зусиль; критеріїв не має бути надто багато; якість даних має бути адекватною.

Зміни організації та структури для досягнення максимального успіху медичної реформи. Як уже зазначалося, основною проблемою в нашій країні є нераціональний розподіл бюджетних ресурсів, оскільки на медичне забезпечення йде суттєва частка бюджет.

Для її подолання та реформування сучасної охорони здоров'я, перш за все, необхідно відмовитися від пострадянських правил фінансування та розробити незалежну методологію фінансового забезпечення реформи охорони здоров'я [90].

Орієнтовна організаційна структура лікарняної установи інтенсивного лікування в контексті перспективи обслуговування 300 тис. осіб вміщує [361]:

Стаціонарні відділення: відділення інтенсивної терапії та анестезіології - мінімум 9 ліжок. Хірургія - 45+ ліжок - 20+ ліжок для хірургії - 20+ ліжок для травматології - 5+ ліжок для ЛОР-відділень - 35+ ліжок: - 25+ ліжок для терапії - 10+ ліжок для ендокринології Неврологія - 35+ ліжок. Кардіологія - понад 35 ліжок. Педіатрія - понад 20 ліжок. Інфекційне відділення - 20+ ліжок - 10+ дорослих інфекційних відділень - 10+ дитячих інфекційних відділень Перинатальний центр: - 35 стаціонарних ліжок. Діагностичні відділення - кабінет акушера-гінеколога - кабінет планування сім'ї - жіноча консультація - кабінет терапевта - кабінет патології шийки матки - денний стаціонар - школа для батьків - акушерський кабінет - мала операційна - операційна - стерилізаційна. Діагностичні служби: клініко-діагностична лабораторія, бактеріологічне відділення, лабораторія функціональної діагностики 3. діагностичне радіологічне відділення, кабінет ФГ, ендоскопічний кабінет, кабінет УЗД, поліклінічне відділення, денний стаціонар.

2. Консультативно-діагностичні кабінети: реєстратура, кабінет підліткового терапевта, кабінет психіатра, кабінети профілактичних оглядів, кабінет хірурга, кабінет ортопеда, кабінет уролога, кабінет ЛОРа, кабінети дитячого ЛОРа, кабінет офтальмолога, кабінет кардіолога, кабінет дитячого кардіолога, кабінет невролога, дитячого невропатолога, кабінет нарколога, кабінет ендокринолога, кабінет

інфекціоніста, кабінет онколога, кабінет дерматолога; кабінети дитячого імунолога, кабінети дитячого хірурга, кабінети дитячого ортопеда, кабінети дитячого офтальмолога, кабінети дитячого ендокринолога, кабінети дитячого психіатра.

Допоміжні відділення. Операційна - Відділення переливання крові. Центральне стерилізаційне відділення. Відділ медичної статистики та контролю якості. Фізіотерапія та фізіотерапевтичні кабінети. Патологоанатомічне відділення. Медичний архів.

Господарські підрозділи: господарська частина, харчоблок, пральня, гараж. Відділення невідкладної медичної допомоги. Всі ці відділи взаємодіють через відділ управління. До складу адміністративного відділу входять адміністративний відділ, відділ кадрів, фінансово-економічний відділ, бухгалтерія, загально-медичний відділ. Процес відбувався у три етапи:

1. Перший етап: опрацювання основних критеріїв відбору медичних закладів вторинної ланки, включаючи характеристики території, стан будівель і споруд, інфраструктуру, кадрове забезпечення, потужність лікарні, інтенсивність її діяльності, а також забезпеченість необхідним устаткуванням та медичним обладнанням.

2. Другий етап: створення госпітальних округів на основі лікарень інтенсивного лікування.

3. Третій етап: конкретизація механізмів комунікації між окремими рівнями медичної допомоги.

Ключові управлінські функції:

1. Регулятивна функція: розробка інструментів і методів стимулювання взаємодії для вирішення проблем стратегічного поступу медичної системи;

2. Превентивна функція: використання можливостей співпраці для попередження потенційних загроз у процесі досягнення стратегічної мети поступу;

3. Інтегративна функція: партнерство для втілення проектів розвитку;

4. Діагностична функція: ідентифікація потенціалу суб'єктів співпраці, а також визначення проблем, які потребують негайного вирішення;

5. Інноваційна функція: пошук та імплементація нових технологічних можливостей.

Таким чином, госпітальні регіони не є окремими юридичними особами чи територіальними владними структурами окремого рівня, а слугують механізмом координації. Межі та структура кожного регіону визначаються відповідно до критеріїв створення регіону, викладених у «Порядку створення госпітального регіону». Госпітальні регіони створюються як «функціональні федерації лікарень на певній території». Право власності та управління медичними закладами, що відносяться до госпітального округу, належить місцевим органам влади, які входять до складу госпітального округу.

Наступним кроком у вдосконаленні спеціалізованої медичної допомоги є створення госпітальної ради, яка координує дії, готує пропозиції щодо організації та функціонування медичної сфери в госпітальному окрузі, а також готує та затверджує п'ятирічний перспективний план розвитку госпітального округу (з урахуванням потреб та ресурсів для модернізації). Пропонується створити окрему програму в державному бюджеті для фінансування поступової реорганізації медичних закладів. Оптимізація мережі через госпітальні округи вирішить більшість проблем на рівні вторинної медичної допомоги, оскільки дозволить збалансувати місцеву автономію з державним управлінням процесом і створить відповідні фінансові стимули.

#### 1.4. Нормативно-правовий механізм державного управління госпітальним округом сфери охорони здоров'я

Питання організації та діяльності госпітальних округів виникло в рамках підготовки держави до впровадження медичної реформи. Прийнято вважати, що процес першочергово був передбачений у вищезгаданому законі 1992 року, але насправді цей процес розпочався значно пізніше, а саме з прийняттям розпорядження Кабінету Міністрів України № 1013-р. [278].

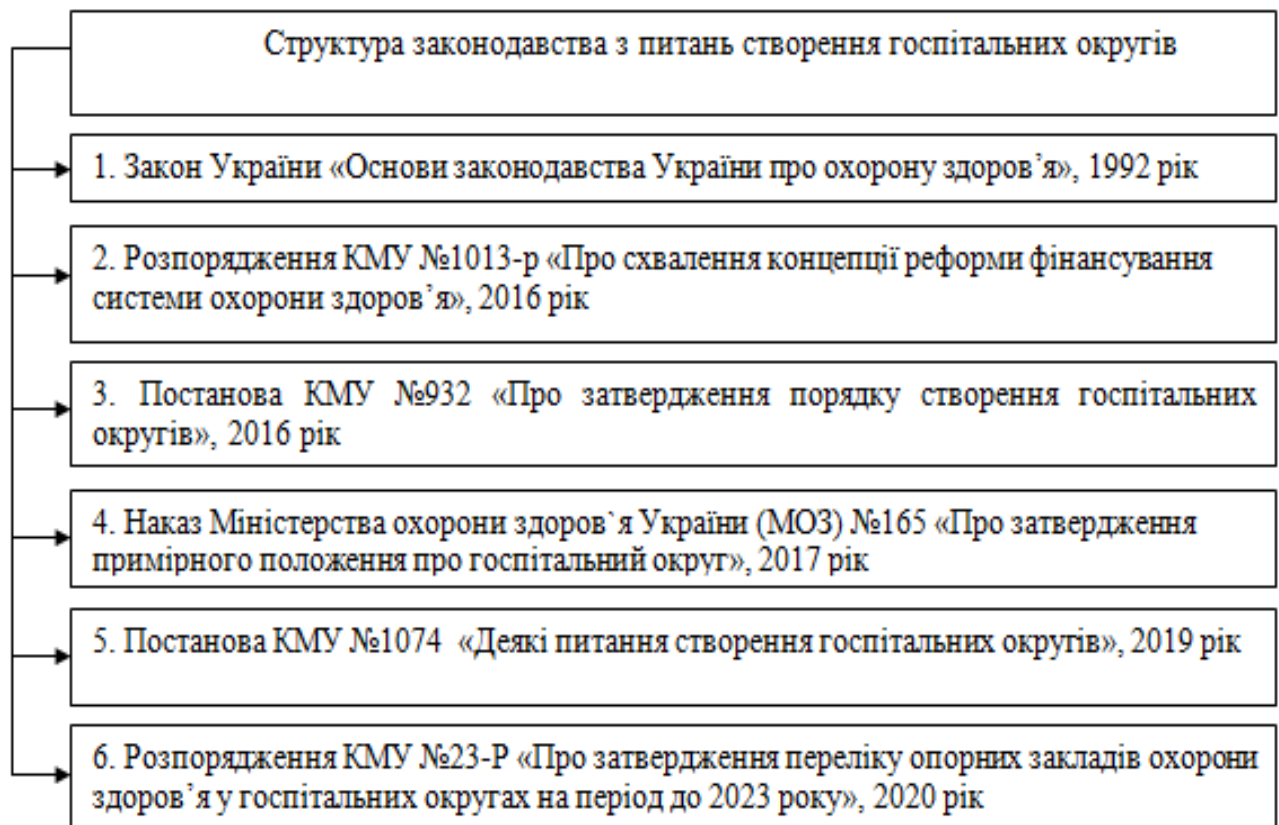


Рис. 1.4. Структура законодавства щодо формування госпітальних округів\*

\*Джерело: [138]

Є правові документи, що регулюють діяльність на цьому етапі, і конкретний перелік пілотних проектів. Найважливішими з них є постанови «Про порядок реформування медичної системи» та «Про визнання» КМУ. «Процес створення



госпітального округу», Звіт проекту USAID «Підтримка медичної реформи» тощо.

Проте в них недостатньо висвітлено питання, що виникають на сучасному етапі функціонування госпітального округу, відсутні публікації науковців (рис. 1.4). Кабміном були визначені основні правила управління у межах госпітальних округів [232], місцеві органи влади зобов'язані генерувати пропозиції щодо ідентифікації опорних лікарняних закладів. Перелік їх мав затверджуватися Кабміном. Постановою № 589 від 19.06.2020 «Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1074» Уряд встановив новий порядок визначення референтних медичних закладів [208].

Реформування системи спеціалізованих медичних послуг зі структурною диференціацією медичних установ вторинного рівня визначено Законом України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 07.07.2011 р. № 3611-VI [201].

На виконання вищезазначених законів Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) України розробило низку наказів:

- від 30.12.2011 р. № 1008 «Про затвердження примірних положень про заклади охорони здоров'я» [234];

- від 05.10.2011 р. № 646 «Про затвердження нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України щодо реалізації Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві», зареєстрований у Міністерстві юстиції за №1414/20152 від 07.12.2011 р. [218];

- від 31.10.2011 р. № 736 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні відновного лікування» [236];

- від 31.10.2011 р. № 735 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні інтенсивного лікування» [237];

- від 31.10.2011 р. № 734 «Про затвердження табелів оснащення медичною

технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні планового лікування» [238];

- від 08.06.2011 р. № 347 «Про затвердження Тимчасового типового переліку бюджетних програм та результативних показників їх виконання для місцевих бюджетів у галузі «Охорона здоров'я» для пілотних проектів у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» [241];

- від 08.06.2011 р. № 346 «Про затвердження Тимчасових методичних рекомендацій щодо запровадження програмно-цільового методу складання та виконання місцевих бюджетів в системі охорони здоров'я у пілотних регіонах» [240]. Завданням постанов КМУ є створення належної нормативно-правової бази для оптимізації надання спеціалізованих медичних послуг задля задоволення потреб населення у цьому виді медичної допомоги та підвищення її якості та ефективності шляхом ефективного ресурсовикористання. Згідно із Концепцією реформи фінансування медичної системи, у 2017 році проходив підготовчий етап медичної реформи, основною метою якого була реорганізація мережі установ спеціалізованих медичних послуг. У тому числі, цей етап передбачав:

- формування системи госпітальних округів, що асимілюють надавачів послуг зі спеціалізованої різнорівневої медичної допомоги;
- формування стратегічних планів поступу системи стаціонарних закладів на основі маршрутів пацієнтів та локальних протоколів медичної допомоги, а також ідентифікація медичних установ, потужності яких вимагають інтенсифікації;
- інтеграція програм підтримки перспективних медичних установ, активне перепрофілювання інших медичних закладів [260].

Одним з основних завдань цього етапу реформи було формування системи госпітальних округів у всіх регіонах України; до середини 2019 року, але лише кілька госпітальних рад розробили стратегічні плани свого розвитку. Наразі первинна та екстрена медична допомога знаходиться у віданні громад, що входять до складу округів [315]. Сьогодні можемо виділити кілька блоків нормативно-правового механізму державного управління госпітальним округом. Блок І.

Міжнародно-правові акти (директиви, договори тощо) та положення Конституції України (табл. 1.2).

Таблиця 1.2

**Міжнародні нормативно-правові акти (директиви, угоди тощо) та положення Конституції України, які регулюють сферу охорони здоров'я\***

Вид документу	Міжнародні акти
Міжнародно-правові стандарти, що регламентують забезпечення прав людини у сфері охорони здоров'я	Загальна декларація прав людини 1948 р. Європейська конвенція про захист прав людини і основних свобод 1950 р. Європейська соціальна хартія 1996 р. Міжнародної конвенції про ліквідацію всіх форм расової дискримінації 1966 р. Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права 1966 р. Міжнародний пакт про громадські та політичні права 1966 р. Конвенція про ліквідацію всіх форм расової дискримінації щодо жінок 1979 р. Конвенція про права дитини 1989 р. Конвенція про права осіб з інвалідністю 2006 р.
Міжнародні документи та меморандуми	Міжнародні медико-санітарні правила 2005 р. Статут Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі – ВООЗ) Рамкова конвенція ВООЗ із боротьби проти тютюну 2006 р.

*\*Джерело: власна розробка автора*

В рамках міжнародно-правових норм з конкретних медичних питань можна виділити групу міжнародно-правових стандартів, що регулюють права людини в медицині, та групу міжнародних договорів у медичній галузі.

Блок II. Нормативні акти, які є концептуально-правовою основою забезпечення публічного управління госпітальним округом галузі медицини (табл. 1.3).

Таблиця 1.3

**Нормативні акти, які є концептуально-правовою основою забезпечення публічного управління госпітальним округом сфери охорони здоров'я\***

Вид документу	Назва
Концепція	Концепція розвитку охорони здоров'я населення від 07.12.2000 № 1313/2000
Стратегія	Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні 2015 – 2020 рр. від 27.11.2014 (Не набрав чинності)
Стратегія	Національна стратегія побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2025 (неофіційний текст) (Проект від 23 лютого 2022 року)

Концепція	Концепція розвитку системи громадського здоров'я від 30 листопада 2016 р. № 1002-р
Концепція	Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я України від 30 листопада 2016 р. № 1013-р
Концепція	Концепція розвитку електронної охорони здоров'я від 28 грудня 2020 р. № 1671-р (в редакції від 26.03.2024)
Концепція	Концепції розвитку системи охорони здоров'я в місті Києві від 14 грудня 2017 р. № 692/3699

*\*Джерело: власна розробка автора*

Блок III. Акти законодавства України, що складаються із чотирьох груп, а саме: законів та підзаконних актів загального спрямування; законів та підзаконних актів щодо госпітального округу; підзаконних актів, що безпосередньо стосуються охорони здоров'я; підзаконних актів, що опосередковано стосуються охорони здоров'я (табл. 1.4).

*Таблиця 1.4*

**Закони та підзаконні акти України загального спрямування,  
регулювання госпітальних округів, безпосереднього та опосередкованого  
регуляторного впливу на медичну систему\***

Вид документу	Назва
Закони та підзаконні акти	Загального спрямування
	Конституційне законодавство
	Загальне законодавство про охорону здоров'я населення, основними з яких на сучасному етапі є:
	Закон України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я»
	Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»
	Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку створення госпітальних округів»
	Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 1 липня 2022 року № 2347-IX
Закони та підзаконні акти	Щодо регуляторного впливу та управління госпітальним округом
	Закон України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 7 липня 2011 року № 3611-VI
	Про затвердження Порядку створення госпітальних округів: постанова КМУ від 30 листопада 2016 р. № 932 (втратила чинність)
	Про затвердження примірнього положення про госпітальний округ (наказ від 20.02.2017 р. №165), Наказ МОЗ України «Про внесення змін до Примірнього положення про госпітальний округ» від 18.12.2017 № 1621
	Розпорядження КМУ Про затвердження переліку та складу госпітальних округів м. Києва, областей в 2017 – 2018 роках

	<p>Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання створення госпітальних округів» від 27 листопада 2019 р. № 1074 27.11.2019 р. №1074) зі змінами згідно Постанови Кабінету Міністрів України «Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України» від 19.06.2020 р. №589. Постанова втратила чинність на підставі Постанови КМУ від 28.02.2023 № 174</p> <p>Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 1 липня 2022 року № 2347-IX визначає поняття госпітальний округ, надкластерні, кластерні загальні заклади охорони здоров'я</p> <p>Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я» від 28 лютого 2023 р. № 174, що визначає порядок функціонування госпітальних округів і госпітальних кластерів та встановлення їх меж</p>
Закони та підзаконні акти	<p>Безпосереднього регуляторного впливу на охорону здоров'я</p> <p>Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»</p> <p>Закон України «Про екстрену медичну допомогу» в редакції від 16.10.2020 р.</p> <p>Закон України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 7 липня 2011 року № 3611-VI</p> <p>Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»</p> <p>Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» (прийняття від 14.11.2017)</p> <p>Рішення Кабінету Міністрів України:  Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження порядку державної акредитації закладу охорони здоров'я» від 15.06.1997 р. № 765.  Накази Міністерства охорони здоров'я України:  Наказ МОЗ «Положення про клінічний лікувально-профілактичний заклад охорони здоров'я» від 05.06.1997 р. № 174.  Наказ МОЗ «Про затвердження примірних положень про заклади охорони здоров'я» від 30.12.2011 р. № 1008;  Наказ МОЗ «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні відновного лікування» від 31.10.2011 р. № 736;  Наказ МОЗ «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні інтенсивного лікування» від 31.10.2011 р. № 735  Закони: Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Закон України «Про донорство крові та її компонентів».  Закон України «Про психіатричну допомогу».  Закон України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення».  Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб».  Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз».  Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я» від 25.04.2018 р. № 411</p>
Підзаконні акти	Опосередкованого регуляторного впливу на охорону здоров'я

Закони	Закон України «Про співробітництво територіальних громад» від 17 червня 2014 року № 1508-VII (зважаючи на ототожнення госпітального округу з інститутом співробітництва)
	Закон України «Про передачу об'єктів права державної та комунальної власності» редакція від 18.09.2022 №147/98-ВР.

*\*Джерело: власна розробка автора*

Блок IV. Нормативно-правові акти щодо впровадження публічного управління госпітальним округом у галузі медицини. Акти, спрямовані на організацію госпітальних округів, можуть бути обов'язковими (угоди, договори, меморандуми) або добровільними (угоди, договори, меморандуми), з використанням імперативних методів (директиви, норми) (табл. 1.5).

*Таблиця 1.5*

**Нормативно-правові акти, що стосуються реалізації публічного управління госпітальним округом сфери охорони здоров'я\***

Вид нормативно-правового акту	Назва
Локальні: Розпорядження	Наприклад, Розпорядження голови Рівненської обласної державної адміністрації від 28.04.2021 р. № 330 про затвердження «Положення про госпітальну раду Рівненського госпітального округу»
Локальні: Положення	Наприклад, Положення про госпітальну раду Луцького госпітального округу

*\*Джерело: власна розробка автора*

Нормативно-правові інструменти, що забезпечують утворення госпітальних округів наведені у таблиці 1.6.

Відповідно до нормативних актів, суб'єктами позиціонуються органи, що мають право управління державними та комунальними медичними установами, а також управлінці приватних медичних закладів, що утворюю складові медичної мережі в рамках регіону [310]. У межах однієї адміністративно-територіальної одиниці може бути сформовано більше ніж один госпітальний округ.

Утворення госпітального округу визначено Законом України від 19 листопада 1992 р. № 2801-XII, стаття 35–2). Водночас, сама медична реформа розпочалась із ухваленням Урядом Концепції реформи фінансування медичної системи (розпорядження КМУ від 30.11.2016 р. №1013-р) [260].

Таблиця 1.6

**Нормативно-правові документи, що регламентують процес створення  
госпітальних округів\***

Вид документу	Назва
Наказ	«Про затвердження примірних положень про заклади охорони здоров'я» від 30.12.2011 р. № 1008 [234];
Наказ	«Про затвердження нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України щодо реалізації Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві», зареєстрований у Міністерстві юстиції за № 1414/20152 від 07.12.2011 р. [218];
Наказ	«Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні відновного лікування» від 31.10.2011 р. № 736 [236];
Наказ	«Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні інтенсивного лікування» від 31.10.2011 р. № 735 [237];
Закон України	«Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» від 07.07.2011 р. № 3612-VI [255];
Постанова	«Про порядок створення госпітальних округів» від 30 листопада 2016 року № 932 [232];
Наказ	«Примірне положення про госпітальний округ» від 20 лютого 2017 року № 165 у редакції від 18.12.2017 [235];
Постанова	Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики від 02.03.2016 № 285 [215];
Закон	«Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» № 2168-VIII від 19.10.2017 [207];
Постанова	«Про порядок функціонування електронної системи охорони здоров'я» від 25.04.2018 р. № 411 [256].

*\*Джерело: власна розробка автора*

Порядок процесу утворення мережі в межах госпітального округу та його складові регулюються Основами законодавства України про охорону здоров'я.

Госпітальні округи власне формуються із метою оптимізації організації системи медичних закладів, а саме:

- гарантування доступу пацієнтів до лікувальних послуг різного рівня та складності;
- ефективного освоєння бюджетних ресурсів;
- забезпечення передумов для операційно-фінансової незалежності медичних закладів;

- структурне реформування медичних установ комплементарно актуальним вимогам сучасного населення;
- трансформації фінансової системи медичних закладів через імплементацію методу глобального бюджетування.

Принципами формування госпітальних округів визначено:

- забезпечення безпечних та належного рівня якості медичних послуг, заснованих на доказовій медицині;
- своєчасний доступ до якісних послуг;
- економічну ефективність, яка полягає в наданні якісних послуг за умови раціонального ресурсовикористання, зокрема, в контексті бюджетних коштів [250].

Для реалізації цих принципів при створенні госпітальних округів враховується відповідне навантаження медичного закладу, що сприяє забезпеченню безпеки та реалізації стандартів своєчасної доступності до основних медичних послуг, поточні демографічні показники, структура захворюваності, тенденції та прогнози руху населення, створення клінічних маршрутів пацієнтів до медичних закладів, спроможність закладу в частині прийняття рішень та керівництва [207].

Після реалізації ініціативи реформи застраховані особи, якими будуть всі громадяни України, зможуть отримувати послуги з медицини за рахунок Державного солідарного медичного страхування як у медичних установах різних форм власності, а також підприємців, які мають відповідну ліцензію на медичну практику [267].

Від затвердження Кабміном порядку формування системи госпітальних округів у 2016 році (Постанова № 932 від 30.11.2016 р.) (далі - Постанова) стартував процес формування госпітальних округів по всій території України [232].

До компонентності госпітальних округів повинна входити як мінімум одна багатопрофільна лікарняна установа інтенсивного лікування, а також інші медичні заклади. Центрами округів визначені населені пункти із населенням більше 40 тисяч осіб. Наразі Кабміном затверджено структуру округів у окремих регіонах України (Запорізька, Київська, Полтавська, Луганська, Тернопільська, Дніпропетровська,



Рівненська, Житомирська, Хмельницька, Херсонська, Чернігівська, Чернівецька області та місто Київ) [250].

Законодавством ідентифіковано певні етапи формування госпітальних округів [235]:

1. Ініціація формування госпітальних рад, що являють собою дорадчий орган, котрий створюється із метою координації дій, ідентифікації проблемних моментів, розроблення рекомендацій щодо практичної реалізації галузевої державної політики.

2. Проведення засідань госпітальних рад, що повинні реалізуватись протягом 14 днів після моменту їх створення. Саме тут обирається організаційний апарат, формуються та затверджуються необхідні організаційно-установчі документи.

3. Розроблення стратегічного Плану розвитку округу [235]. Власне порядок визначення меж та компонентного складу госпітальних округів вміщує наступне:

1. Межі та компонентний склад визначаються на основі принципу доступності медичної допомоги вторинного рівня для усіх жителів, що проживають в межах округу.

2. Адміністративним центром округу ідентифікується населений пункт (понад 40 тисяч осіб), або який є найбільш географічно найближчим до центру округу.

3. Межі зони обслуговування ідентифікуються на основі можливості своєчасного доїзду до лікарні інтенсивного лікування (не більше 60 хвилин). Зона повинна мати радіус обслуговування до 60 км [235].

У кожному госпітальному окрузі створюється госпітальна рада, яка координує, пропонує та рекомендує дії щодо національної політики у сфері медицини та інтеграції системи послуг на регіональному рівні, консультує Раду Міністрів та місцеві адміністративні органи.

До складу рад відносяться представники обласних центрів, районів та об'єднаних територіальних громад, призначені рішенням відповідних обласних рад, причому кількість представників від кожної регіональної одиниці розраховується за

формулою, викладеною в Типових правилах, а кількість адміністративно-територіальних одиниць визначається кількістю жилетів у госпітальному регіоні та кількістю жилетів [208].

На 01 лютого 2018 року, за даними державних адміністрацій 20 областей та міста Києва, затверджено склад і межі 81 госпітального округу, у 31 з них створено госпітальні ради. На листопадовому засіданні Кабінету Міністрів у 2019 році Україна перейде до системи одного госпітального округу на область, а нові госпітальні округи будуть інтегровані на рівні державного управління.

Дослідження аспектів концептуальності госпітальних рад свідчить, що далеко не усі члени округів притримувались порядку ідентифікації кількісного складу делегатів згідно з Положенням про госпітальні ради (деяким госпітальним округам було надано більше делегатів, що призвело до затримок або порушень у формуванні госпітальних рад).

Наприклад, Хмельницька міська рада, яка входить до складу Хмельницького госпітального округу, подала пропозицію, що перевищує квоту; кількість делегатів становить 14, а не 10. Департамент охорони здоров'я запропонував міськраді переглянути зазначене рішення, тому створення госпітальної ради було відкладено. У той же час, госпітальні ради госпітальних округів Тернопільської області були сформовані зі значно більшою кількістю членів, ніж заплановано [316].

18 грудня 2017 р. наказом МОЗ № 1621 було затверджено типові положення про госпітальні округи. Однак, як свідчать протоколи засідань рад, їх члени не володіють конкретизованим усвідомленням, чи мають керуватися зазначеним положенням, чи розробляти власні положення на його основі. Госпітальні ради Херсонської, Рівненської та Київської областей створили відповідні робочі групи. Очолює госпітальну раду голова, що обирається серед членів ради на її першому засіданні [235].

Відповідно до рішення МОЗ, до наглядової ради повинні входити компетентні фахівці, лікарський персонал та представники громадськості.

До повноважень госпітальних рад належать:

- міжбюджетні трансферти в межах округу, з метою належного фінансування програм медичної допомоги;
- стратегії розвитку округів;
- реорганізація та перерозподіл закладів вторинної (спеціалізованої) допомоги у рамках діяльності госпітальних округів;
- ідентифікація медичних закладів, функціональна спроможність яких підвищується до першого або другого рівня функціональної спроможності госпітального округу;
- призначення на посаду та звільнення з посади керівників комунальних медичних закладів;
- інші рішення, що відносяться до компетенції органу місцевого самоврядування щодо надання послуг [315].

В середньому 56% учасників рад в Україні є лікарями, далі йдуть депутати обласних рад, представники обласних рад та представники обласних адміністрацій. У той же час, деякі госпітальні ради не включили до свого складу представників медичної спільноти, чи експертів, чи осіб, які є суб'єктами рішень, що пропонуються обласним радам.

Згідно з вимогами Закону України від 29 липня 2022 року № 2494-IX «Про внесення змін до деяких законодавчих актів щодо підвищення доступності медичних та реабілітаційних послуг у період дії воєнного стану» [197] забезпечується територіальний доступ населення до якісних медичних та реабілітаційних послуг, визначаються госпітальні зони та їх поділ на госпітальні кластери, які організують комплексний доступ до стаціонарної допомоги.

Закон № 2494-IX також передбачає, що межі госпітальних зон та госпітальних кластерів, порядок їх визначення та функціонування, порядок визначення кластерів, суперкластерів та інших типів медичних закладів, що належать до компетентної системи медичних установ у госпітальних зонах, визначаються виходячи з поточних запитів населення у системній стаціонарній допомозі.

Стаття 8 Закону України від 19.10.2017 № 2168-VIII (зі змінами від 11.02.2024) «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [207] пропонує деталізацію договірних відносин на основі стратегії медичних гарантій, відповідно до наявних потреб у кожному госпітальному окрузі.

Розпорядження КМУ від 15 січня 2020 р. № 23-р «Про затвердження переліку основних медичних закладів у госпітальних округах на період до 2023 року» [221]. [221] визначає перелік базових медичних закладів, розташованих у госпітальних округах у кожній області України до 2023 року. Станом на 1 липня 2024 року розпорядження 23-р є чинним.

До переліку включаються медичні заклади, які відповідають вимогам або будуть модернізовані в майбутньому до багатопрофільної лікарні, надаючи безпечне лікування на засадах доказової медицини, своєчасний доступ до лікувально-медичних послуг та ефективність, забезпечуючи найвищий рівень якості послуг за рахунок раціонального та економного використання ресурсів, та мають такі характеристики До переліку включаються медичні заклади, які мають потенціал для перепрофілювання в багатопрофільну лікарню інтенсивного лікування [208].

МОЗ долучилося до ініціативи Світового банку щодо модернізації медичних закладів у всіх регіонах, цей проєкт був завершений у 2023 році. Проєкт передбачав будівництво модульних лікарень там, де медична інфраструктура постраждала найбільше. Спеціальний проєктий офіс був створений МОЗ для контролю за діяльністю міжнародних партнерів щодо надання допомоги в реалізації реформ у сфері медицини [71].

Кабмін нещодавно прийняв нове рішення щодо медичної реформи, Постанову від 28 лютого 2023 р. № 174 «Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я», що пропонує формування в кожній області госпітального округу та кластерів лікарень у його межах [64].

Органам місцевого самоврядування при плануванні діяльності медичних закладів, котрі є комунальними, необхідно буде враховувати еволюцію госпітального округу разом із розвитком окремого закладу. Це можна зробити

шляхом створення наглядової ради при лікарні, спільного обговорення умов, необхідних для приведення медзакладу до нових умов, обсягу необхідних для громади медичних послуг, способів лікування пацієнтів.

Це стало основою для створення адаптивної кластерної системи організації, яка визначає межі регіонального медичного простору, концентрує державні та приватні людські, матеріальні, технологічні та інвестиційні ресурси і забезпечує надання повного спектру екстреної та вторинної (спеціалізованої) допомоги населенню.

Постанова КМУ № 174 ліквідує попередній порядок формування госпітальних округів від 2019 року, та передбачає новий порядок створення, функцій та меж госпітальних груп та округів [64]. Таким чином, Постанову 174 слід розглядати як відправну точку для розбудови інфраструктури реформи охорони здоров'я, спрямованої на забезпечення територіальної доступності якісних послуг з охорони здоров'я.

Закон № 2347 ІХ «Про внесення змін до деяких законодавчих актів щодо удосконалення законодавства з питань охорони здоров'я в Україні» формує принцип створення компетентної мережі спеціалізованих медичних установ та актуалізує необхідність створення єдиної мережі компетентних медичних закладів у госпітальних округах та оптимізації типів лікарень, що входять до цієї мережі (лікарні загального профілю, кластерні медичні заклади та суперкластерні медичні заклади) та маршрутів [198].

Згідно із Наказом МОЗ № 279 від 13 лютого 2023 року «Про затвердження положень про структурні підрозділи Департаменту медичних послуг Міністерства охорони здоров'я України», пріоритетними завданнями Департаменту є забезпечення регіональної співпраці щодо впровадження компетентної мережі медичних установ та формування пропозицій щодо створення надкластерних, кластерних, загальних та інших типів медичних закладів у госпітальних округах та інших типів медичних закладів [226] та розгляд пропозицій щодо визначення переліку медичних закладів. 2023 3 червня при Міністерстві охорони здоров'я

створено робочу групу для оцінки пропозицій регіональних підрозділів щодо оптимізації діяльності госпітальних округів.

До формату робочої групи були інтегровані представники МОЗ, НСЗУ, парламентарі, міжнародні партнери. Такий формат дозволяє оптимізувати існуючі нормативно-правові акти, які є пріоритетними для процесу регулювання діяльності госпітальних округів в Україні.

Постанова КМУ від 21 листопада 2023 р. № 1221 «Про спостережну раду при закладі охорони здоров'я» ідентифікую специфіку механізму формування спостережної ради в державних і комунальних медичних закладах, що надають спеціалізовану медичну допомогу та основні бюджетні розпорядники [247].

Воєнний стан в Україні суттєво вплинув на фінансове забезпечення госпітальних округів у сфері медичних послуг; Постановою КМУ (2 квітня 2024 р.) № 374 [233] встановлено порядок та умови надання субвенції з держбюджету у векторності місцевих бюджетів на формування безпечного середовища для медичних закладів, а також зазначено, що проекти реалізовуватимуться на засадах співфінансування з місцевого бюджету.

Нормативно-правова база госпітальних округів визначається законами та підзаконними актами, що регулюють їх організацію, функціонування та управління.

Основними законами, що регулюють діяльність госпітальних округів, є:

1. Закон «Про медичну допомогу». Найбільш важливим є Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», який встановлює основні засади системи охорони здоров'я, зокрема, формування та діяльності госпітальних округів.

2. Постанова КМУ. На урядовому рівні приймаються рішення, які встановлюють порядок створення, функціонування та фінансування госпітальних округів. Ці документи визначають вимоги до створення госпітальних територій, критерії створення госпітальних територій та умови надання медичних послуг.

3. Накази Міністерства охорони здоров'я України. Накази встановлюють порядок організації госпітальних територій, медичні стандарти, кваліфікаційні

вимоги до медичного персоналу та інші питання, пов'язані з діяльністю медичних закладів на госпітальних територіях.

4. Нормативні акти місцевого значення щодо діяльності госпітальних округів на своїй території. Це можуть бути закони, що регулюють питання фінансування, матеріально-технічного забезпечення, кадрової політики тощо.

Всі ці нормативно-правові акти забезпечують правове регулювання діяльності госпітальних округів, спрямоване на формування та вдосконалення ефективної медичної системи, комплементарної актуальним потребам населення та сучасним вимогам медичної практики.

До нормативно-правових проблем, які перешкоджають розвитку госпітальних округів, належать:

- надмірна дезорганізація (заплутаність) нормативно-правової бази у галузі медицини, відсутність конкретизації правових норм та законодавчі прогалини. Проблеми та конфлікти, що виникають на практиці, свідчать про те, що різні законодавчі та регуляторні норми часто суперечать одна одній;

- Недостатня імплементація міжнародно-правових стандартів у медичній галузі, відсутність ефективного застосування позитивного досвіду інших країн у правовому регулюванні медицини;

- Потреба у кодифікації Медичного кодексу України;

- Проблема доступу до якісної медичної допомоги є серйозною в контексті реалій України. Доступ до медичної допомоги вимагає збалансування багатьох факторів, таких як людські ресурси, технічні та технологічні ресурси, рівень освіти тощо.

Ідентифікуються також низка проблем у нормативно-правовій базі щодо організаційно-процедурного підґрунтя функціонування госпітальних рад [1]:

1. Невідповідність Примірного положення про госпітальні округи (далі - Положення) вимогам Постанови КМУ від 27 грудня 2017 року № 1094 «Про затвердження Порядку проведення конкурсу на зайняття посади керівника державного, комунального закладу охорони здоров'я».

2. Неузгодженість Закону України «Про місцеве самоврядування» та Регламенту місцевих рад, Примірних положень про госпітальні округи, Закону України «Про доступ до інформації».

3. Невідповідність Положення нормам Закону України «Про доступ до інформації».

4. Непрактичність формули розрахунку кількості членів Госпітальної ради у Київському госпітальному окрузі.

5. Недосконалість положень про порядок оновлення компонентності Госпітальної ради.

6. Невирішеність питань взаємодії між госпітальними радами та місцевими радами щодо механізму затвердження пропозицій місцевими радами [1].



## Висновки до розділу 1

1. Встановлено, що державне управління госпітальними округами через ефективну систему взаємодії медичних закладів має на меті створити сприятливі умови для інтеграції ресурсів і функцій медичних закладів, оптимізації їх діяльності та гарантування доступності медичних послуг для всіх громадян. Госпітальні округи є важливим елементом сучасної медичної системи, зосередженим на підвищенні ефективності та якості надання медичних послуг населенню. Госпітальні округи не є окремими юридичними особами чи органами територіальної влади окремого рівня, а слугують механізмом координації та спільного прийняття рішень представниками територіальних органів місцевого самоврядування. Межі та структура кожного регіону визначаються на основі критеріїв створення регіону, викладених у «Порядку створення госпітального регіону». Госпітальні регіони створюються як «функціональні об'єднання лікарень, розташованих на певній території».

2. Визначено суть та зміст таких понять як «госпітальний округ», «система взаємодії медичних закладів», «система взаємодії медичних закладів в межах одного госпітального округу», як організована сукупність управлінських процесів, регуляторних механізмів та координаційних структур, спрямованих на забезпечення ефективної співпраці між різними медичними установами. Ця система передбачає централізоване управління ресурсами, стандартизацію медичних процесів, забезпечення безперервного обміну інформацією між закладами та впровадження єдиних протоколів лікування. З позиції державного управління, така система має на меті інтенсифікацію ефективності ресурсовикористання, оптимізацію якості медичних послуг, забезпечення рівного доступу до медичної допомоги та зміцнення здоров'я населення в межах округу.

3. Узагальнено, що комплексний механізм державного управління госпітальними округами, який формується: системою органів влади, процесів, методів та інструментів, створених, розроблених і керованих державою, спрямована на ефективне управління та розвиток медичної галузі. У складі міжсекторального

виробництва виділено чотири механізми: I. нормативно-правовий, II. організаційно-управлінський, III. фінансово-економічний, IV. інформаційно-комунікаційний та обґрунтовано особливості функціонування кожного із цих механізмів в сучасних реаліях. Основною його метою є забезпечення оптимальних умов для задоволення потреб сучасної людини у високо-організованому лікуванні з урахуванням прояву медичного потенціалу в сфері медицини, а також сприяння комплексному розвитку конкретної території через призму міжсекторального співробітництва.

4. Нормативно-правовий підмеханізм включає у себе нормативні акти, що встановлюють правила для функціонування госпітального округу медицини. Він являє собою систему законодавчого забезпечення процесів регулювання сталого розвитку, що включає у себе закони, стратегії та програми. Нормативно-правове поле діяльності госпітального округу визначається законодавчими та підзаконними актами, які регламентують організацію, функціонування та управління госпітальними округами. Законодавчою основою позиціонується Закон України «Про основи законодавства України про охорону здоров'я» щодо створення та функціонування госпітальних округів; Постанови КМУ (на рівні уряду приймаються постанови, що встановлюють порядок створення, функціонування та фінансування госпітальних округів. Ці документи регламентують вимоги до структури госпітальних округів, критерії їх утворення та умови надання медичних послуг).

Наукові результати, висвітлені в розділі 1, опубліковано в працях автора [303; 310; 313; 320; 322].

## РОЗДІЛ 2

### ФОРМУВАННЯ ГОСПІТАЛЬНИХ ОКРУГІВ, ЯК ЧИННИК УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ВІТЧИЗНЯНИЙ ТА ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД

#### 2.1. Методологія та підходи до формування госпітального округу через ефективну систему взаємодії закладів охорони здоров'я

Перелік опорних медичних установ та процес формування госпітальних округів затверджуються Кабінетом Міністрів України. У цілому, в Україні заклади охорони здоров'я можуть функціонувати у форматі приватних, державних чи комунальних установ. Прийнятною, також, є змішана форма власності. Варто зауважити, що в межах кожного госпітального округу план місцевого розвитку передбачає самостійне створення системи комунальних медичних закладів органами місцевого самоврядування, котрі володіють правом, також, на створення, реорганізацію, перепрофілювання та закриття комунальних медичних закладів.

«Порядок створення госпітальних округів», затверджений Кабінетом Міністрів України, визначає, що формування госпітальних округів відбувається із метою організації та систематизації системи медичних установ у територіальних межах областей. Очевидно, що зазначена мережа у процесі практичного втілення державної політики у векторності охорони здоров'я, дозволяє вирішити низку проблемних питань (рис. 2.1).

Загалом, суб'єктами госпітальних округів позиціонуються надавачі медичних послуг. Вони формують функціонально спроможну мережу, складену підприємницькими ініціативами та сукупністю медичних закладів, які володіють необхідними функціональними потужностями та спроможні забезпечувати надання комплексної та якісної медичної допомоги, що має характер безперервності та

зорієнтованості на пацієнта.



Рис. 2.1. Проблематика системи охорони здоров'я, що підлягає вирішенню шляхом впровадження госпітальних округів\*

\*Джерело: [167]

При цьому, до уваги обов'язково приймаються соціально-демографічна специфіка певної території та диференціація розселення.

Безпосередніми учасниками будь-якого госпітального округу, першочергово, позиціонуються органи, уповноважені на функцію управління комунальними та державними медичними установами. Також, до них належать й керівники приватних медичних закладів, функції яких – надання спеціалізованої (вторинної) та екстреної (госпітального етапу) медичної допомоги у межах території області [208].

Процес формування госпітальних округів зосереджений на упорядкуванні та структуруванні мережі медичних закладів задля реалізації гарантованого просторово-часового доступу населення до якісної послуги медичної сфери. Процес упорядкування госпітальних округів передбачає дотримання двох основних принципів: пріоритетність забезпечення доступності якісної медичної допомоги для населення та підтримка належного рівня кваліфікації медиків у закладах, де ця

допомога безпосередньо надається [157].

Госпітальний округ являє собою, по суті, функціональну мережу медичних закладів, яка повинна забезпечити доступність медичної допомоги належної якості згідно з потребами населення. Будучи інструментом взаємодії територіальних громад в контексті розташування закладів вторинної допомоги, госпітальні ради, що створюються у кожному госпітальному окрузі, реалізують етапи планування та ідентифікації пріоритетних перспектив розвитку. На базисі цих пропозицій обласними держадміністраціями повинні розроблятися стратегічні плани розвитку госпітального округу, що передбачають забезпечення:

- оптимальної диференціації функціоналу з надання послуг з охорони здоров'я у межах госпітального округу, ідентифікації векторності та обсягу потенційно надаваної медичної допомоги, із врахуванням просторово-часової специфіки процесу отримання послуг вторинної та екстреної (госпітального етапу) медичних послуг;

- деталізованого опису маршрутів у межах конкретного госпітального округу [232].

Для України характерним наразі є процес активного формування госпітальних округів, що розпочався ще у 2016 році (Постанова КМУ про формування госпітальних округів від 30.11.2016 [260]). У їх межах передбачається забезпечення доступності до лікарні впродовж годинного проміжку часу. У межах кожної області заплановано створення 3-6 госпітальних округів. Основна мета даного процесу полягає у кардинальній модернізації медичної інфраструктури, оптимізації механізму реалізації права на якісні медичні послуги, формації єдиного національного медичного простору.

Зазначена Постанова у момент прийняття мала на меті практичне формування законодавчо-нормативного забезпечення процесу модернізації вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги шляхом формування госпітальних округів. Це мало гарантувати доступ населення до якісних та своєчасних послуг з охорони здоров'я, сприяти загальній оптимізації системи ресурсозабезпечення медичних

закладів, підвищувати рівень ефективності цільового освоєння бюджетних коштів. Окрім того, серед завдань Постанови було створення сприятливих передумов для трансформації принципів діяльності медичних закладів на основі концепції фінансової та управлінської автономності.

Дослідниками Г. А. Слабий та В. М. Лехан акцентовано увагу на активному запровадженні на державному рівні низки практичних заходів у напрямку реорганізації медичної галузі на первинному рівні послуг з охорони здоров'я. Зокрема, характерною тенденцією є перепрофілювання традиційних поліклінік у амбулаторії сімейного типу, що володіють максимально доцільною локацією з врахуванням місць проживання потенційно обслуговуваного населення.

Також, задля оптимізації показника якості надання спеціалізованих медичних послуг активно реалізуються заходи щодо об'єднання системи закладів охорони здоров'я. Вони повинні забезпечувати доступність необхідної допомоги в контексті спеціалізованої методології діагностики, лікування та реабілітації, залучення інноваційного досвіду в галузі медицини, технологій та наукових рішень.

Пріоритетність, при цьому, відводиться багатoproфільним закладам охорони здоров'я, котрі повинні надавати інтенсивну медичну допомогу. Мова йде, першочергово, про екстрену медичну допомогу, адже рівень її якості та доступності часто постає визначальним чинником щодо збереження життя та здоров'я населення. Варто зазначити, що у практиці розвинених країн саме багатoproфільним закладам охорони здоров'я відводиться близько 90% усіх стаціонарних медичних закладів [133, с. 11].

Необхідно зацентувати, що госпітальний округ являє собою об'єднання медичних закладів, що реалізують вторинну медичну допомогу, що формується на підґрунті певних критеріальних чинників і функціонує згідно з нормами положення, розробленого і затвердженого Міністерством охорони здоров'я (МОЗ).

Формування дієвої мережі закладів охорони здоров'я практично реалізовується на базисі синергізації низки принципів, серед яких:

- високий рівень якості та безпечності медичної допомоги на підґрунті системи

доказової медицини;

- гарантована своєчасність доступу до необхідної медичної допомоги;
- економічна ефективність [232].

У практичному полі госпітальні округи потенційно можуть об'єднувати заклади охорони здоров'я із кількох міст і районів, або ж сільських районів, що визначається щільністю населення та характером його розселення, станом матеріально-технічного і кадрового потенціалу стаціонарів, транспортних комунікацій, специфіки профілювання і структури системи медичних послуг [108, с. 74]. Необхідним за таких умов є врахування запитів та потреб населення щодо медичної допомоги, що дозволить забезпечити відповідні умови для практичної реалізації якісної допомоги, оптимізувати процеси ресурсовикористання. Загалом, формування госпітальних округів відбувається у територіальних межах області. Специфіку структури госпітального округу репрезентовано на рис. 2.2.

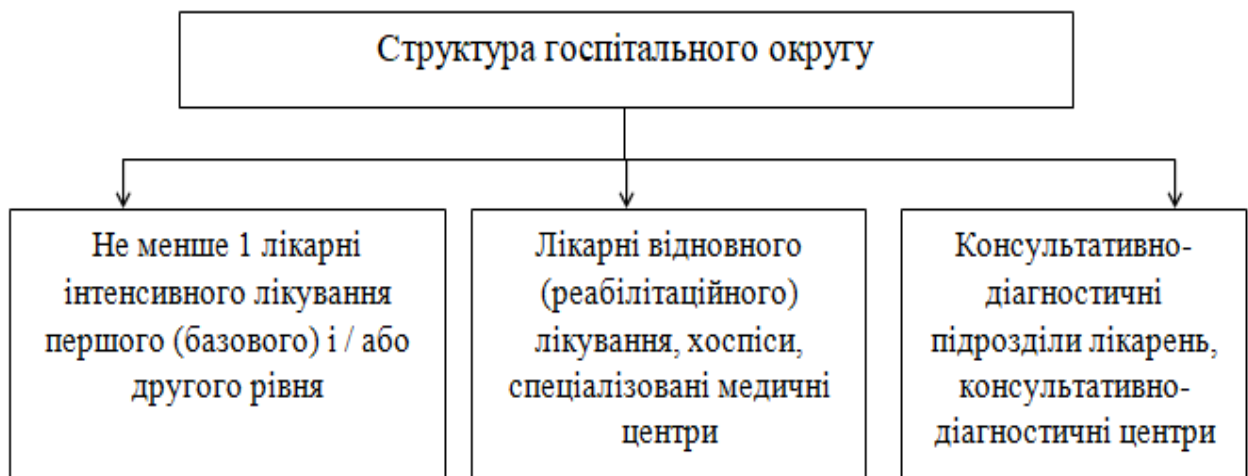


Рис. 2.2. Структура госпітального округу\*

\*Джерело: [208; 315; 137]

Щодо медичного закладу інтенсивного лікування першого (базового) рівня, ним має забезпечуватись практична реалізація медичної допомоги розрахунково мінімум на 120 тисяч осіб, водночас, медичним закладом інтенсивного лікування другого рівня – не менше 200 тисяч осіб [232].

Стосовно лікарень другого рівня, передбачена певна специфіка. Зокрема,

передбачено здійснення медичними фахівцями планового лікування пацієнтів, для яких характерними є хронічні захворювання, або ж продовження лікування пацієнтів після медичного закладу першого рівня. Також, у межах закладів охорони здоров'я другого рівня передбачено наявність відділення екстреної допомоги, що комплементарно вимогам міжнародних стандартів. Відповідно, інші лікарні мають бути перепрофільовані згідно із запитами та потребами населення, що позиціонується доцільною перспективою трансформації їх у заклади якісного планового лікування, хоспіси, реабілітаційні центри [149; 322].

У цілому, процес формування госпітальних округів проходить певну етапність (формування меж, створення госпітальних рад та розробка ними планів розвитку округу) (рис. 2.3).

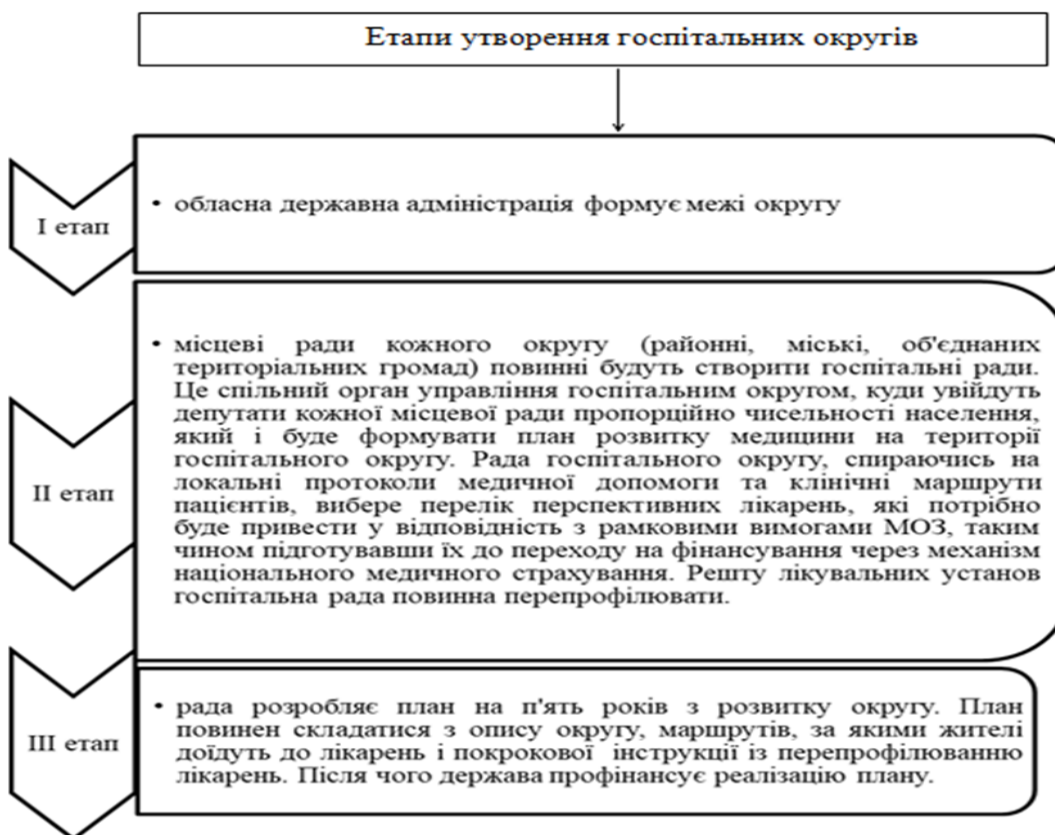


Рис. 2.3. Етапи утворення госпітальних округів\*

\*Джерело: [133; 208; 322]

Склад та межі госпітальних округів детермінуються так, аби населення володіло безперешкодним доступом до вторинної медичної допомоги.



Адміністративним центром госпітального округу ідентифікується населений пункт (зазвичай, місто), із населенням не менше 40 тис. осіб. Ним може бути, також, населений пункт, найближчий за територіальною локалізацією до медичного закладу інтенсивного лікування [34].

Критерієм визначення територіальних меж госпітального округу визначено можливість забезпечення своєчасності доступу до медичного закладу інтенсивного лікування (допустимий максимум – 60 хв.), у радіусі локації 60 км. Межі обслуговування, також, можуть бути визначені у меншій розмірності, у випадку специфіки рельєфу, відсутності шляху сполучення, ускладнених комунікацій [130, с. 65].

У межах кожного госпітального округу передбачена наявність хоча б одного багатопрофільного медичного закладу інтенсивного лікування першого чи другого рівня, що дозволить надавати екстрену допомогу в межах однієї установи охорони здоров'я [141]. Реалізація функціоналу багатопрофільної лікарняної установи інтенсивного лікування (БЛІЛ) належить до повноважень медичних закладів у межах госпітального округу.

У 2017 році плани створення госпітальних округів з 14 областей України були подані на розгляд центральних органів виконавчої влади і згодом затверджені Урядом. МООЗ України володіє планами госпітальних округів ще від чотирьох областей (станом на 27 січня 2017 року 12 областей України та місто Київ подали переліки госпітальних округів на затвердження) [347, с. 35]. Загалом, функціональні можливості БЛІЛ повинні гарантувати забезпечення процесів лікування, догляду та реабілітації [208; 232].

Основними медичними послугами, що надаються на першому та другому рівнях лікарні, є вторинна та екстрена допомога (рис. 2.4). У межах діяльності медичних закладів, що відносяться до певного госпітального округу, необхідно є інтеграція медичних стандартів, у тому числі, тих, що розроблені згідно з наказом МООЗ України від 28.09.2012 р. №751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі

Міністерства охорони здоров'я України» [159].

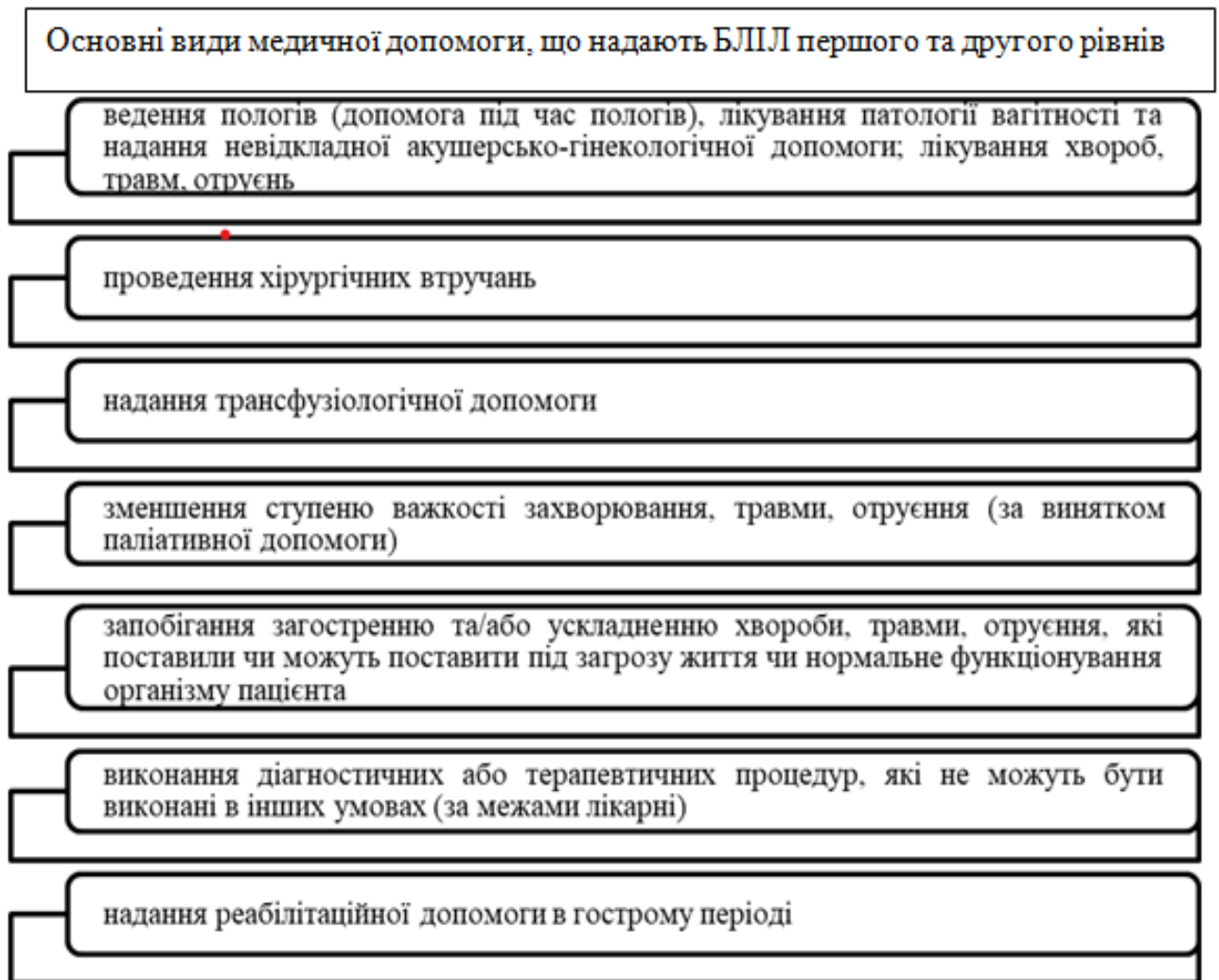


Рис. 2.4. Напрямки допомоги, що надається пацієнтам на першому та другому рівні\*

\*Джерело: [133; 141; 291]

На переконання учених Г. О. Слабкого, М. В. Шевченка, А. І. Зозулі, задля ефективної оптимізації діяльності мережі закладів вторинної медичної допомоги необхідними є наступні заходи:

- формування пропозиції щодо структурної трансформації мережі лікарень (районних, міських і дільничних), їх перепрофілювання та спеціалізації комплементарно потребам та запитам місцевого населення щодо медичної допомоги;
- локалізація видатків на рівні обласного бюджетування на систему

забезпечення якісної вторинної допомоги;

- реалізація видатків, диференційованих за певними видами послуг з охорони здоров'я, із використанням програмно-цільового підходу на рівні місцевих бюджетів;

- формування системи договірних відносин щодо обслуговування населення в галузі медицини між головними розпорядниками бюджетних коштів обласних бюджетів та медичних закладів, що реалізують вторинну медичну допомогу;

- забезпечення належного рівня кваліфікації, організація навчання відповідних напрямків, у тому числі, що дотичні до інтеграції програмно-цільового бюджетування [291, с. 262].

Необхідно зауважити, що практична цінність та новизна даного методу вбачаються у можливості диференціації цільового використання коштів та синергії демократичної автономності та контролінгу даного процесу. Наприклад, лікувальній установі потрібні бинти, а гроші можна витратити тільки на оплату електрики. У програмно-цільовому методі дається пул ресурсів, і, по суті, там є тільки дві статті – заробітна плата і інші видатки. У керівництва лікувального закладу з'являється можливість придбати необхідні медпрепарати, обладнання, стимулювати працю лікарів. Заробітна плата лікаря буде складатися з двох частин: перша – ставка згідно з тарифною сіткою і друга – доплата за якість виконаних робіт.

Для її визначення будуть використовуватися відповідні коефіцієнти, які після обговорення з медичною громадськістю затвердить Міністерство охорони здоров'я. Поява стимулу при переході на програмно-цільовий метод – це, напевно, найважливіше завдання, яке повинно вирішувати реформа охорони здоров'я [291, с. 263]. Створення системи госпітальних округів потребує практичної інтеграції аспектів стаціонарної та первинної медичної допомоги. При цьому, в Україні вбачається можливою інтеграція у двох концептуальних форматах – вертикальна і горизонтальна (рис. 2.5.). Горизонтальна позиціонується як диференціація послуг з охорони здоров'я за посередництвом специфічної координуючої системи, яка передбачає застосування методу «ведення пацієнта» і деякі конкретизовані клінічні

НАСТАНОВИ.

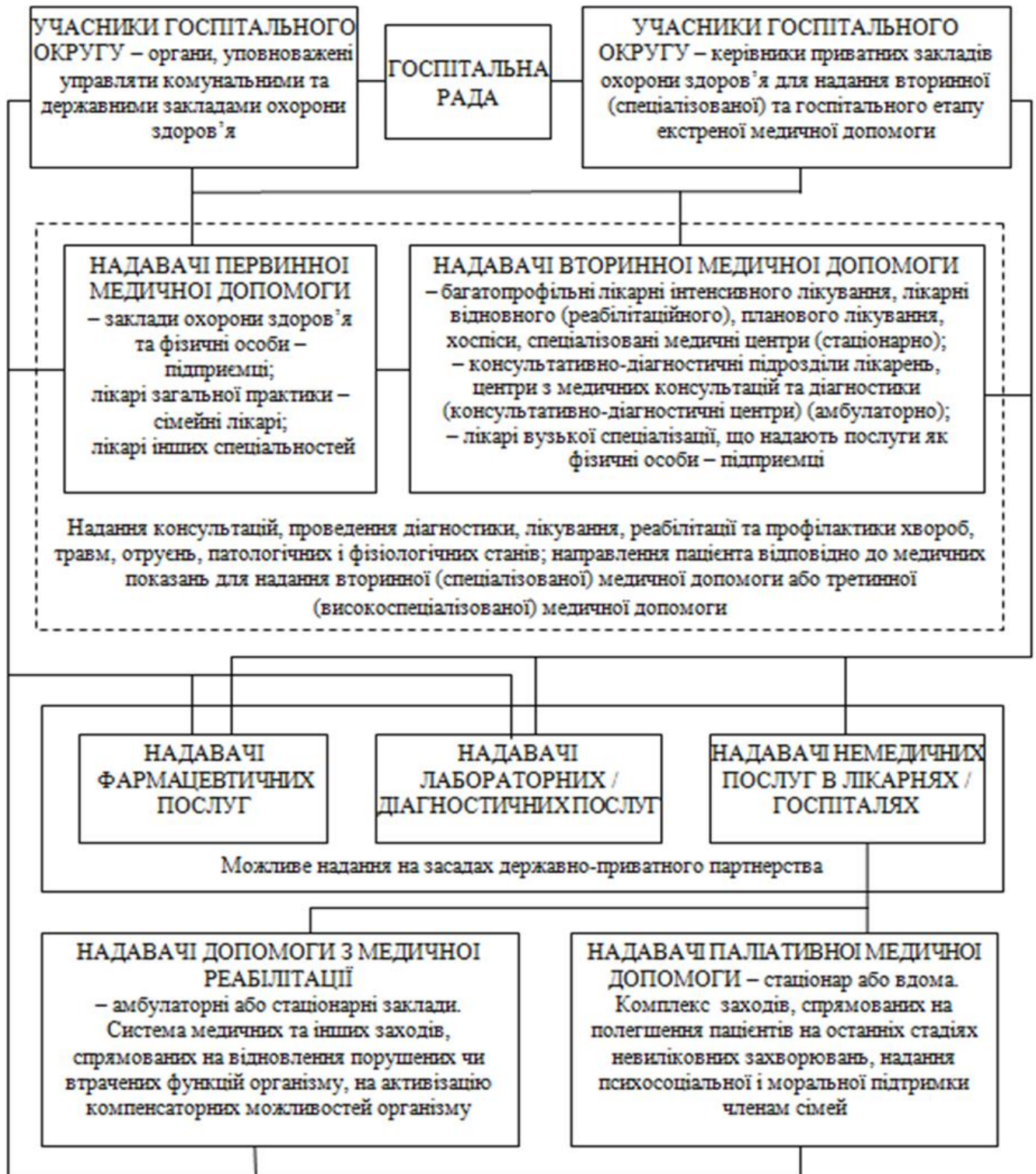


Рис. 2.5. Структура і взаємодія в межах госпітального округу\*

\*Джерело: власна розробка автора

Натомість, вертикальна інтеграція позиціонує можливість отримання у межах однієї організації медичної допомоги будь-якого рівня – амбулаторну, стаціонарну,

чи надомну. Тобто, вона інтегрує систему багаторівневих механізмів регулювання.

Необхідно зауважити, що у світовій практиці горизонтальна інтеграція характерна для медичної системи Швеції, Данії, Фінляндії, Нідерландів. Для практичного функціонування системи горизонтальної інтеграції у цих країнах створюються лікарські об'єднання та ефективно координується їх взаємодія на базисі комплексних клінічних настанов та прийнятих програм. У контексті Німеччини, крупні багатопрофільні лікувально-профілактичні заклади синергізують аспекти служби діагностики, спеціалізовану та первинну медичну допомогу [327, с. 187–188].

Вертикальна інтеграція практикується у Великобританії. Заклади охорони здоров'я різних рівнів у Великобританії асимільовані у єдину систему та формують певну внутрішню формацію медичних послуг. При цьому, першочерговим пріоритетом позиціонується первинна ланка медичних послуг, а об'єктом фінансування виступають не відокремлені медичні установи, а повна система медичних закладів [137].

Специфіка механізму вертикальної інтеграції системи медичної допомоги вбачається у наступних концептах:

- 1) наявність договірних відносин між об'єднаною мережею лікувально-профілактичних закладів та єдиним замовником послуг з охорони здоров'я;
- 2) формування договірних взаємин у межах єдиної спільної системи лікувально-профілактичних установ галузі охорони здоров'я;
- 3) забезпечення цілісності фінансування;
- 4) реалізація визначеного нормативного підґрунтя фінансових взаємозв'язків;
- 5) наявність синергійної взаємодії організаційних та фінансових управлінських заходів щодо структури надання послуг.

Загалом, такий підхід передбачає визначену керованість медичної допомоги, що активно практикується у міжнародній управлінській медичній практиці. Зазначений підхід базується на максимальній орієнтованості на запити, вимоги та

потреби пацієнта. У його основі лежить тісна співпраця між постачальниками первинної та спеціалізованої медичної допомоги у межах єдиного медичного та фінансового поля, що знаходить практичне вираження у взаємодії та координації, з конкретизованою диференціацією функцій і загальною відповідальністю за потенційний кінцевий результат [37].

У межах діяльності центрального галузевого органу виконавчої влади стосовно медичних гарантій – Національної служби здоров'я України, активно імплементується концепція забезпечення медичної допомоги на основі стимулювання зацікавленості усіх закладів лікувально-профілактичного характеру в інтенсифікації рівня якості послуг з охорони здоров'я, а також у економічній ефективності як окремих ланок, так і всієї мережі [134].

Стратегія діяльності Національної служби здоров'я України актуалізує необхідність керованості сучасної системи медичної допомоги, що має розвиватися на основі ринкових засад, зокрема – концептах фінансової відповідальності, страхування, конкуренції, договірних відносин. Проте, основною ціллю медичної реформи залишається скорочення видатків державного бюджету на охорону здоров'я і суворий фінансовий контроль у галузі.

Варто відзначити, що частка валового внутрішнього продукту на медичну сферу в Україні складає 3,41% [346], водночас, у країнах європейської спільноти це значення сягає 6-7%. Зазначений орган володіє векторністю діяльності щодо трансформування систему вітчизняної медицини у форматі узагальненої участі всіх медичних установ у просторі єдиних фінансових зобов'язань.

У межах інтегрованої системи реалізації медичної допомоги усі ланки наділяються окремими зобов'язаннями в аспекті обсягу реалізації послуг з охорони здоров'я, а також беруть участь у диференціації фінансових ризиків. При цьому, система взаємозв'язків між ними формується на договірних засадах. Узгодженістю детермінуються:

- 1) види медичних послуг, що реалізуються;
- 2) межі фінансових зобов'язань сторін;

3) частка поособового нормативу у контексті кожної сторони угоди.

Інтегрована система охорони здоров'я являє собою, по суті, комплекс узгоджених механізмів, що забезпечують структурованість процесу реалізації медичної допомоги. Медична допомога, у загальному контексті, позиціонується як діяльність, що володіє векторністю охорони здоров'я населення, профілактики та попередження захворювань, передбачає: стаціонарна та амбулаторна допомога, невідкладна допомога, психіатрична допомога, реабілітація, хоспіс, паліативна допомога, фармацевтична допомога, оцінка інвалідності та інші види допомоги, визначені у законодавчо-правовому полі [89].

З практичної точки зору, медична послуга - це сукупність дій, які виконує медичний працівник при наданні медичної допомоги (пов'язаних із забезпеченням лікарськими засобами та виробами медичного призначення з метою діагностики, лікування, покращення працездатності, відновлення та довготривалого зміцнення здоров'я), при цьому за кожну таку дію розраховується та сплачується вартість.

Медична допомога реалізовується згідно з галузевими стандартами (протоколами). Її ресурсне забезпечення – медичні послуги та їх оплата – базується на процесах обліку медичних послуг за прийнятими та введеними у дію медико-економічними стандартами [89]. У межах системи інтегрованої медичної допомоги, при цьому, лікування реалізовується за встановленими протоколами, котрі формуються на практичній основі кращого, емпірично доведеного досвіду. Окреслений підхід дозволяє забезпечити належну якість послуг з охорони здоров'я та їх ефективність у економічному аспекті. Із метою максимально ефективної координації надання послуг з охорони здоров'я практикується використання затверджених клінічних протоколів, при цьому, діяльність суб'єктів усіх рівнів регулюється цими протоколами. Механізми та елементи взаємодії медичних закладів у межах інтегрованої системи охорони здоров'я приведені у табл. 2.1.

Таблиця 2.1

**Елементи та механізми взаємодії закладів охорони здоров'я інтегрованої системи\***

Елементи взаємодії	Механізми взаємодії
Кооперація медичних закладів для ідентифікації та досягнення спільних цілей за обсягом медичної допомоги і надаваних медичних послуг	Розроблення спільної стратегії реалізації медичних послуг, із диференціацією ролей, завдань та меж відповідальності.
Інтегроване управління медичною допомогою	Моніторинг діяльності ланок системи, інтеграція інноваційних технологій, ідентифікація раціонального медичного маршруту. стимулювання розвитку кожної ланки системи.
Синергія процесів розроблення і впровадження клінічних протоколів лікування	Забезпечення дотримання клінічних стандартів лікування усіма, без винятку, ланками системи.
Синергія окремих ланок надання послуг з охорони здоров'я у контексті спільних економічних інтересів	Інтегрування фінансових аспектів діяльності. Формация та затвердження поособового нормативу.
Взаємозв'язок між учасниками інтегрованої системи на основі договірних відносин	Ідентифікація частки кожної ланки у нормативі з попередньою оплатою.
Розподіл прибутку на основі договірних домовленостей	Згідно з визначеними частками кожної ланки.

*\*Джерело: власна розробка автора*

Система взаємодії між різними постачальниками різних рівнів медичної допомоги передбачає можливість забезпечення на договірній основі за певними напрямками інтеграції, серед яких – фінансовий, клінічний та організаційний. Такий підхід дає змогу ефективно координувати функціонування системи надання медичної допомоги населенню певної категорії чи територіальної приналежності, гарантувати дотримання принципу наступності медичних послуг згідно з концепцією горизонтальної чи вертикальної інтеграції (рис. 2.6).

Загальну координацію практичного функціонування медичних установ необхідно реалізовувати шляхом горизонтальної інтеграції, що, у тому числі, передбачає формування медичного об'єднання. У разі, якщо в межах госпітальному округу функціонує багатопрофільна лікарня, що позиціонується спроможною та самостійною, то доцільним є забезпечення реалізації усіх видів медичної допомоги в форматі єдиної системи, де пріоритетність відводиться первинній ланці. Процес фінансування усіх видів медичної допомоги в разі застосування вертикальної



інтеграції реалізується єдиним замовником, відповідно до нормативу.

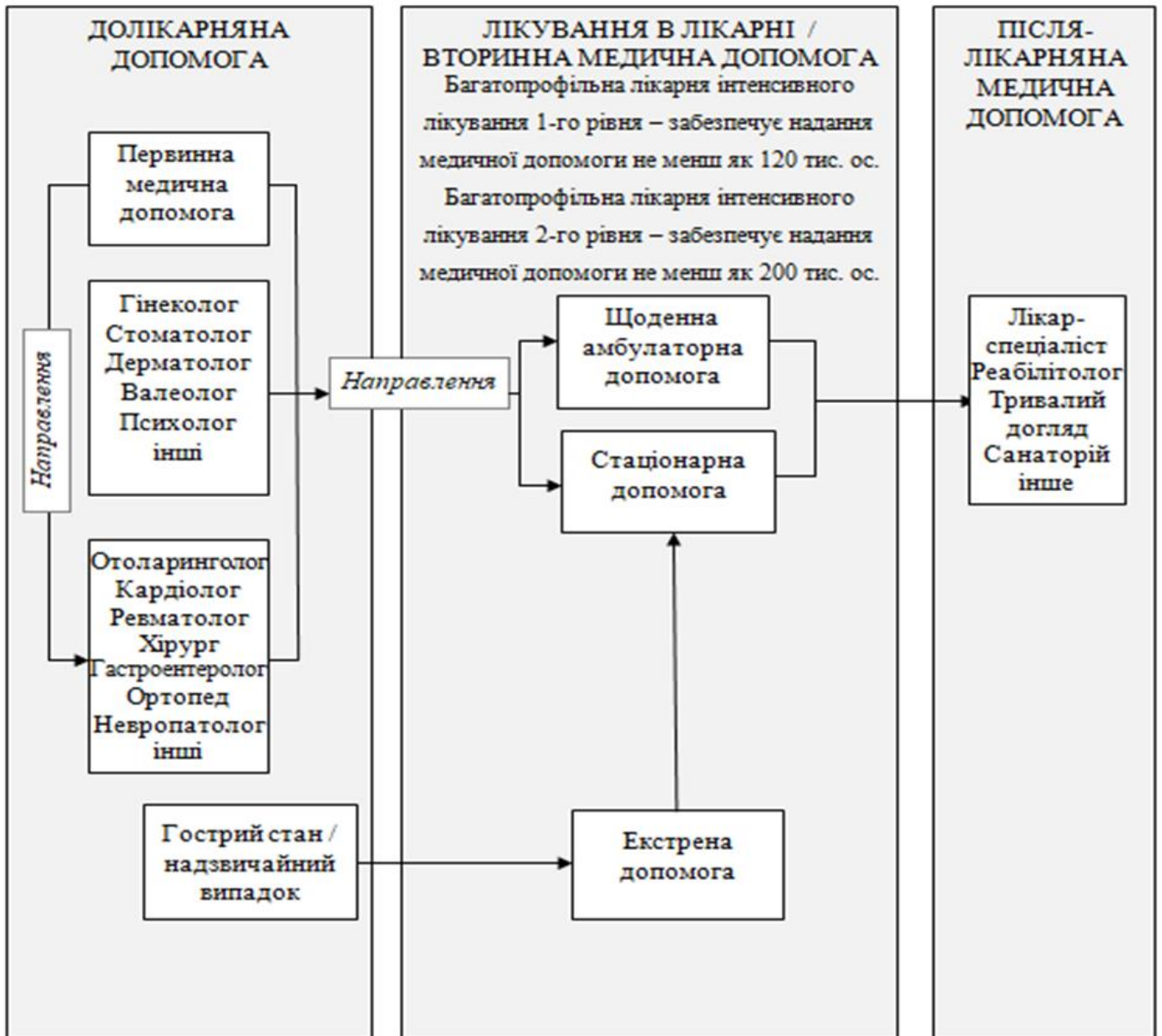


Рис. 2.6. Схема механізму надання медичної допомоги у госпітальному окрузі\*

\*Джерело: власна розробка автора

Система медичних послуг, сформована на базі механізму інтеграції, дає змогу ефективно перерозподіляти ресурси через первинну ланку охорони здоров'я [137]. Окреслена стратегія створює передумови для ефективного планування вторинної допомоги за прийнятою диференціацією захворювань і послуг [292], коригувати фінансове забезпечення медичних стаціонарів, втілюючи у практичному полі

принцип «гроші йдуть за пацієнтом».

Національна служба здоров'я в Україні позиціонує пріоритетність інтеграції механізмів комплексної взаємодії між лікарняними установами та закладами первинної медицини у рамках функціонування госпітального округу. Окреслена взаємодія містить у основі тісну співпрацю та ефективну координацію діяльності, спільну відповідальність за результативність діяльності, диференціацію обов'язків між ланками системи.

Очевидно, що форми вище вказаної взаємодії та координації визначаються реальними ситуативними умовами, місцевою специфікою, рівнем відповідності існуючої бази медичних закладів суспільним вимогам у межах округу.

Інтеграція системи госпітальних округів у національну систему медицини передбачає створення мережі медичних закладів, спроможних у найкоротші терміни надати невідкладну допомогу будь-якому громадянину. Іншими словами, при визначенні госпітальних округів слід орієнтуватися на систему, яка ставить на перше місце інтереси населення, без жодних планів щодо їх прив'язки до адміністративних центрів. Планується, що пацієнти матимуть доступ до вторинної медичної допомоги у закладі охорони здоров'я на відстані не більше години їзди. Цей принцип можна визначити як принцип доступності закладів охорони здоров'я.

Після того, як реформа медицини вступила в силу і були створені госпітальні округи, послуги, що надаються медичними установами, були розділені на три основні групи. Перша група - це вторинна спеціалізована допомога, друга група - екстрена допомога і третя група - планова допомога. Загалом таке розмежування скасували та запровадили кластерний підхід.

Кластерний підхід до формування госпітальних округів передбачає об'єднання медичних установ у певні групи або кластери на основі різних критеріїв та спільних характеристик. Основна мета такого підходу – створення оптимальних умов для надання медичних послуг та управління здоров'ям у певній територіальній одиниці.

Основні аспекти кластерного підходу до формування госпітальних округів включають:

1. Географічні фактори: кластери формуються на основі географічних особливостей, таких як густота населення, доступність до медичних установ, географічні обмеження та інші.

2. Демографічні та епідеміологічні характеристики: утворення кластерів може ґрунтуватися на демографічних та епідеміологічних характеристиках населення, таких як вікова структура, рівень захворюваності, специфічні потреби тощо.

3. Типи та рівні медичної допомоги: кластери можуть бути сформовані залежно від типів та рівнів медичної допомоги, що надаються, включаючи загальнопрактичну, спеціалізовану, екстренну медичну допомогу тощо.

4. Ефективність та доступність медичних послуг: формування кластерів може сприяти підвищенню ефективності та доступності медичних послуг, забезпечуючи більш рівномірний розподіл ресурсів та покращення координації між медичними установами.

5. Можливості співпраці та обміну ресурсами: кластерний концептуальний підхід забезпечує сприятливі передумови взаємодії та обміну ресурсами між медичними установами, що дозволяє ефективніше використовувати доступні ресурси та забезпечувати більш високий рівень медичної допомоги.

Загалом, кластерний підхід до формування госпітальних округів сприяє покращенню організації та надання медичних послуг, забезпечуючи більш ефективне та координоване управління системою охорони здоров'я [37].

У разі інтеграції традиційної системи госпітальних округів характерним є масштабний перерозподіл потенційного функціоналу закладів охорони здоров'я, їх цільова векторність. З-поміж усіх медичних закладів, які функціонують в рамках визначеного госпітального округу, передбачається диференціація за конкретною спрямованістю та потоком пацієнтів. Зокрема, повинні бути ідентифіковані найбільш потужні медичні заклади (ЛЛ), котрі володіють спроможністю надавати максимально широкий спектр медичних послуг при наданні вторинної спеціалізованої допомоги.

Як диктують умови медичної реформи, ЛПЛ мають локалізуватись на такій дистанції від потенційного пацієнта, яку цілком можливо подолати у проміжок часу не більше 60 хв. Пріоритетним завданням таких установ є забезпечення цілодобового доступу до стаціонарної медичної допомоги як екстреного, так і планового характеру. Згідно з умовами медичної реформи, діяльність такого типу закладів галузі охорони здоров'я передбачає наявність відділень екстреної допомоги, хірургії, травматології, пологового відділення. При цьому, заклад охорони здоров'я повинен володіти максимально доступними діагностичними функціями.

Особливістю реформи системи охорони здоров'я є наявність в одному госпітальному окрузі великої кількості закладів інтенсивної терапії, кожен з яких спеціалізується у вузькоспеціалізованій галузі або поєднує функції кількох вторинних медичних спеціальностей. Наприклад, у госпітальному окрузі одна лікарня може спеціалізуватися на кардіологічній та респіраторній допомозі, інша - на перенатальній та гінекологічній, третя - на травматології та хірургії тощо. Кількість пацієнтів, яких лікарня лікує за рік, відіграє важливу роль у визначенні того, яка лікарня є опорною.

Оскільки госпітальні округи вже регулюються обласною владою, цілком природно створювати декілька лікувальних центрів в межах одного округу, щоб задовольнити населення. Іншим аспектом, який регулюється обласною владою, є тривалість існування госпітальних центрів: кожні три-п'ять років необхідно реалізовувати оцінювання ефективності діяльності та на основі результатів приймати рішення про збереження або переміщення центру.

Що стосується механізмів створення госпітальних округів, то слід розуміти, що вони містять дуже різні елементи. Як свідчить практика, переважно, учасниками формації госпітального округу виступають органи, уповноважені на функції з управління державними, комунальними та приватними медичними закладами.

З-поміж проблем у створенні госпітальних округів була організація цього механізму. Завдяки активному впровадженню політики децентралізації процес

формування госпітальних округів був делегований на розсуд місцевої влади та міських громад. Як результат, у 2017 році госпітальні округи були сформовані фактично на всій території України. Зокрема, у Вінницькій області – три госпітальні округи за площею та кількістю населення. У Дніпропетровській області – п'ять госпітальних округів, до складу яких належать вісім лікарень інтенсивного лікування, 2 000 лікарень інтенсивного лікування тощо. У Харківській, Запорізькій, Івано-Франківській та інших областях є по п'ять госпітальних округів, у Херсонській - чотири, у Хмельницькій - три, у Кіровоградській - два.

Кожен госпітальний округ має володіти лікарнями інтенсивного лікування за такими спеціалізаціями, як кардіологічні центри, неврологічні центри, пульмунологічні центри, хірургічні центри, травматологічні центри, ендокринні центри, гінекологічні та перинатальні центри, офтальмологічні центри, але в залежності від рівня надаваної допомоги медичного плану та територіального розташування, кількість центрів інтенсивного лікування в госпітальному окрузі варіюється.

Залежно від рівня розвитку різних відділень медичного закладу, на базі однієї лікарні може бути створено кілька центрів вторинної спеціалізації. Прикладами можуть бути хірургічні, травматологічні, неврологічні, пульмонологічні та інші центри. Залежно від розміру госпітального округу, центри однієї спеціалізації можуть бути розташовані в різних частинах госпітального округу. Наприклад, у Дніпровському госпітальному окрузі налічується від 25 до 35 вторинних хірургічних центрів, що пов'язано з високою щільністю населення та географічним розташуванням медичних закладів. Наприклад, єдиний у Дніпрі центр дитячої онкології розташований у Дніпровській обласній дитячій лікарні.

У обласних центрах формування кількох госпітальних округів планувалося відповідно до готовності міських громад координувати фінансові, економічні, регіональні та соціальні питання, пов'язані з функціонуванням медичних установ. У сільській місцевості акцент робився на місцевому розташуванні та доступності до медичних закладів. Села були менш заселені, тому пріоритетними були місцеві

питання. При створенні госпітальних округів було незвично, коли один район приймав пацієнтів із сусідніх районів; медичний заклад, призначений як відділення інтенсивної терапії, використовувався як опорний. Так було в багатьох областях, у тому числі й у Волинській. Однак такий підхід не є фінансово чи економічно вигідним. Обласні та районні громади надають фінансування на кількість пацієнтів, зареєстрованих у цьому районі в межах даної області. У цій ситуації лікарні опиняються в невідповідному становищі через брак фінансування та персоналу.

Лише коли країна зіткнулася з цією проблемою, влада повернулася до системи взаємодії між обласними органами місцевого самоврядування та лікарняними центрами, що допоможе вирішити фінансово-економічні аспекти проблеми. Такий підхід також зумовить зростання кількості лікарняних установ, що спеціалізуються на вторинній медичній допомозі.

Незважаючи на існування обласних кордонів, дві лікарні, що реалізують вторинну медичну допомогу, цілком можуть розташовуватись поруч, проте кожна відноситься до іншого адміністративного центру.

Аналіз таких факторів, як щільність населення та географічне розташування, показує, що кількість лікарняних центрів у кожному регіоні різна, але організована таким чином, що всі пацієнти отримують необхідну їм медичну допомогу вторинного рівня.

У процесі формування госпітальних центрів береться до уваги процес природної міграції населення. Аналітика даних щодо завантаженості та можливостей медичних установ дозволяє ідентифікувати заклади вторинної медичної допомоги, котрі доцільно використовувати додаткові ресурсні центри в екстрених ситуаціях. Прикладами є гінекологічні центри на базі перинатальних центрів та травматологічні центри на базі хірургічних комплексів.

Окреслене пов'язано з тим, що, наприклад, якщо пацієнта, який потребує екстреного видалення апендициту, перевозять каретою швидкої допомоги, його слід везти не в лікарню, а в резервний центр, який, швидше за все, менш перевантажений і знаходиться ближче до пацієнта. Якщо резервний центр знаходиться далі, пацієнта

обов'язково транспортують до лікарні. Якщо діагноз не може бути встановлений і причина хвороби незрозуміла, пацієнта обов'язково транспортують до лікарні для проведення діагностичних тестів, навіть якщо інша лікарня знаходиться ближче [208].

Згідно з реформою системи охорони здоров'я, принцип «гроші йдуть за пацієнтом» застосовується в організації фінансово-економічних питань. Зрозуміло, що такий підхід дуже корисний для лікарень, які визначені як лікарні інтенсивного лікування, але як щодо менших лікарень з меншою кількістю пацієнтів?

Для вирішення цієї проблеми в медичній реформі передбачається наступний сценарій. Лікарні, які можуть надавати розширену вторинну медичну допомогу, але працюють невеликими, але ефективно, надають медичну допомогу на вузькій території та проводять просвітницьку роботу, оскільки необхідно створити умови для того, щоб пацієнти хотіли відвідувати ці лікарні. Наприклад, медичні центри можуть надавати звичайні амбулаторні послуги сімейними лікарями, але вони також повинні мати базу пріоритетних медичних послуг. Зокрема, кардіологічні та нейрохірургічні центри можуть працювати на амбулаторній основі. Якщо розмір медичного закладу невеликий і перекваліфікація персоналу неможлива, його функцію слід припинити.

Неефективні медичні заклади, ймовірно, будуть закриті. Наприклад, медичний заклад, в якому обслуговується менше 50 пацієнтів і працює близько 10 медичних працівників, швидше за все, буде перепрофільований у медичний центр, оскільки утримувати такий медичний заклад недоцільно, а медичний персонал буде зайнятий роботою медичного закладу, в послугах якого є потреба. Хоча такий підхід може здатися неефективним для медичного персоналу через зміну місця роботи, він є ефективним з точки зору реалізації медичної реформи, оскільки запобігає масовому звільненню медичних працівників [29].

Муніципальні, районні та державні органи влади, відповідно до визначеної системи, надають фінансування закладам, які найбільше потребують покращення у зв'язку з розширенням послуг, що надаються медичними закладами. Фінансування

медичних закладів базується на результатах їхньої діяльності та збільшенні кількості пацієнтів. Це принцип «гроші йдуть за пацієнтом», але додаткове фінансування надається лише тим закладам охорони здоров'я, які довели свою ефективність.

Відповідно до цього принципу фінансування та програми формування госпітальних округів, лікарняні станovi можуть забезпечити власний розвиток та модернізацію шляхом покращення загального технічного та матеріального забезпечення. Застосування цього принципу при наданні спеціалізованих медичних послуг уможлиблює загальний розвиток медичних закладів і сприяє підвищенню їх ефективності.

Принцип «гроші йдуть за пацієнтом» не лише підвищує рівень фінансування медичних закладів, але й дозволяє пацієнтам визначити заклади, яким вони найбільше довіряють. Це означає, що їм більше не доведеться звертатися до лікаря, визначеного за місцем проживання, а до лікаря, який є більш кваліфікованим і може допомогти їм покращити своє здоров'я. Взаємодія між госпітальними округами та два елементи принципу «гроші йдуть за пацієнтом» дозволять вирішити фінансові проблеми медичних закладів та сприятимуть розвитку пацієнто-орієнтованої медицини.

Очевидно, що навіть висококваліфіковані фахівці втрачають свої навички, якщо вони не практикують, тоді як ті, хто практикує постійно, розвивають більш досконалі знання та практичні навички, проблема синергізації цих двох аспектів має бути вирішена шляхом створення госпітальних округів. Формування госпітальних округів чи вторинних центрів, що надають спеціалізовану медичну допомогу, дозволило б змінити структуру медичних кадрів таким чином, щоб, наприклад, медичні фахівці могли, за бажанням і за умови визнання їхньої кваліфікації, працювати в спеціалізованому центрі, що відповідає їхній вузькопрофільній галузі.

Однак здебільшого медичний персонал вирішує залишатись на місці роботи через стабільність свого поточного місця розташування. Для забезпечення професійного розвитку медичного персоналу організуються систематичні навчальні курси, які дозволяють лікарям здобувати інноваційного досвіду та



опанувати нові професійні можливості.

Очевидно, що рівень якості послуг з охорони здоров'я визначається не лише технологічним та технічним забезпеченням медичних закладів, але й рівнем компетентності медичного персоналу. Тому підготовка медичного персоналу є одним з основних факторів, що детермінують якість послуг, які надаються медичними закладами.

Останнім фактором, що визначає ефективність роботи лікарняних центрів, є баланс між потребами громадян у медичних закладах.

Наприклад, якщо є центр вторинної медичної допомоги в контексті серцево-судинних захворювань, зручно і розумно звернутися до географічно ближчого медичного закладу, але якщо таких центрів у місті чи районі два, пацієнтам доводиться робити вибір.

Специфіка структури госпітального округу, що передбачена медичною реформою, передбачає наступне:

- розроблена та впроваджена концепція формування мережі медичних установ позиціонується досить ефективною, адже вторинна допомога у такому випадку може надаватись безпосередньо будь-яким медичним закладом районного рівня, що є комфортним та ергономічним рішенням щодо територіального розташування;

- практична реалізація вторинної медичної допомоги вузької спеціалізації проходить у межах діяльності медичних закладів, котрі визначені як лікарні інтенсивного лікування, що суттєво сприяє зростанню рівня професіоналізму профільних медичних фахівців;

- диференціація ЛЛЛ за окремими медичними галузями вбачається доцільною за рахунок превентивного запобігання перевантаженню одних медичних закладів та неповної завантаженості інших, а також сприяння мобільності екстреної допомоги;

- індивідуальна локація пологового будинок дозволяє реалізувати концепцію убезпечення немовлят та породіль;

- ефективною вбачається територіальна локалізація медичних закладів, що

спеціалізуються на допомозі дітям, окремим корпусом;

- переваги такої системи охорони здоров'я також полягають у тому, що планове лікування та планові операції проводяться у закладах, які надають планову медичну допомогу, і не створюють надмірного навантаження на заклади, що обслуговують ургентних пацієнтів;

- недоліком формування госпітальних округів є цілодобова зайнятість лікарів, компетентних не у всіх векторах медичної проблематики, що спричиняє втрату додаткового часового ресурсу у випадку екстреної ситуації для виклику профільного фахівця;

- недоліком є, також, нерівномірність ресурсно-фінансового забезпечення медичних закладів.

Інтеграція кластерного підходу в структуру госпітального округу сприяло значному покращенню його організації та функціонування. Кластери, сформовані на основі географічних, демографічних та епідеміологічних характеристик, стали ефективними механізмами для оптимізації доступності та якості медичних послуг у різних частинах госпітального округу.

Структура госпітального округу стала більш гнучкою та адаптивною до потреб населення, оскільки різні кластери можуть спеціалізуватись на різних типах медичної допомоги відповідно до специфічних потреб мешканців певних районів. Це дозволяє ефективніше використовувати наявні ресурси та забезпечувати більш індивідуалізовану медичну допомогу.

Крім того, формування кластерів стимулює співпрацю та обмін досвідом між медичними установами в межах одного кластера, що сприяє підвищенню якості та ефективності реалізації послуг з охорони здоров'я. Цей підхід сприяє покращенню координації між різними рівнями медичної допомоги та забезпечує більш гнучке реагування на епідемічні та надзвичайні ситуації.

У результаті, структура госпітального округу з запровадженням кластерів стала більш оптимізованою та адаптованою до потреб населення, що сприяє покращенню рівня якості, доступності та ефективності медичної системи в цілому регіоні.

Проведені дослідження вказують на те, що проведена медична реформи, яка зумовила появу госпітальних округів та кластерного підходу є досить ефективною, проте наявні недоліки що стосуються механізмів державного управління взаємодію медичних закладів у рамках госпітального округу, які полягають у визначені критеріїв та показників ефективності системи державного управління госпітальними округами, зокрема:

- доступність послуг з охорони здоров'я (індикатором слугують показники: частка населення, що має доступ до первинної медичної допомоги у радіусі 30 хвилин від місця проживання; середній час очікування на прийом до лікаря; кількість виїзних медичних бригад на 10 000 населення);

- якість медичних послуг (критерій: відповідність медичних послуг встановленим стандартам якості; показники: рівень задоволеності пацієнтів медичними послугами; частота повторних госпіталізацій протягом 30 днів після виписки; відсоток успішних клінічних результатів (наприклад, зниження смертності при інфарктах та інсультах);

- ефективність управлінських процесів (критерій: оперативність та результативність управлінських рішень; показники: середній час прийняття управлінських рішень; кількість впроваджених інноваційних управлінських рішень за рік; частка виконаних планових завдань у встановлені строки);

- фінансова ефективність (критерій: раціональне використання фінансових ресурсів; показники: відсоток витрат на адміністративні потреби у загальному бюджеті госпітального округу; рівень залучення додаткових фінансових ресурсів (гранти, благодійні внески); витрати на одного пацієнта (з урахуванням ефективності та результативності лікування);

- кадрове забезпечення (критерій: достатність та кваліфікованість медичного персоналу; показники: кількість медичного персоналу на 1 000 населення; частка медичних працівників, які пройшли підвищення кваліфікації протягом останнього року; рівень плинності кадрів у медичних установах;

- інформаційна інтеграція (критерій: рівень впровадження інформаційних

технологій в управлінські та медичні процеси; показники: частка медичних закладів, підключених до єдиної інформаційної системи; кількість електронних медичних записів, створених та актуалізованих протягом року; рівень використання телемедицини та дистанційних консультацій;

– координація та взаємодія між медичними закладами (критерій: ефективність координації та взаємодії між різними рівнями медичної допомоги; показники: частота проведення спільних нарад та тренінгів для медичного персоналу; кількість взаємних консультацій між закладами первинного, вторинного та третинного рівнів; відсоток випадків, коли пацієнти були направлені до відповідного рівня медичної допомоги без затримок).

Крім того варто максимально запроваджувати і використовувати інформаційні та комунікаційні технології для покращення державного управління та взаємодії медичних установ, зокрема можемо констатувати, що впровадження ІКТ у сферу охорони здоров'я має значний позитивний вплив, зокрема:

- покращення обміну інформацією (використання електронних медичних записів (EMR) сприяє швидкому та безпечному обміну медичною інформацією між медичними закладами, що знижує ймовірність медичних помилок і покращує координацію лікування пацієнтів);

- оптимізація управлінських процесів (інтеграція інформаційних систем дозволяє автоматизувати багато адміністративних процесів, таких як облік медичних послуг, управління персоналом, фінансовий облік, що інтенсифікує ефективність управлінських процесів та мінімізує витрати);

- зростання рівня якості медичних послуг (застосування телемедицини забезпечує доступ до кваліфікованої медичної допомоги у віддалених регіонах, що підвищує якість послуг з охорони здоров'я для населення без прив'язки до місця проживання);

- покращення моніторингу та оцінки (використання аналітичних платформ і систем збору даних дозволяє державним установам здійснювати моніторинг ключових показників здоров'я населення, оцінювати ефективність медичних

програм і швидко реагувати на епідеміологічні загрози);

- забезпечення прозорості та підзвітності (впровадження інформаційних систем сприяє підвищенню прозорості діяльності медичних установ, що включає доступ громадськості до інформації про надані послуги, використання бюджетних коштів та результати медичних програм);

- покращення координації між ЗОЗ (створення єдиних електронних платформ для комунікації між медичними закладами різних рівнів (первинної, вторинної, третинної допомоги) сприяє ефективному управлінню потоками пацієнтів і зниженню навантаження на окремі заклади);

- підтримка прийняття рішень (інформаційні системи забезпечують лікарів і керівників медичних установ доступом до актуальних даних та інструментів для аналізу, що допомагає у прийнятті обґрунтованих управлінських рішень і покращує клінічні результати);

- розвиток електронної медицини (eHealth) (інтеграція ініціатив, таких як електронні рецепти, онлайн-консультації, мобільні додатки для моніторингу здоров'я, сприяє більш активному залученню пацієнтів до управління власним здоров'ям і покращує загальний рівень медичних послуг);

- захист даних та кібербезпека (використання сучасних технологій гарантує значний рівень захисту медичних даних та конфіденційності інформації про пацієнтів, що є критично важливим для підтримання довіри до системи охорони здоров'я);

- розвиток кваліфікації медичних працівників (навчальні онлайн-платформи дозволяють їм постійно оновлювати свої знання і навички, що підвищує загальний рівень медичної допомоги).

Впровадження інформаційних та комунікаційних технологій значно покращує управління медичними установами, підвищує якість послуг з охорони здоров'я і забезпечує більш ефективну взаємодію між усіма учасниками медичної системи. Це зумовлює необхідність перспективного стратегічного розвитку ІКТ у галузі державного управління системою медицини в Україні.

## 2.2. Зарубіжний досвід утворення та управління госпітальними округами

Широкі можливості для інноваційного поступу медичної сфери відкриває запровадження механізму управління інноваційною діяльністю у галузі, яка є предметом дослідження на основі використання передового світового досвіду.

Досліджуючи зарубіжний досвід державного управління медичними закладами та впровадження ефективних моделей взаємодії, нами визначаються наступні моделі: модель інтегрованого управління (Integrated Care Models, в багатьох країнах використовуються інтегровані моделі надання медичних послуг, які забезпечують безперервний догляд пацієнтів через тісну співпрацю між різними рівнями медичних закладів (первинна, вторинна, третинна допомога). Це сприяє покращенню якості догляду, зниженню витрат та підвищенню задоволеності пацієнтів); фінансування на основі результатів (Performance-Based Financing).

У Великій Британії та Німеччині запроваджено системи фінансування медичних закладів, які ґрунтуються на досягнутих результатах і показниках ефективності. Це стимулює заклади охорони здоров'я покращувати якість послуг та досягати встановлених стандартів); використання електронних медичних записів (Electronic Health Records – EHR) (у США, Канаді та Австралії широке впровадження електронних медичних записів сприяло покращенню обміну інформацією між медичними установами, зниженню ризиків медичних помилок та підвищенню ефективності діагностики і лікування); роль медичних мереж (Health Networks) (у країнах, таких як Франція та Іспанія, створено медичні мережі, які об'єднують лікарні, клініки та інші медичні установи в регіоні.

Це дозволяє оптимізувати використання ресурсів, покращити координацію догляду та забезпечити доступність спеціалізованої допомоги); підхід до превентивної медицини (Preventive Care Approach) (в країнах Північної Європи значна увага приділяється превентивній медицині, що включає профілактичні огляди, вакцинацію та здоровий спосіб життя.

Своє чергою, це інтенсифікує громадську участь у прийнятті рішень (Community Participation) (окреслене підвищує довіру до медичних закладів, враховує потреби населення та сприяє більш ефективному управлінню); застосування телемедицини (Telemedicine) (у багатьох країнах (наприклад, Австралія, Фінляндія) телемедицина активно використовується для надання високоякісної медичної допомоги незалежно від географічного розташування; стимулює професійний розвиток медиків (Professional Development) (у Норвегії та Японії існують розвинуті програми безперервного професійного розвитку для медичних працівників, що включають регулярне підвищення кваліфікації, тренінги та участь у наукових дослідженнях. Це сприяє підвищенню компетентності медичного персоналу та якості послуг).

Аналітика зарубіжного досвіду показує, що інтеграція різних рівнів медичної допомоги, фінансування на основі результатів, широке використання інформаційних технологій, превентивна медицина та активне залучення громадськості є ключовими факторами успішного управління медичними закладами. Впровадження цих підходів в Україні може сприяти підвищенню ефективності державного управління у медичній галузі.

Актуальні концепції оптимізації діяльності у галузі охорони здоров'я знаходить практичне втілення у медичних реформах. Останні успішно відбулися у США та низці європейських країн. Найбільш репрезентативними в контексті модернізації медичної галузі в Україні позиціонуються медичні реформи США, Великобританії та Франції [43; 56; 140; 273; 287; 306; 313; 339].

Зокрема, щодо США, частка державних видатків на медичну сферу в цій країні є максимальною і сягає 40% від загальних витрат на охорону здоров'я. Державна програма медичного страхування у Сполучених штатах вміщує напрямки Medicare та Medicaid. Перша програма дозволяє покрити частину видатків на лікування пацієнтів старше 65 років або осіб з інвалідністю, друга – повністю покриває видатки малозабезпечених громадян на лікування, а також осіб з інвалідністю.

Базовий перелік послуг медичної сфери Великобританії є повністю безкоштовним для громадян країни, а також для нерезидентів із Європейського

Союзу. Фінансове забезпечення охорони здоров'я британців реалізовується Національною службою здоров'я. Для мігрантів чи туристів не з європейської спільноти безоплатною визначена лише екстрена допомога [287].

Система медицини у Франції схожа на британську та диференціюється хіба переліком послуг, які покриваються за рахунок державного фінансування [56]. У контексті Франції, трансформація медичної системи країни розпочалась із прийняттям закону від 31 липня 1991 року, що встановив належність процесів управління і організації медичної системи у регіональному розрізі відповідним лікарняним агентствам. У межах цільової програми «Лікарня 2007» відбулася подальша трансформація системи планування та організації медичних послуг. Формат медичної карти повністю анулюється. На заміну приходять інноваційні нормативні вимоги щодо організації послуг з охорони здоров'я, що передбачають формування цільової «території охорони здоров'я». Зазначені межі детермінуються у індивідуальному порядку регіональними лікарняними агентствами на основі визначеного впливу характерних стратегічних, демографічних та медичних чинників.

Видача дозволів у сфері медицини відноситься до компетенцій регіональних лікарняних агентств, котрі управляють значущими медичними проектами в межах закріпленої території. Законом від 21 липня 2009 року, що став продовженням медичної реформи у Франції, була скоординована модернізація наступних напрямів медичної сфери:

- вимоги до стаціонарного лікування;
- територіальна диференціація медичного персоналу і забезпечення доступу до медичних послуг;
- діяльність щодо громадської охорони здоров'я і профілактики захворювань;
- територіальне узгодження законодавчих та правових норм із процесом формації та функціонування регіональних агентств охорони здоров'я (з 2010 року – регіональних лікарняних агентств). [383].

Окреслена система медичних послуг актуалізує підвищення рівня якості



медичних послуг, адже залишає за пацієнтом свободу вибору та стимулює конкуренцію в галузі. Так, принцип вільного вибору медичного фахівця пацієнтом дозволяє населенню обирати максимально компетентний лікарський персонал чи послугу як у державному, так і в приватному секторі.

Водночас, задля оптимізації моніторингу та контролю якості в галузі, а також ефективної координації розвитку системи медичних послуг в межах реформи системи страхування у 2004 році до національної медичної системи Франції були інтегровані дефініції «координованого маршруту лікування» пацієнта і зобов'язання вибору основного лікаря загальної практики. Уже у 2009 році більше 85% французів здійснили вибір.

Вагомим показником результативності реформи 2004 року у Франції стало започаткування створення персональної історії хвороби в електронній формі. У проекті взяло участь близько 200 тисяч пацієнтів. Загалом, проект передбачав централізацію інформації щодо здоров'я пацієнтів з метою об'єктивізації процесів лікування за допомогою доступу будь-якого фахівця до повної історії хвороби.

На сьогодні у Франції функціонує 26 регіональних агентств охорони здоров'я, котрі успішно об'єднують усіх учасників партнерської взаємодії в межах медичної системи. Також, до них належать медико-соціальні партнери регіонального масштабу, що дозволяє суттєво підвищувати ефективність пропозиції послуг з охорони здоров'я. Серед основних завдань зазначених формацій:

- забезпечення оптимізованої координації послуг в сфері медицини;
- моніторинг ресурсокористування в галузі задля доцільного витрачання фінансів;
- забезпечення рівного доступу основної більшості суспільних прошарків до якісного медичного обслуговування.

Межі повноважень зазначених формацій поширюються, також, на сфери приватної медичної практики та на медико-соціальний сектор.

Лікарняний сектор у Франції нараховує близько 3 тисяч медичних закладів. Державним лікарняним установам належить приблизно 62,5% ліжок в лікарнях і

близько 60% місць амбулаторного прийому. Державний сектор синергізує галузеві заклади, що займаються діяльністю в медичній, соціальній і медико-соціальній сферах.

Регіональні лікарняні центри репрезентовані 33 установами, що забезпечують реалізацію усіх необхідних спеціалізованих послуг, а також здійснюють допомогу іншим установам регіону. Більшість регіональних лікарняних центрів, що перебувають у договірних відносинах із одним або декількома медичними факультетами, володіють статусом регіонального лікарняно-університетського центру. Тим самим, на них покладений потрійний функціонал: наукові дослідження, навчання та прийом пацієнтів.

Центри загальної практики у Франції включають наразі 810 установ. Заклад охорони здоров'я такого плану обслуговує конкретну територію, спеціалізуючись на медичному обслуговуванні місцевого населення, у тому числі – лікуванні хронічних захворювань, реабілітації після перебування в лікарні. Показово, що з-поміж лікарняних центрів функціонує 90 установ, що спеціалізуються на психіатрії.

З-поміж приватних медичних установ у Франції диференціюють заклади комерційного характеру (клініки) та некомерційного характеру. Перші, як правило, являють собою об'єднання товариств, що мають на меті підвищення рівня економічної ефективності професійної діяльності. Некомерційні приватні заклади користуються значною автономністю в межах медичної системи. При цьому, вони залишаються підвідомчими визначеним асоціаціям, фондам, товариствам взаємодопомоги. Регіональні агентства охорони здоров'я у Франції віднині позиціонуються координатором щодо питань реалізації національної політики охорони здоров'я у регіональному розрізі. Межі їх повноважень поширені, також, на амбулаторний та медико-соціальний сектори, що дало змогу оптимізувати взаємодію між традиційними формами надання допомоги, врівноважити аспекти діяльності стаціонару, амбулаторного прийому і медико-соціальної сфери.

Специфіка діяльності регіональних агентств охорони здоров'я у Франції передбачає наступні аспекти:

1) дирекція агентства затверджує регіональний проект охорони здоров'я, що детермінує вектори та методи реалізації медичного обслуговування, профілактики та медико-соціальної роботи, після його попереднього узгодження на об'єднаних територіальних конференціях медичних фахівців та партнерів медико-соціального сектору;

2) пріоритетність підвищення прозорості діяльності у медичній сфері;

3) збір, акумуляція та аналіз галузевої інформації;

4) сприяння імплементації інноваційних медичних та технологічних рішень;

5) контроль оптимальності та справедливості територіального розподілу медичного персоналу та ресурсного забезпечення галузі;

б) сприяння координації та безперервності надання послуг з охорони здоров'я [181; 333]. У контексті порівняння індикаторів функціонування медичної системи України із показниками європейських країн, можна спостерігати певні закономірності: Кадрове забезпечення. Важливим показником рівня розвитку медичної системи країни є її співвідношення до кількості населення.

Серед країн ЄС найбільша кількість лікарів на 100 000 жителів у Греції (632), а найменша - у Польщі (233). В Україні на 100 000 населення припадає 440 лікарів, що є досить високим показником [181; 333]. На 100 000 населення в Україні припадає 865 зареєстрованих медичних працівників (рис. 2.7).

Індикатор обслуговування пацієнтів. Середня кількість ліжок на 100000 населення в Європі становить 515. Найкращими країнами є Німеччина, Литва та Болгарія з більш ніж 600 ліжками на 100000 жителів.

Країни з найменшою кількістю ліжок - Ірландія, Данія, Швеція, Іспанія та Італія (менше 300 ліжок). Для порівняння, щодо України це значення сягає 743 одиниці (рис. 2.8).

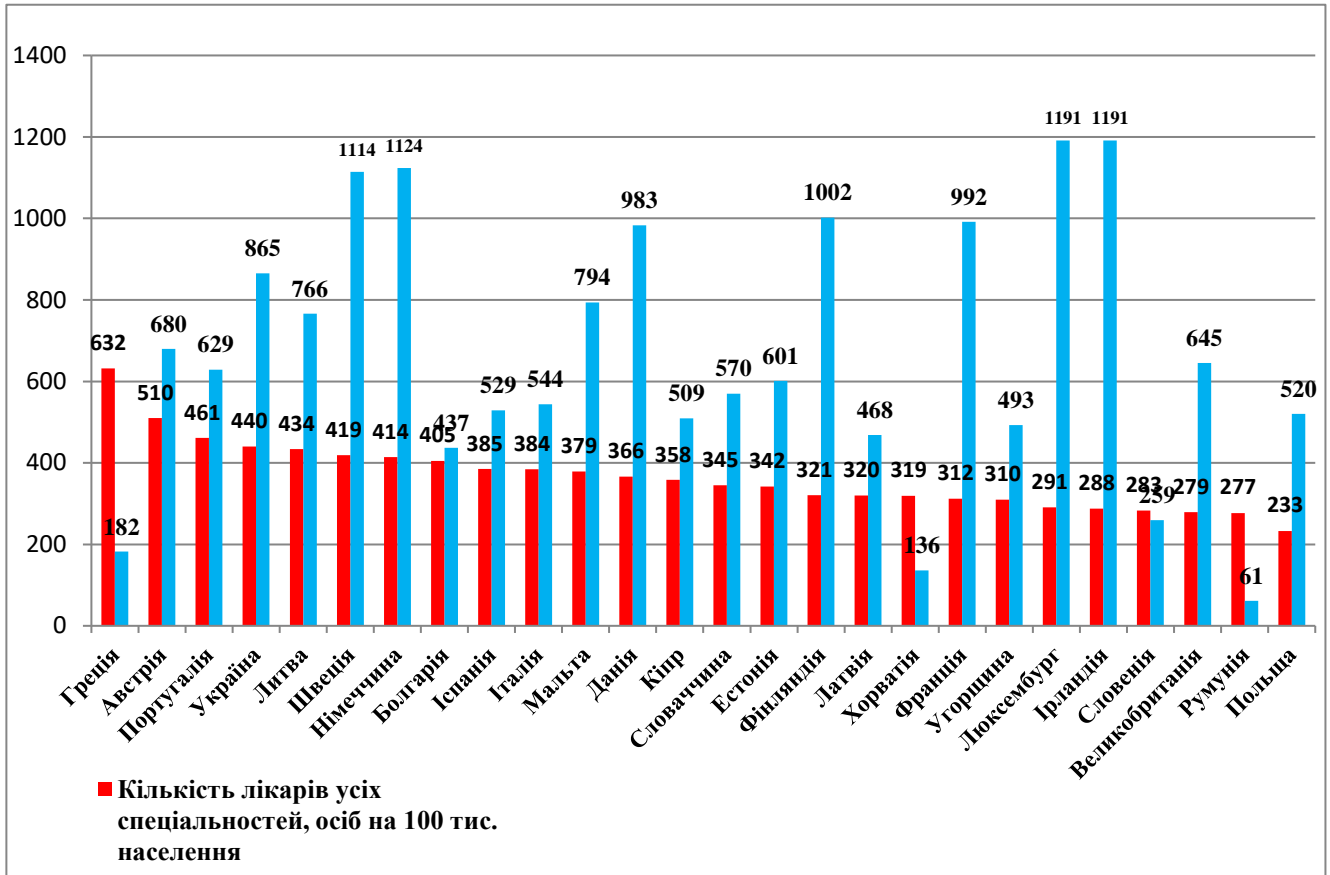


Рис. 2.7. Кількість лікарів, медсестер (осіб на 100 тисяч населення)\*

\*Джерело: опрацьовано та сформовано автором на основі даних Євростату та Держстату

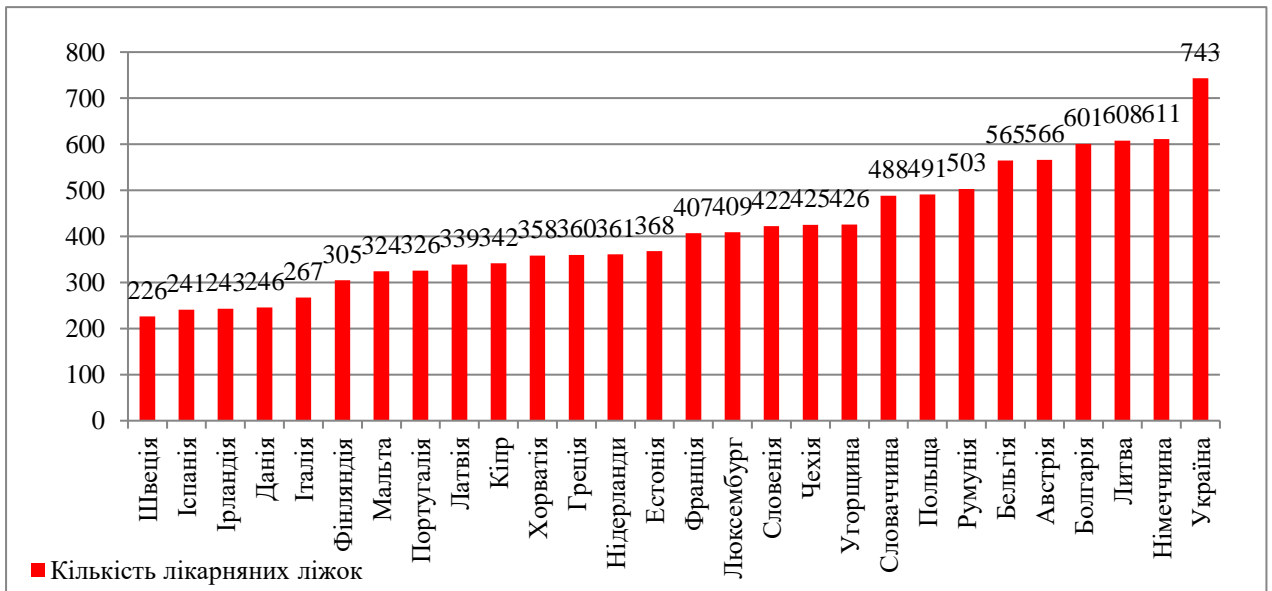


Рис. 2.8. Кількість лікарняних ліжок, одиниць на 100 тисяч населення\*

\*Джерело: опрацьовано та сформовано автором на основі даних Євростату та Держстату

Індикатор обслуговування пацієнтів. Середня кількість ліжок на 100000 населення в Європі становить 515. Найкращими країнами є Німеччина, Литва та Болгарія з більш ніж 600 ліжками на 100000 жителів.

Країни з найменшою кількістю ліжок - Ірландія, Данія, Швеція, Іспанія та Італія (менше 300 ліжок). Для порівняння, щодо України це значення сягає 743 одиниці (рис. 2.8).

Водночас найбільша кількість госпіталізацій спостерігається в Болгарії — 31 474 випадки на 100 тис. населення за один календарний рік, що становить майже третину населення країни. Понад 20 тисяч госпіталізацій на 100 тис. населення зафіксовано в Німеччині, Австрії, Румунії та Литві (рис. 2.9).

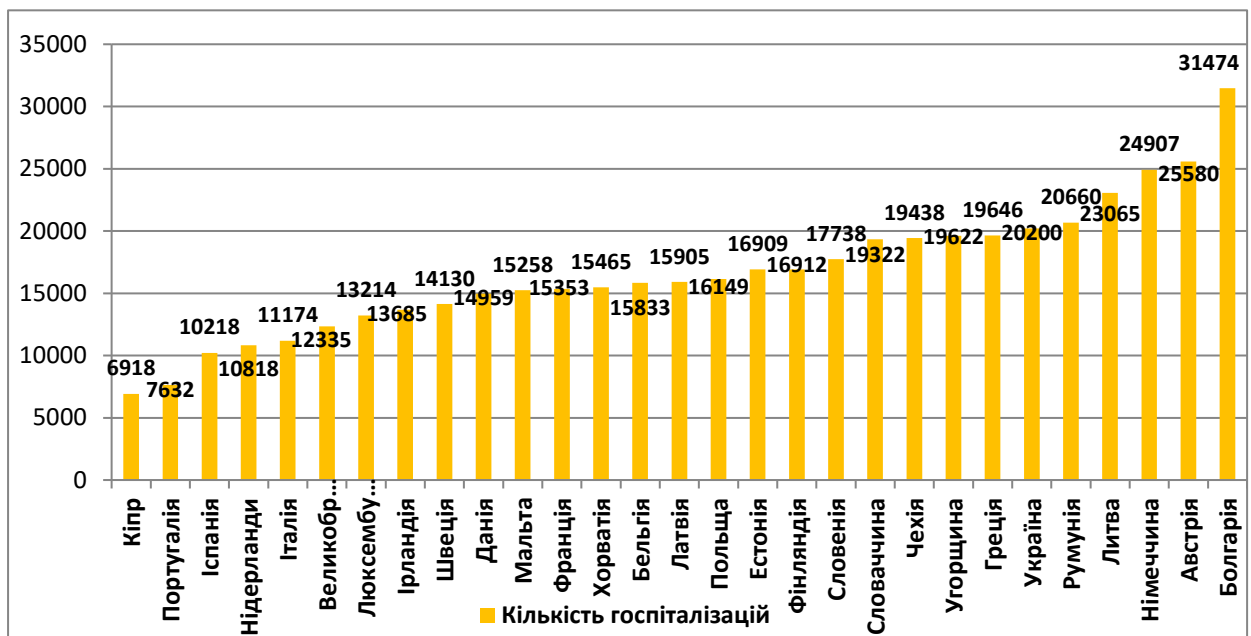


Рис. 2.9. Кількість лікарняних ліжок та госпіталізацій, осіб на 100 тисяч населення\*

\*Джерело: опрацьовано та сформовано автором на основі даних Євростату та Держстату

Показники загальної кількості госпіталізацій і середньої тривалості стаціонарного лікування пацієнтів мають значну варіативність серед країн Європейського Союзу (рис. 2.10).

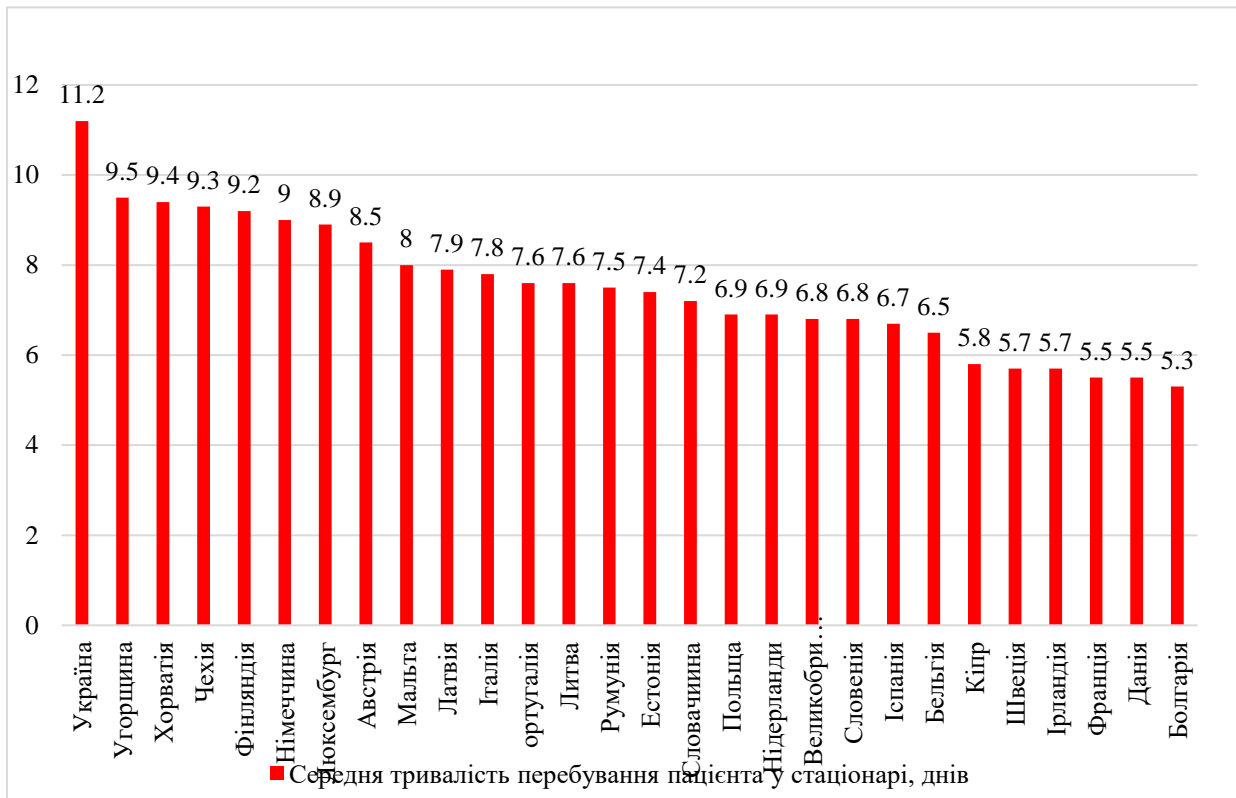


Рис. 2.10. Кількість шпиталізацій пацієнтів у стаціонарі\*

\*Джерело: опрацьовано та сформовано автором на основі даних Євростату та Держстату

В Україні характерним є високий рівнем госпіталізації - 20 200 на 100 тис. жителів, водночас, середня тривалість перебування в стаціонарі становить 11,2 дня, що є найдовшим показником серед країн ЄС. Серед інших країн найдовше перебувають у лікарні угорці - 9,5 днів, а найкоротше - болгари - 5,3 днів.

Джерела фінансування. Найбільше видатків на сферу охорони здоров'я здійснюють Німеччина, Швеція, Франція, Бельгія, Данія, Австрія, Нідерланди (більше 10%). Найменше – Литва та Румунія. При цьому, фінансування відбувається у трьох напрямках: фінансування медичних закладів; система обов'язкового медичного страхування; страхування на добровільній основі.

Диференціація структури видатків у сфері охорони здоров'я у європейському середовищі визначаються, здебільшого, державною політикою [139]. Зокрема, у 30% країн-членів ЄС медицина отримує фінансування із держбюджету (додаток Б). Наведені значення включають не лише видатки, затверджені у Зведеному бюджеті (табл. 2.2)

Таблиця 2.2

**Загальне фінансування медичної системи  
Європейського Союзу у 2019 р.\***

Назва країни	Млн. євро	Євро на одну особу	У % від ВВП
Бельгія	411711	3722	10,4
Болгарія	3640	504	8,5
Чехія	11841	1125	7,6
Данія	27517	4876	10,4
Німеччина	321720	3973	11,0
Естонія	1223	931	6,1
Ірландія	19148	4147	9,9
Греція	14712	1351	8,3
Іспанія	94534	2034	9,1
Франція	236948	3582	11,1
Хорватія	2886	681	6,7
Італія	145938	2401	9,0
Кіпр	1184	1389	6,8
Латвія	1297	650	5,5
Литва	2265	772	6,2
Люксембург	3091	5556	6,3
Угорщина	7473	757	7,2
Нідерланди	72475	4297	10,9
Австрія	33795	3957	10,3
Польща	25987	684	6,3
Португалія	15583	1498	9,0
Румунія	7727	388	5,1
Словенія	3189	1546	8,5
Словаччина	5256	970	7,0
Фінляндія	19523	3575	9,5
Швеція	48154	4966	11,1
Великобританія	222609	3448	9,9

\*Джерело: опрацьовано та сформовано автором на основі даних Євростату

Індикатор смертності. Показник дає змогу оцінити ефективність медичної системи в національному масштабі. Середньоєвропейське значення коефіцієнту летальності – біля тисячі осіб на 100 тис. жителів (рис. 2.11).

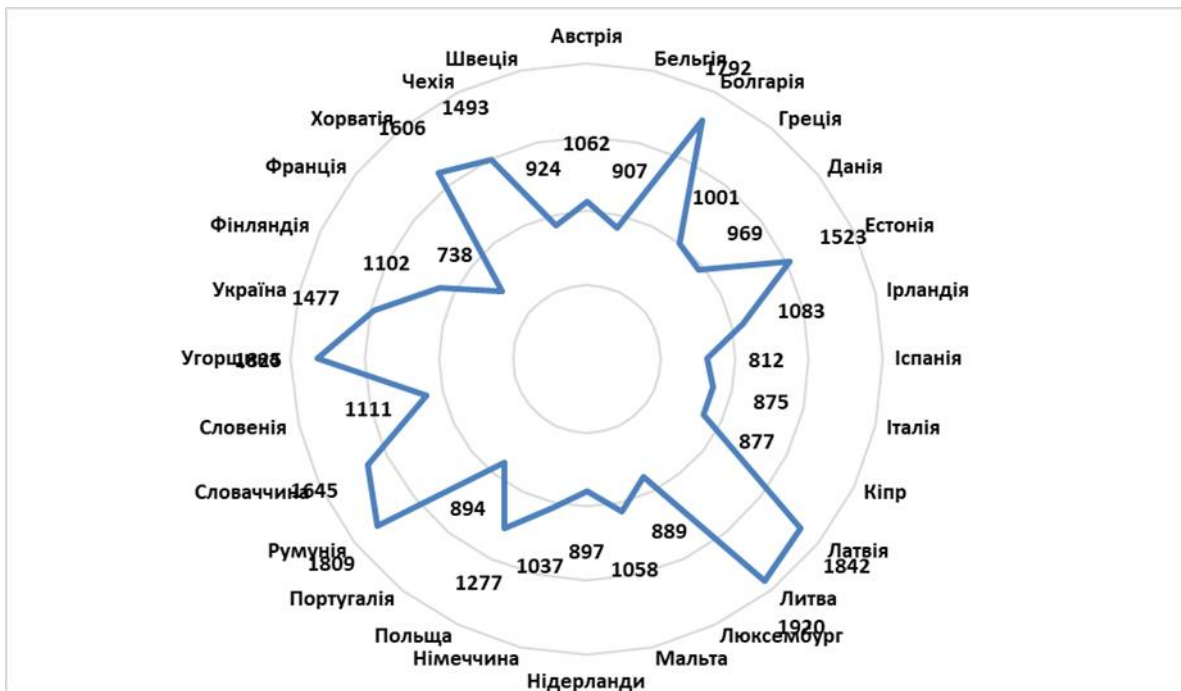


Рис. 2.11. Індикатор смертності на 100 тис. населення\*

\*Джерело: опрацьовано та сформовано автором на основі даних Євростату

Практичний досвід європейських країн переконливо засвідчує необхідність безперервного вдосконалення системи фінансування та загальної оптимізації діяльності закладів медичної сфери. Значної уваги щодо модернізації потребує сфера профілактики та попередження захворювань. Досліджено зарубіжний досвід державного управління медичними закладами та впровадження ефективних моделей взаємодії та визначено наступне: модель інтегрованого управління (Integrated Care Models, в багатьох країнах (наприклад, Швеція, Данія, Нідерланди) впроваджено інтегровані моделі надання медичних послуг, які забезпечують безперервний догляд пацієнтів через тісну співпрацю між різними рівнями медичних закладів (первинна, вторинна, третинна допомога). Це актуалізує прагнення медичних закладів підвищувати якість послуг та досягати встановлених стандартів); використання електронних медичних записів (Electronic Health Records – EHR) (у США, Канаді та Австралії широке впровадження електронних медичних записів сприяло покращенню обміну інформацією між медичними установами, зниженню ризиків медичних помилок та підвищенню ефективності діагностики і лікування); роль медичних мереж (Health Networks) (у країнах, таких як Франція та Іспанія, створено



медичні мережі, які об'єднують лікарні, клініки та інші медичні заклади. Це дозволяє оптимізувати використання ресурсів, покращити координацію догляду та забезпечити доступність спеціалізованої допомоги); підхід до превентивної медицини (Preventive Care Approach) (в країнах Північної Європи значна увага приділяється превентивній медицині, що включає профілактичні огляди, вакцинацію та здоровий спосіб життя. Це дозволяє знизити актуалізувати громадську участь у прийнятті рішень (Community Participation) (в Канаді, Новій Зеландії, залучають громадськість до процесу прийняття рішень у сфері охорони здоров'я).

Водночас, зазначене підвищує довіру до медичних закладів, враховує потреби населення та сприяє більш ефективному управлінню); застосування телемедицини (Telemedicine) (у багатьох країнах (наприклад, Австралія, Фінляндія) телемедицина активно використовується для реалізації послуг з охорони здоров'я у віддалених географічних регіонах. Це забезпечує доступ до високоякісної медичної допомоги незалежно від географічного розташування населення; сприяє професійному вдосконаленню медичних фахівців (Professional Development) (у Норвегії та Японії існують розвинуті програми безперервного професійного розвитку для медичних працівників, що включають регулярне підвищення кваліфікації, тренінги та участь у наукових дослідженнях).

Це сприяє підвищенню компетентності медичного персоналу та якості послуг. Аналітика зарубіжного досвіду показує, що інтеграція різних рівнів медичної допомоги, фінансування на основі результатів, широке використання інформаційних технологій, превентивна медицина та активне залучення громадськості є ключовими факторами успішного управління медичними закладами. Впровадження цих підходів в Україні може сприяти підвищенню ефективності державного управління у сфері медицини.

### **2.3. Соціальний ефект публічного управління для населення від впровадження госпітальних округів**

На основі активного реформування національної медичної системи, заклади охорони здоров'я набувають все більших ознак самостійності, що надає особливої ваги процесам аналізу та оцінки ефективності функціонування медичних установ в аспекті надання безперешкодної, якісної та доступної медичної допомоги населенню, сприяючи формуванню позитивного соціального ефекту. Формування госпітальних округів передбачає не тільки реалізацію прямих галузевих функцій, але й активний вплив на соціум через дотримання принципів ефективної діяльності. Скоординована взаємодія в межах державно-місцевого партнерства у межах реалізації реформування національної медичної сфери та створення госпітальних округів спроможні суттєво інтенсифікувати рівень соціальної ефективності послуг з охорони здоров'я для населення, сприяючи підвищенню ефективності діяльності медичних закладів. Охорона здоров'я являє собою складну системну формацію, що спроможна забезпечити досягнення значного соціального ефекту державного значення, котрий полягає у максимальному збереженні, відновленні та покращенні здоров'я населення та реалізації якісних медичних послуг [129].

Очевидно, що рівень якості надання послуг з охорони здоров'я детермінується не лише специфікою організації та ресурсозабезпечення, але й рівнем кваліфікації та компетентності галузевих фахівців [133]. Як свідчить практичний досвід, оптимізація якості системи медичних послуг безпосередньо зумовлена удосконаленням компетенцій кадрів. Виходячи із цього, очевидно, що концепція професійного вдосконалення у медичній сфері має володіти характером регулярності, а концепція безперервного самовдосконалення медичного персоналу виступає запорукою успішного розвитку та стабільності.

Питання трансформації системи медицини України першочергово було порушено під час розробки та ухвалення Основ законодавства України про охорону

здоров'я [171]. Законодавчо закріплені принципи діяльності медичних установ є досить ефективними у їхній практичній роботі, проте сучасні умови соціально-економічної трансформації в Україні вимагають нових стандартів та підходів до функціонування цих закладів [2].

Реформування медичної сфери все ще триває, але ступінь соціального впливу на населення все ще залишається невизначеним [131]. Основні передумови невисокої соціальної результативності української медичної системи зумовлені необхідністю реалізації комплексної реформи системи охорони здоров'я та динаміки механізмів надання лікувальних послуг. Загалом ці фактори можна поділити на дві основні категорії: соціально-демографічні фактори та фінансово-економічні фактори (рис. 2.12).



Рис. 2.12. Основоположні передумови проведення медичної реформи в Україні\*

\*Джерело: [366, с. 51]

Соціальний ефект публічного управління для населення від впровадження госпітальних округів позиціонується одним із пріоритетних векторів реформаційної

стратегії, адже нівелювання нагальних та потенційних проблем соціально-демографічного характеру вбачається не лише ефективним методом підвищення якості життєдіяльності суспільства, але й стимулом щодо сталого розвитку, модернізації традиційної парадигми медичного обслуговування [281].

Формування госпітальних округів, беззаперечно, вбачається на сьогодні одним із максимально результативних напрямів практичної реалізації реформи децентралізації в Україні. Серед пріоритетних цілей процесу – забезпечення комплементарності системи спеціалізованих медичних послуг актуальним вимогам та потребам населення, підвищення рівня зручності, якості та доступності медичного обслуговування. Етапність реалізації процесу модернізації сфери медицини передбачає:

- актуалізацію створення системи госпітальних округів, ідентифікації відповідних меж та функціоналу, делегування частини повноважень, перерозподіл та диференціація функціональних обов'язків в контексті реалізації медичних послуг населенню;
- створення спеціалізованих госпітальних рад, що виступають у ролі ключових регуляторів регіонального поступу сфери медицини;
- розробка та впровадження ефективної стратегії розвитку на регіональному рівні за допомогою Планів розвитку [150].

Очікується, що оптимізація мережі медичних закладів через створення госпітальних округів значно покращить доступ населення до якісної медичної допомоги. Наразі в Україні існують десятки лікарень, де лікарі проводять менше 500 операцій на рік, тоді як у Фінляндії, Німеччині, Великобританії та інших країнах цей показник перевищує 4 000. Лікування в малонаселених лікарнях є небезпечним, оскільки лікарі, які не надають належної допомоги, дискваліфіковані і не можуть надавати якісну медичну допомогу. Наприклад, відповідно до стандартів ВООЗ, лікарі повинні приймати щонайменше 400 пологів на рік, щоб забезпечити належну якість медичної допомоги. На противагу цьому, районна лікарня в Полтаві приймає лише 89 пологів на рік. Реорганізація мережі дозволить створити в кожному

госпітальному окрузі потужну лікарню інтенсивного лікування, оснащену сучасним обладнанням та укомплектовану висококваліфікованими лікарями, які надаватимуть належну медичну допомогу та працюватимуть 24 години на добу, сім днів на тиждень. Це забезпечить значно вищу якість медичних послуг [121, с. 17]. Передумовою дієвості медичних установ у межах створення госпітальних округів є їх забезпечення основними засобами (ОЗ). Саме ОЗ є тією рушійною силою, яка дозволяє закладу функціонувати та розширювати свою діяльність. Раціональне використання основних засобів і функціональних потужностей закладу охорони здоров'я сприяє покращенню техніко-економічних показників, таких як збільшення обсягів діяльності та зниження трудомісткості виконаних робіт [48]. Аналіз ОЗ дозволяє оцінити рівень забезпеченості закладу та його підрозділів, визначити відповідність кількості, складу і технічного рівня основних засобів обсягам діяльності, а також проаналізувати ефективність їх використання за часом і потужністю. Це питання стає особливо актуальним у процесі оптимізації мережі медичних закладів шляхом створення госпітальних округів, що об'єднують заклади кількох сільських районів або міст, враховуючи щільність населення, стан транспортної інфраструктури, матеріально-технічний та кадровий потенціал, а також профіль їх діяльності та структуру медичних послуг [141; 347]. Через створення нових типів медичних закладів, аналітика основних засобів дає змогу ідентифікувати вектори оснащення реорганізованих установ. Найбільше інвестицій потребують клініко-діагностичні центри – близько 310,7 млн грн. Ситуація зумовлена тим, що переважна більшість сучасних медичних закладів в невеликих містах не володіють необхідною технікою, або ж використовують застаріле обладнання, яке не відповідає вимогам оснащення таких закладів. Тому створення клініко-діагностичних центрів на базі районних або міських лікарень потребує суттєвих фінансових вкладень. Основні досягнення в реструктуризації сектору охорони здоров'я України представлені в додатках В, Г та Д. Так, система госпітальних округів стала стимулом для підвищення ефективності надання медичних послуг населенню об'єднаних територіальних громад (ОТГ) шляхом упорядкування механізмів фінансування медицини на місцевому рівні та,

зокрема, максимізації соціального ефекту від медичної допомоги. Структура системи інвестування розвитку охорони здоров'я на місцевому рівні передбачає надходження державних цільових коштів та фінанси приватного сектору: 4 млрд грн у 2017 році, 5 млрд грн у 2018 році та 5 млрд грн у 2019 році субвенції на розвиток медичної системи. На 10 січня 2020 року в рамках реформи децентралізації медичних послуг реалізовано 795 проектів стратегічного значення, 153 з яких передбачають оновлення (капітальний ремонт та реконструкцію) медичної інфраструктури [158]. Хоча реформа охорони здоров'я все ще триває, структурні зміни у галузі медицини вже очевидні. Соціальний ефект знаходить відображення у показниках очікуваної тривалості життя, загальної смертності (в тому числі дитячої), а також чисельності населення, що припадає на одного медпрацівника (табл. 2.3, рис. 2.13).

Таблиця 2.3

**Динаміка ключових медико-соціальних індикаторів в умовах  
реформування медичної системи (2017–2022 рр.)\***

Показники	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Загальний коефіцієнт смертності, обидві статі (на 100 тис. осіб), в т.ч.:	1500,0	1500,0	1600,0	1597,2	1855,7	2100,0
коефіцієнт смертності (жінки)	1379,2	1399,2	1388,4	1502,9	1792,7	-
коефіцієнт смертності (чоловіки)	1526,7	1571,1	1560,6	1705,8	1928,1	-
Середня очікувана тривалість життя (далі – ОТЖ) при народженні, обидві статі (років), в т.ч.:	72,0	71,8	72,0	71,35	69,77	68,60
ОТЖ при народженні (жінки)	76,8	76,7	77,0	76,22	74,36	74,0
ОТЖ при народженні (чоловіки)	67,0	66,7	66,9	66,39	65,16	64,0
Індекс здоров'я (%), в т.ч.:	62	61,6	63,6	49,0	61,6	-
задоволені медичною допомогою в стаціонарі	57,0	56,0	52,0	51,0	56,0	-
оцінюють свій стан здоров'я як добрий або дуже добрий	47,0	48,0	50,0	54,0	40,0	-

\*Джерело: складено автором за даними [99; 335].

Згідно з найбільш вагомими індикаторами громадського здоров'я, приведених у таблиці 2.3, національна медична система позиціонується недостатньо збалансованою, а рівень ефективності заходів характеризується низькою результативністю. Як свідчить динаміка досліджуваних років, рівень смертності залишається достатньо високим. Очікувана тривалість життя ні є прийнятною для соціально-демографічної ситуації в Україні (узагальнений показник становить 72,01 року), але все ще недостатньою порівняно з більшістю розвинених країн, тому існує велика різниця щодо тривалості життя між Україною та європейськими державами.

Середня очікувана тривалість життя в європейських країнах складає 81,0 рік, далі йдуть Швейцарія - 83,3 року, Іспанія - 83,1 року, Франція - 82,9 року, Італія - 82,8 року та Ісландія - 82,4 року [84].

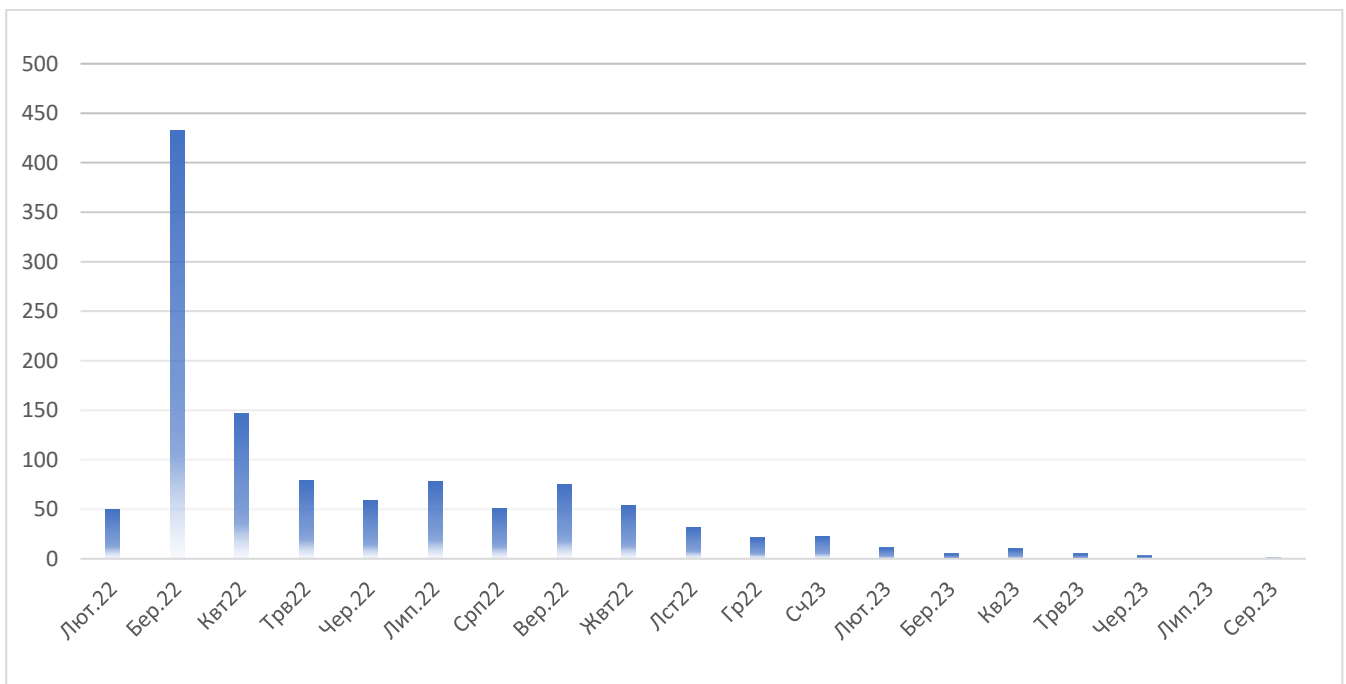


Рис. 2.13. Кількість атак на об'єкти охорони здоров'я в Україні з лютого 2022 року по серпень 2023 року\*

\*Джерело: Statista (2024) [397]

Втім, позитивна динаміка індексу загального стану здоров'я населення України, розрахованого за результатами опитувань загальнонаціонального масштабу, проведених у 2017-2019 роках, вбачається цілком закономірною, адже станом на 2019 рік індекс зріс на 3,25%, порівняно з аналогічним періодом 2018 року. Отже, хоча поточні заходи медичної реформи не мають негайного соціального впливу на населення, ми вважаємо, що поступові зміни у сфері медицини є основою формування сучасної медичної системи у перспективі. Подальші наукові пошуки повинні бути зосереджені на ідентифікації взаємозв'язку між рівнем індексу здоров'я населення та етапом інтеграції децентралізованої реформи системи охорони здоров'я, за посередництвом формування мережі госпітальних округів (додаток Д).

Таким чином, ефект від поступової інтеграції регуляторних мір спричинив динаміку до поступового покращення індексу здоров'я населення України. У світлі вищезазначеного можна очікувати нової концепції до організації механізму реалізації медичної допомоги. Стратегічною метою останньої є максимізація соціальних вигод як очевидний результат трансформації медичної галузі та формування госпітальних округів. Актуальні підходи у сфері медицини зосереджені на універсальних потребах людини як фундаментальній цінності соціально-економічного середовища. Тому модернізовані медичні системи перспективного розвитку повинні базуватися на окреслених базових принципах, які, безперечно, є фундаментальним аспектом трансформації підходу до реалізації медичної допомоги на основі регіонального підходу.

Впровадження алгоритмів децентралізації у медичній галузі позиціонується необхідною передумовою оптимізації загальної якості життєдіяльності населення, інтенсифікації рівня довіри до національної медичної системи [13]. Тобто, соціальний ефект медичної реформи є результатом адекватної модернізації медичної системи згідно з потребами населення.

Серед основних дотичних проблем у функціонуванні медичних установ, що виникли через утворення госпітальних округів, варто виділити наступне:

- 1) системи екстреної та первинної медичної допомоги виявились не



готовими до ефективної реалізації визначеного функціоналу;

2) медичні заклади вторинного рівня не володіють додатковими джерелами фінансування із регіональних бюджетних систем, що суттєво ускладнює процес переоснащення, інтеграції сучасних медичних технологій, перепідготовки медичних кадрів;

3) структури лікарень інтенсивної допомоги та консультативно-діагностичних центрів не вбачається можливим функціонально розмістити в доступних будівлях і спорудах;

4) населення та медичний персонал утруднено сприймають інноваційні зміни;

5) неналежне нормативно-правове забезпечення процесу;

6) відсутність управлінського досвіду в модернізованому форматі;

7) недовіра системи акредитації медичних закладів.

З метою нівелювання дотичних ризиків та вирішення вище вказаних галузевих проблем, вбачається за доцільне:

– реалізувати підготовку системи екстреної та первинної медичної допомоги до належного виконання визначеного функціоналу;

– реалізувати комплексну підготовку до реформування системи вторинної медичної допомоги;

– оптимізувати матеріально-технічну базу медичних закладів вторинного рівня.

Перспективна реформаційна діяльність повинна зосереджуватись на наступних векторах:

– інтенсифікація результативності роботи медичного персоналу на рівні визначених округів: професійні кадри забезпечують належний рівень конкурентоздатності послуг у сфері медицини;

– систематизація інформаційних потоків між різними рівнями реалізації послуг із охорони здоров'я: використання оновлених теоретико-методологічних та практичних підходів;

- гарантування рівно-доступності населення до якісних медичних послуг: сприяє зниженню соціальної диференціації;
- перерозподіл ресурсів між госпітальними округами на основі засад соціальної справедливості: гарантія забезпечення стабільної якості послуг із охорони здоров'я;
- використання оновлених, адаптованих інструментів реалізації галузевої політики: ефективна координація дій в межах системи є запорукою стабілізації роботи госпітальних округів.

Отже, наразі пріоритетним завданням модернізації медичної галузі позиціонуються підвищення рівня якості та забезпечення доступності медичних послуг. Із метою повноцінного розвитку медичних закладів головним залишається створення госпітальних округів та кваліфікованість медичних кадрів. Реформа повинна супроводжуватись відповідним законодавчим, нормативно-правовим і ресурсним забезпеченням, а також моніторингом та суворий контролем за виконанням запланованих реформ.

## Висновки до розділу 2

1. Визначено, що госпітальний округ являє собою функціональну мережу медичних закладів, яка повинна забезпечувати доступність якісної медичної допомоги. Будучи інструментом взаємодії територіальних громад в контексті розташування медичних закладів, госпітальні ради, що створюються у кожному госпітальному окрузі, реалізують етапи планування та ідентифікації пріоритетних перспектив розвитку. Безпосередніми учасниками будь-якого госпітального округу, першочергово, позиціонуються органи, уповноважені на функцію управління державними та комунальними медичними закладами. Також, до них належать й керівники приватних медичних закладів, у функціоналі яких – надання спеціалізованої (вторинної) та екстреної (госпітального етапу) медичної допомоги у межах території області.

2. Процес формування госпітальних округів зосереджений на структуруванні системи медичних закладів із метою реалізації гарантованого просторово-часового доступу населення до якісної послуги медичної сфери. Процес упорядкування госпітальних округів передбачає дотримання двох основних принципів: пріоритетність забезпечення доступності якісної медичної допомоги для суспільства та забезпечення належного рівня кваліфікації медиків у закладах, де ця допомога безпосередньо надається.

3. Процес потребує практичної інтеграції аспектів стаціонарної та первинної медичної допомоги. При цьому, в Україні вбачається можливою інтеграція у двох концептуальних форматах – горизонтальна та вертикальна.

Горизонтальна інтеграція означає диференціацію медичних послуг між рівнями лікування через певну систему координації з використанням методів «управління пацієнтом» і конкретних клінічних настанов.

Натомість, вертикальна інтеграція позиціонує можливість отримання у межах однієї організації медичної допомоги будь-якого рівня – амбулаторну, стаціонарну, чи надомну. Тобто, вертикальна інтеграція передбачає наявність багаторівневих

механізмів регулювання.

4. Специфіка механізму вертикальної інтеграції системи медичної допомоги вбачається у наступних концептах: наявність договірних відносин між об'єднаною мережею лікувально-профілактичних закладів та єдиним замовником медичних послуг; наявність договірних взаємин у межах єдиної спільної системи лікувально-профілактичних установ галузі охорони здоров'я; забезпечення цілісності фінансування єдиним замовником повного складу мережі лікувально-профілактичних закладів; забезпеченні визначеного нормативного підґрунтя фінансових взаємозв'язків; наявність синергійної взаємодії організаційних та фінансових управлінських заходів щодо структури надання послуг.

5. Досліджено зарубіжний досвід державного управління медичними закладами та впровадження ефективних моделей взаємодії та визначено наступне: модель інтегрованого управління (Integrated Care Models, в багатьох країнах практикуються інтегровані моделі медичних послуг, які забезпечують безперервний догляд пацієнтів через тісну співпрацю між різними рівнями медичних закладів (первинна, вторинна, третинна допомога). Це сприяє покращенню якості догляду, зниженню витрат та підвищенню задоволеності пацієнтів); фінансування на основі результатів (Performance-Based Financing. У Великій Британії та Німеччині запроваджено системи фінансування медичних закладів, які ґрунтуються на досягнутих результатах і показниках ефективності. Це стимулює заклади охорони здоров'я покращувати якість послуг та досягати встановлених стандартів);

Перспективна реформаційна діяльність повинна зосереджуватись на наступних векторах:

- інтенсифікація результативності роботи медичного персоналу: компетентні кадри забезпечують належний рівень конкурентоздатності послуг у сфері медицини;
- систематизація інформації із охорони здоров'я: використання оновлених теоретико-методологічних та практичних підходів;
- гарантування рівнодоступності до якісних медичних послуг: сприяє

зниженню соціальної диференціації;

- перерозподіл ресурсного забезпечення на основі принципу соціальної справедливості –забезпечення стабільної якості послуг із охорони здоров'я;

- використання адаптованого інструментарію реалізації галузевої політики: ефективна координація дій в межах системи позиціонуються гарантом стабілізації діяльності госпітальних округів.

Наукові результати, висвітлені в розділі 2, опубліковано в працях автора [299; 301; 306; 311; 317; 321; 323; 328].

## РОЗДІЛ 3

### КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМУ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ГОСПІТАЛЬНИМ ОКРУГОМ ЧЕРЕЗ ЕФЕКТИВНУ СИСТЕМУ ВЗАЄМОДІЇ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### **3.1. Концептуальне забезпечення механізму державного управління госпітальним округом сфери охорони здоров'я та його ефективність**

Оприлюднення Доповіді ВООЗ за 2000 р. «Система охорони здоров'я: вдосконалення діяльності» [385] сприяло перегляду політиками власних національних медичних систем. Завдяки науковим, технологічним і фармакологічним досягненням можливості медицини значно зросли у покращенні здоров'я населення [405]. Однак у низці держав цей потенціал залишається не реалізованим уповні, адже медична система доволі часто не спроможна забезпечити ефективне лікування та виправдати очікуванням людей. Заклади охорони здоров'я є наріжним каменем надання послуг з охорони здоров'я і повинні адаптуватися до демографічних змін, технологічного прогресу, динаміки потреб суспільства.

У 2016 році в Україні була схвалена Концепція реформи фінансування медичної системи, яка детермінує напрямки реформування медичної галузі (рис. 3.1).

Одним із ключових аспектів стратегії медичної реформи в європейській практиці позиціонувалось формування інтегрованої системи надання послуг з охорони здоров'я, яка б забезпечувала ефективну координацію та економічну доцільність на всіх рівнях. Дефініція інтеграції передбачає об'єднання зусиль усіх учасників медичної системи, з метою спільного досягнення якісного та доступного медичного обслуговування. Це включає співпрацю між різними медичними установами, оптимізацію ресурсів і застосування інноваційних підходів до управління.

В Україні інтеграція медичних послуг реалізувалася через формування госпітальних округів, що дозволило систематизувати медичну допомогу,

раціоналізувати використання ресурсів та інтенсифікувати рівень якості надання медичних послуг. Госпітальні округи, як частина реформи, створили умови для доступнішої спеціалізованої медичної допомоги в регіонах, дозволивши медичним закладам ефективніше взаємодіяти та вирішувати найбільш актуальні проблеми охорони здоров'я, включно з покращенням інфраструктури, підвищенням кваліфікації медичного персоналу та запровадженням нових технологій у медичну практику.



Рис. 3.1. Напрями реформування медичної галузі в Україні\*

\*Джерело: [260]

Питання формування госпітальних округів, відповідно до Постанови КМУ від 27.11.2019 р. № 1074 «Деякі питання створення госпітальних округів», передбачає створення потужної мережі медичних закладів, які реалізують медичну практику та мають необхідні ресурси для забезпечення якісної, комплексної та безперервної медичної допомоги, орієнтованої на пацієнта. Ця мережа враховує соціально-демографічні особливості населення та характер його розселення на певній території

[208]. Госпітальні округи виступають інструментом для співпраці територіальних громад у прийнятті рішень, пов'язаних із функціонуванням закладів вторинної допомоги на рівні міст, районів та об'єднаних територіальних громад.

Можна сформуванати вектори державного управління госпітальними округами на наступні роки, а саме: сталості розвитку ГО; екологічності розвитку; інклюзивності діяльності; пріоритетної доступності для військових та ветеранів, вразливих верств населення, соціально-незахищених верств, осіб з обмеженими можливостями; пріоритетний розвиток напрямку психологічної підтримки у госпітальних округах та профілактичної медицини (рис. 3.2).

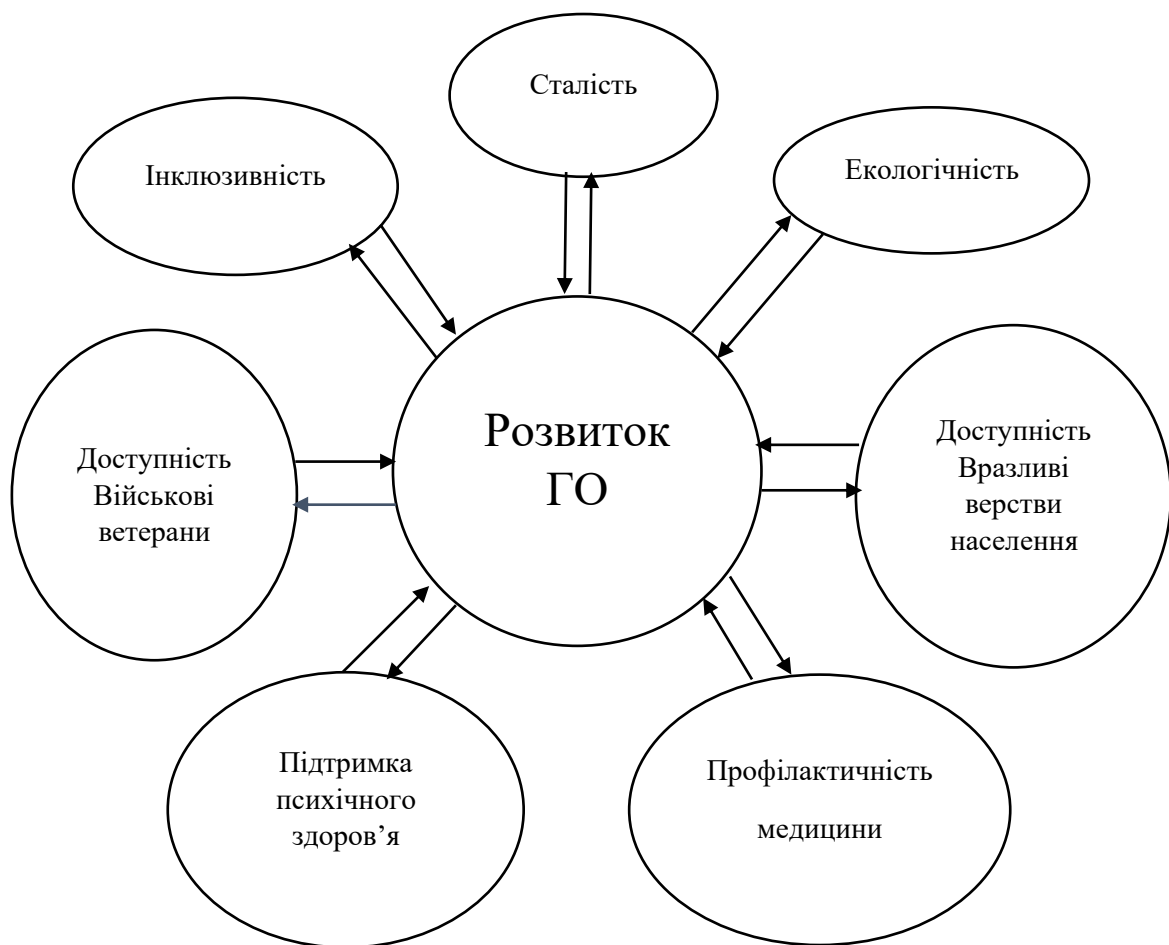


Рис. 3.2. Вектори державного управління госпітальними округами на наступні роки\*

\*Джерело: власна розробка автора

Сталість розвитку передбачає як дотримання принципу економічної ефективності державного управління, так і принципів соціальної, екологічної



ефективності, врахування всіх складових у розвитку округів. Екологічність керівного впливу необхідна для вирішення проблем, пов'язаних зі скороченням рівня енергоспоживання в мережі лікарень, управління відходами, енергоефективністю систем опалення, освітлення тощо. Розширення доступності стосується питання збільшення можливостей для вразливих суспільних верств у отриманні всього переліку послуг, незалежно від соціальних, демографічних, культурних, організаційних, економічних бар'єрів. Першочергово варто надавати доступ до медичних послуг та обслуговування військовим, ветеранам, їх сім'ям.

Профілактичність як вектор державного управління означає розробку та реалізацію заходів для усунення ризиків деструктивного впливу на здоров'я, попередження виникнення хвороб (гігієнічні, санітарно-технічні, соціально-економічні та інші заходи держави).

Важливим напрямком управління вважаємо підтримку психічного здоров'я населення для подолання стресових ситуацій, особливо в умовах тривалої війни, що можливо реалізувати завдяки розвитку центрів підтримки психічного здоров'я населення. Інклюзивність як напрям державного управління вбачається однією із сучасних вимог до діяльності мережі лікарень, що передбачає їх облаштування для осіб з інвалідністю згідно сучасних стандартів.

Створення госпітальних округів ґрунтується на поєднанні певних принципів якості та безпеки медичної допомоги, своєчасності доступу до медичної допомоги, економічної ефективності. Для розвитку госпітальних округів в Україні пропонуємо Концепцію розвитку госпітальних округів в умовах підвищення доступності та якості медичних послуг в Україні (рис. 3.3). Концепція розвитку госпітальних округів повинна відображати такі компоненти (додаток Е):

I. Цільово-результативний компонент – містить визначення мети та завдань концепції, а також заплановані результати (відповідає розділам 2 і 3 Концепції).

II. Концептуальний компонент – пояснює необхідність переходу до сталого розвитку та окреслює основні принципи його досягнення (розділ 1 Концепції).

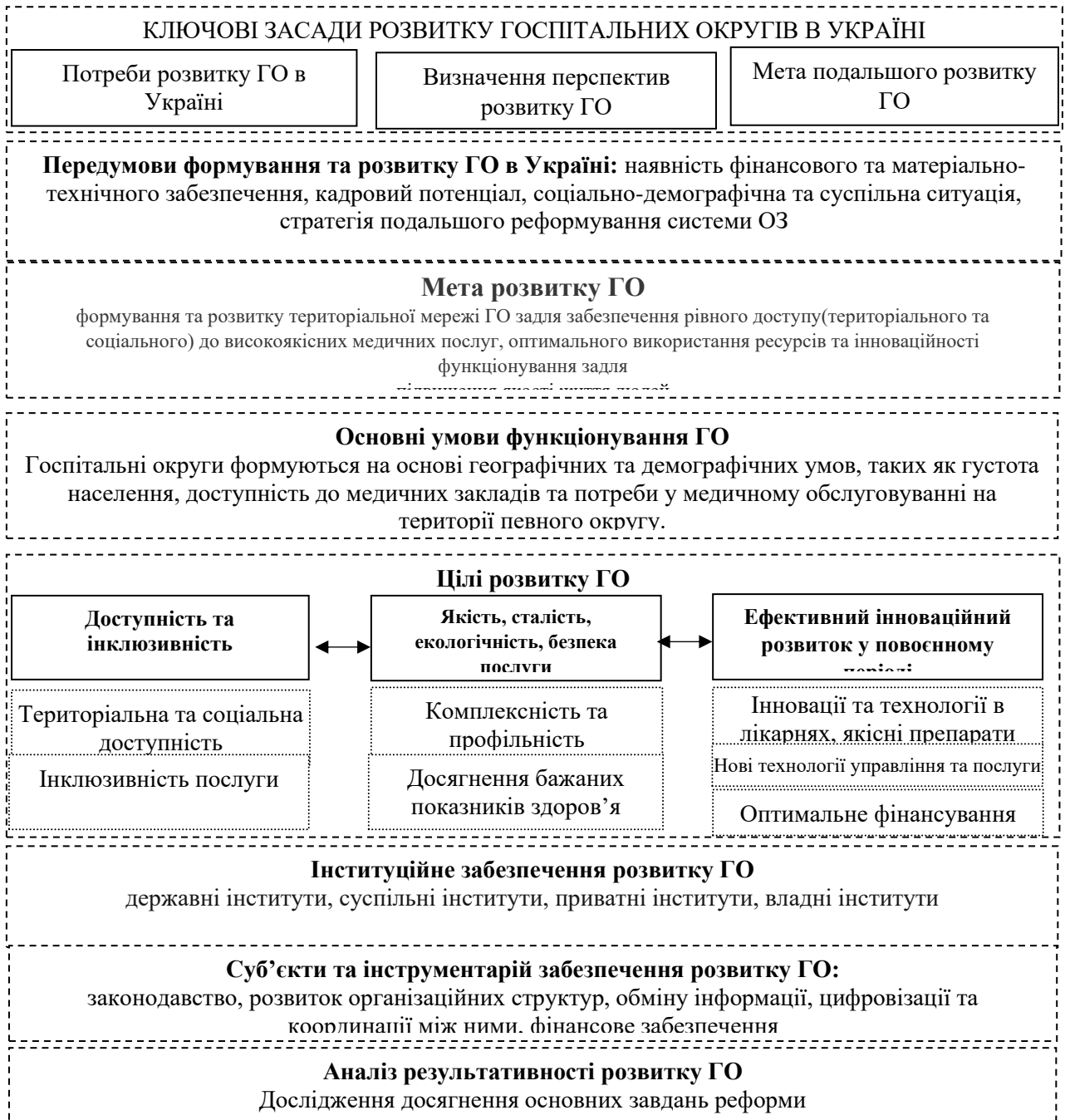


Рис. 3.3. Структура Концепції розвитку госпітальних округів в умовах забезпечення розвитку лікувально-медичних послуг\*

\*Джерело: власна розробка автора

III. Медичний та соціальний компонент – зосереджується на питаннях охорони здоров'я та соціальних аспектах сталого розвитку.

IV. Організаційно-управлінський компонент – визначає відповідні інституції та механізми управління, які необхідні для досягнення цілей (розділ 5 Концепції).

V. Оцінювально-результативний компонент – встановлює завдання та індикатори, які використовуються для моніторингу прогресу в процесі досягненні визначених цілей (розділ б).

VI. Коригувальний компонент – містить механізми для перегляду та корекції завдань та цілей, котрі можуть змінюватися в процесі реалізації концепції (розділ б Концепції).

Ці компоненти забезпечують структурований підхід до досягнення сталого розвитку, з акцентом на гнучкість і адаптивність у разі потреби [311].

У формуванні медичного та соціального компонентів Концепції розвитку госпітальних округів нами додатково пропонується враховувати також наступні цілі для досягнення: забезпечення високоякісної медичної допомоги для всіх груп населення (орієнтація на якісне медичне обслуговування найменш захищених верств населення), створення мережі профілактичної медицини та профілактики захворювань, результативна підтримка та реабілітація військовослужбовців і постраждалих від бойових дій (протезування, лікування), розгалужена система психологічної реабілітації та покращення ментального здоров'я, ефективне регулювання ринку лікарських препаратів.

Цільова структура Концепції розвитку госпітальних округів в умовах забезпечення більшого доступу до медичних послуг та підвищення їхньої якості, шляхом оптимізації ресурсів, впровадження нових технологій, покращення організації медичного обслуговування і вдосконалення системи контролю якості на всіх рівнях медичної допомоги в Україні наведена у таблиці 3.1., додаток Е.

Таблиця 3.1

**Цільова структура Концепції розвитку госпітальних округів в умовах забезпечення розвитку лікувально-медичних послуг в Україні\***

№ п/п	Цілі	Характеристика
1	Ціль 1	Доступність та інклюзивність медичних послуг
2	1.1.	Розширення охоплення послугами охорони здоров'я населення та видів пропонованих послуг
3	1.2.	Доступ до медицини та медичного обслуговування на віддалених територіях та територіях прилеглих до зон бойових дій
4	1.3.	Інклюзивність в роботі закладів охорони здоров'я та пацієнтоорієнтованість
5	Ціль 2	Якість, сталість, екологічність та безпека послуги
6	2.1.	Забезпечення медичними послугами масимальної кількості населення (орієнтація на якісне медичне обслуговування найменш захищених верств населення)
7	2.2.	Оптимізація показників здоров'я, мінімізація рівня смертності. Покращення ментального здоров'я
8	2.3.	Підвищення рівня задоволеності послугами населення
9	2.4	Покращення показників енергоефективності в роботі медичних закладів, більш ефективне управління відходами
10	Ціль 3.	Ефективний інноваційний розвиток у повоєнному періоді
11	3.1.	Інновації та технології в лікарнях, якісні препарати
12	3.2.	Створення мережі профілактичної медицини та профілактики захворювань
13	3.3.	Реабілітація військових і осіб, які постраждали внаслідок бойових дій
14	3.4.	Побудова розгалуженої системи психологічної реабілітації та покращення ментального здоров'я населення
15	3.5.	Оптимізація витрат в системі охорони здоров'я

*Джерело: власна розробка автора*

Основаючись на визначеній місії та головній цілі Концепції Державного регулювання ринку медичних послуг, доцільно ідентифікувати низку стратегічних завдань, зосереджених на покращенні галузі (табл. 3.2).

**Пріоритетні завдання підвищення доступності та якості медичних послуг  
відповідно до цілей Концепції розвитку госпітальних округів\***

Завдання	Характеристика
<b>Ціль 1: Доступність та інклюзивність медичних послуг</b>	
Оптимізація методів формування цін на ринку медичних послуг для забезпечення більшої прозорості та ефективності	Проведення аналізу існуючих методів ціноутворення на медичні послуги та визначення їх ефективності
	Розробка та впровадження нових методик ціноутворення, які забезпечуватимуть справедливість та прозорість цін для всіх категорій населення
	Встановлення механізмів державного контролю за ціноутворенням на медичні послуги для запобігання необґрунтованого зростання цін
	Встановлення стандартів і нормативів вартості медичних послуг, враховуючи регіональні особливості та економічні показники
	Регулярна оцінка та коригування вартості встановлених послуг
	Розробка пропозицій щодо оптимізації системи регулювання з урахуванням національних та міжнародних стандартів
Розвиток приватного та громадського секторів у сфері охорони здоров'я	Контроль та моніторинг прибутковості медичних закладів з метою забезпечення доступності послуг для населення
	Впровадження інноваційних методів лікування та діагностики, що сприятиме підвищенню якості та доступності медичних послуг
	Підвищення ефективності медичних послуг через оптимізацію процесів та впровадження новітніх технологій
<b>Ціль 2 – Якість, сталість, екологічність та безпека послуги</b>	
Запровадження нових підходів до державного регулювання і підтримки медичних послуг, заснованого на принципах ринкової економіки	Проведення аналізу факторів, що впливають на ефективність управління в медичних закладах, включаючи фінансові, організаційні, соціальні, екологічні та кадрові аспекти
	Створення моделі механізму державного регулювання ринку медичних послуг, яка враховує ринкові умови та забезпечує баланс між якістю послуг та доступністю для населення
	Підготовка та подання конкретних рекомендацій щодо реформування системи охорони здоров'я для підвищення якості медичних послуг, враховуючи результати аналізу та розроблену модель регулювання

	Впровадження постійної системи моніторингу якості медичних послуг, використовуючи статистичні методи для збору та аналізу даних про задоволеність пацієнтів та ефективність лікування
	Впровадження заходів підвищення ступеня енергоефективності в діяльності медичних закладів, заходів з управління відходами
Покращення медичного обслуговування через впровадження сучасних методів і стратегій	Розробка та реалізація стратегії для включення нових медичних послуг та напрямків лікування, зокрема телемедицини та мобільних медичних бригад
	Аудит існуючого медичного обладнання та технологій, розробити план їх оновлення та модернізації
	Реалізація державних програм з модернізації медичного обладнання в госпітальних округах, включаючи закупівлю новітнього обладнання та відповідну підготовку медичного персоналу
<b>Ціль 3 – Ефективний інноваційний розвиток у повоєнному періоді</b>	
Забезпечення конкурентоспроможності функціонування медичних закладів на ринку	Розробка та реалізація програм впровадження новітніх медичних технологій та послуг, таких як телемедицина, роботизована хірургія та персоналізована медицина
	Забезпечення умов для розвитку стартапів та малих підприємств у медичній сфері через фінансову підтримку інновацій (державні замовлення, бізнес-інкубатори та акселератори)
Оновлення кадрової стратегії в галузі медицини	Впровадження програм безперервної медичної освіти для підвищення кваліфікації медичних працівників, включаючи тренінги, курси та стажування
	Розробка та реалізація програм для залучення висококваліфікованих медичних працівників, які наразі працюють за кордоном, шляхом пропозиції конкурентних умов праці, фінансових стимулів та підтримки при переїзді
	Оптимізація розподілу робочої сили в медичних закладах, враховуючи потреби госпітальних округів та доступні ресурси

*\*Джерело: власна розробка автора*

Рекомендації щодо подальших заходів з реформування медичної системи включають реалізацію значних трансформацій в організаційно-економічних принципах управління, що відповідають сучасним вимогам ринкової економіки та європейським стандартам у галузі медицини. З огляду на результати виконання

першого етапу реформування первинної ланки реалізації послуг перспективна імплементація реформ має зосереджуватися на наступних аспектах:

1. Оцінка рівня якості послуг з охорони здоров'я на первинній ланці включає систематичне здійснення аналізу з метою ідентифікації потенційних поліпшень у медичній допомозі. Результати оцінки слід використовувати для внесення необхідних змін та коригувань в обсяги надання первинної медичної допомоги (ПМД), що забезпечить підвищення ефективності та якості послуг;

2. Реалізація фінансових механізмів за принципом «гроші йдуть за пацієнтом» передбачає систематичний аналіз, розробку та впровадження відповідних фінансових інструментів, що сприятиме покращенню фінансової стабільності закладів, забезпечить прозорість витратних операцій та збільшенню доступності якісної медичної допомоги для населення;

3. Вдосконалення механізму маршрутизації пацієнтів передбачає розробку та впровадження системи, яка забезпечить оптимальний маршрут переміщення пацієнтів між медичними закладами з урахуванням їх потреб у медичній допомозі. Даний механізм повинен оптимізувати процес надання послуг, забезпечуючи ефективність у використанні ресурсів та зменшення часу очікування для пацієнтів;

4. Розробка високоефективної системи екстреної медичної допомоги комплементарно вимогам міжнародних стандартів, що передбачає впровадження «Закону про доброго самаритянина», модернізацію технічного, інформаційного та кадрового забезпечення служби, а також облаштування диспетчерських центрів і лікарень інтенсивного лікування відповідно до світових стандартів;

5. Необхідність завершення процес діджиталізації у галузі медицини шляхом впровадження повного електронного документообігу, що сприятиме підвищенню ефективності та прозорості медичних послуг;

6. Розширення національної системи трансплантації органів, забезпечуючи її відповідність сучасним медичним і етичним стандартам для покращення якості та доступності медичної допомоги в Україні;

7. Розбудова та просування системи громадського здоров'я у напрямках профілактики неінфекційних захворювань та зміцнення законодавства щодо

контролю над тютюном відповідно до європейських директив 2014/40/ЄС та 2011/64/ЄС, а також Рамкової конвенції ВООЗ з боротьби проти тютюну. Впровадження європейських стандартів та передових практик у системі крові та моніторингу інфекційних захворювань орієнтоване на максимальне охоплення населення імунопрофілактикою;

8. Розробка і реалізація інтегрованої системи біобезпеки та біозахисту, зокрема законодавчого акту України «Про біологічну безпеку», спрямовану на захист здоров'я людини і стабільність екологічного середовища від потенційно небезпечних біологічних загроз, у тому числі, що можуть спричинити надзвичайні ситуації і загрожувати національній та міжнародній безпеці;

9. Вдосконалення системи оцінювання медичних технологій повинно бути орієнтоване на прийняття стратегічних рішень у медичній сфері, зауважуючи клінічну ефективність, економічну доцільність і організаційні аспекти;

10. Оцінювання медичних технологій з фокусом на розробку стратегічних рішень у сфері медицини, котрі ґрунтуються на наукових дослідженнях клінічної ефективності, економічній доцільності та системних аспектах використання інноваційних технологій. Даний підхід головним чином підхід сприяє оптимізації медичної практики і забезпечує максимальну користь для пацієнтів;

11. Реформування медичної освіти на всіх її рівнях, дотримуючись високих європейських стандартів, яке охоплює підготовку медичних сестер, лікарів і управлінських кадрів;

12. Інтеграція системи професійного ліцензування для лікарів і інших медичних працівників, що сприятиме підвищенню рівня якості послуг; а також розвиток лікарського самоврядування як незалежного регулятора гарантує ефективність системи та відповідність міжнародним стандартам у сфері медичної етики та професійної поведінки;

13. Комплексне реформування реабілітації та встановлення інвалідності (МСЕК) згідно зі сучасними міжнародними науковими стандартами;

14. Організація ефективної системи закупівель лікарських засобів, включаючи міжнародні контракти, з активною участю ДП «Медичні закупівлі», задля



гарантування ефективності та прозорості закупівельних процесів на основі наукових підходів;

15. Забезпечення прозорих відбіркових конкурсів на посади керівників Національного агентства здоров'я України (НАЗУ), Центру громадського здоров'я МОЗ України та керівників структурних підрозділів, відповідно до чинного законодавства;

16. Впровадження інтегрованого підходу «здоров'я у всіх політиках», згідно з обов'язками, передбаченими Угодою про асоціацію з ЄС, задля ефективної координації між секторами та підвищення рівня здоров'я нації.

Отже, робоча стратегія взаємодії та розвитку медичних установ в межах одного госпітального округу повинна відповідати вимогам загальнонаціональної стратегії розвитку охорони здоров'я. Ця стратегія окреслює основні напрями та вектори розвитку ресурсного потенціалу медичної галузі, враховуючи як національні, так і регіональні та муніципальні потреби. Вона повинна інтегруватися із стратегіями розвитку медичної системи на різних рівнях, беручи до уваги специфічні інфраструктурні та ресурсні можливості кожного регіону та орієнтуючи свої дії на відповідні потреби суспільства в медичному обслуговуванні.

### **3.2. Організаційно-управлінський механізм державного управління госпітальним округом в системі взаємодії закладів охорони здоров'я**

Необхідно відзначити необхідність удосконалення державного управління системою координації роботи медичних закладів у межах госпітального округу. Виникненню концепції організаційно-управлінського механізму державного управління системою координації роботи медичних закладів у межах госпітального округу сприяли негативні зміни у медичній сфері, що проявились у останні роки. Розвиток медичних технологій, підвищення вимог до якості, виклики, що сформувалися за період пандемії та під час запровадження воєнного стану, стали

поштовхами для оцінки поточного стану діяльності медичної сфери в Україні та оптимізації напрямків удосконалення державного управління системою співпраці медичних установ в межах госпітального округу.

Розуміння цих проблем сприяли формуванню функціонально-організаційного механізму державного управління системою взаємодії медичних закладів в межах госпітального округу. Ключове значення організаційно-управлінського механізму державного управління системою координації роботи медичних закладів у межах госпітального округу полягає у зменшенні смертності, підвищенні якості медичних послуг, рівні задоволеності пацієнтів та медичних працівників, урівноваженому розвитку медичної системи. Держава відіграє ключову роль у цьому процесі, забезпечуючи науково обґрунтоване планування і управління, а також централізоване регулювання взаємодії медичних закладів у межах госпітального округу.

На рис. 3.4. наведено організаційно-управлінський механізм державного управління системою взаємодії медичних закладів в межах госпітального округу, центральним елементом якого є стратегічна мета навколо якої побудована взаємодію та синергія усього механізму державного управління госпітальними округами шляхом забезпечення системи взаємодії між ЗОЗ кластерами та над кластерами та тими що не ввійшли до них.

Стратегічною метою функціонально-організаційного механізму державного управління системою координації роботи медичних закладів у межах госпітального округу є підвищення ефективності діяльності медичних закладів в умовах реформи, пандемії та воєнного стану.

За допомогою концепції концептуального функціонально-організаційного механізму державного управління системою взаємодії медичних закладів в межах госпітального округу відбувається інтенсифікація доступності та якості медицини.

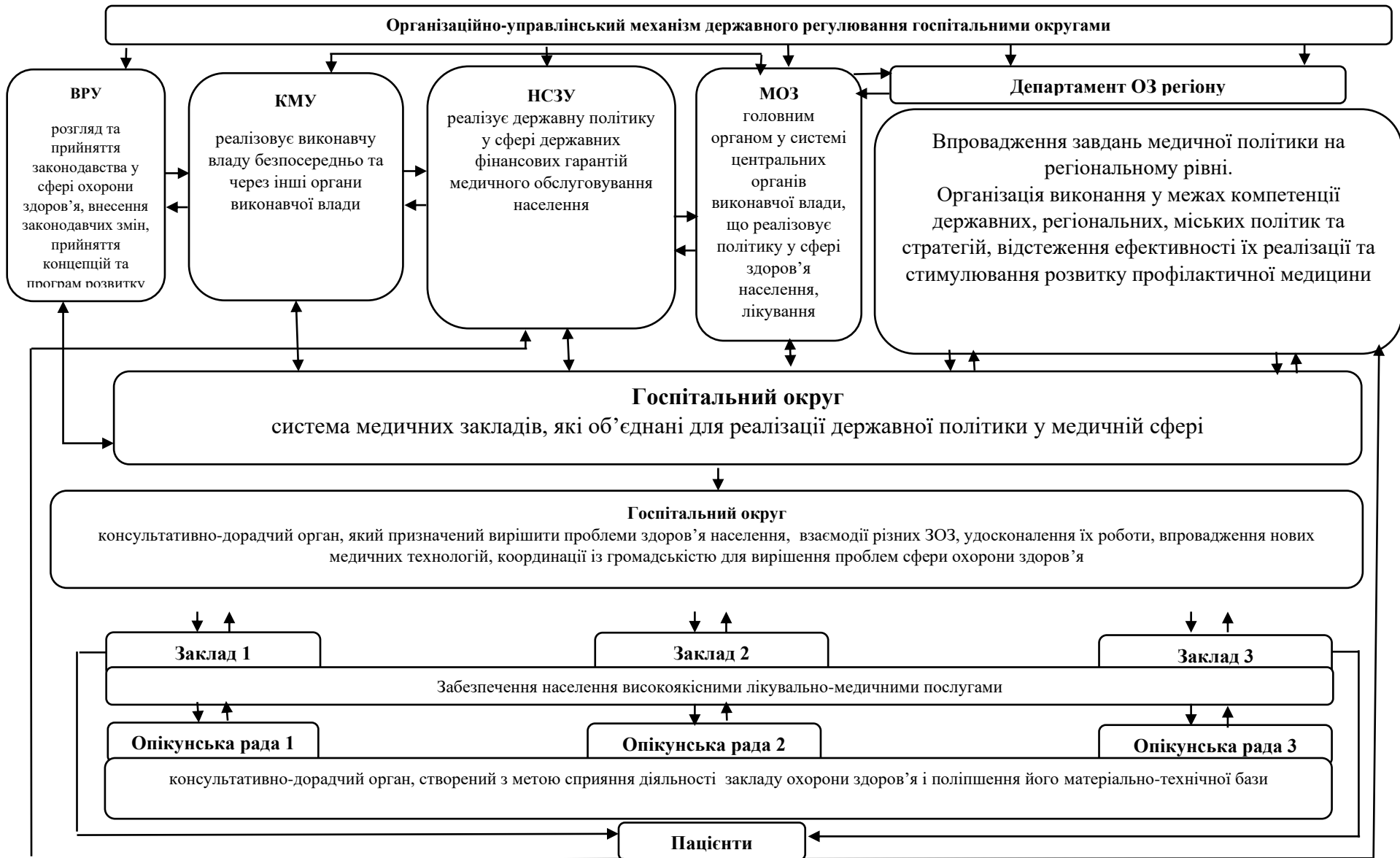


Рис. 3.4. Організаційно-управлінський механізм державного управління системою взаємодії ЗОЗ в межах госпітального округу \*

\*Джерело: власна розробка автора

На впровадження концептуального функціонально-організаційного механізму державного управління системою взаємодії медичних закладів в межах госпітального округу впливають економічні, соціальні та суспільні чинники. Економічні чинники включають:

1. Значний потенціал розвитку сфери охорони здоров'я.
2. Високий потенціал для стимулювання розвитку взаємодії медичних закладів в межах госпітального округу та загальної підприємницької активності.
3. Можливість залучення внутрішніх інвестицій, а не лише зовнішніх.
4. Широкі перспективи для іноземного інвестування та зростаючий інтерес іноземних інвесторів до сфери охорони здоров'я України.
5. Низька конкурентоспроможність медичних закладів в межах госпітального округу.
6. Зменшення кількості медичних кадрів.

Суспільні чинники включають:

1. Кваліфікація медичних працівників - наявність висококваліфікованих фахівців є ключовою для надання якісних медичних послуг.
2. Розвиток медичних установ – стан і оснащення медичних закладів, таких як лікарні та поліклініки, впливають на доступність та якість послуг.
3. Демографічні виклики – проблеми, пов'язані із змінами в демографічній структурі населення, потребують адаптації медичної системи.
4. Фінансовий стан населення – рівень доходів громадян визначає їх можливості для доступу до послуг і лікування.
5. Статистика здоров'я – високі рівні смертності та коротка тривалість життя свідчать про проблеми в медичній системі та потребують покращення медичних послуг.

Організаційно-управлінський механізм державного управління системою взаємодії медичних закладів в межах госпітального округу є складною багаторівневою системою взаємодії системи лікувальних закладів у межах госпітального округу. У цій системі інтегровані різні елементи та зв'язки.

1. Нормативно-правовий блок. Формування правової бази діяльності госпітальних округів регулюється блоком у правовому полі.

Верховна Рада України розробляє законодавчі акти та затверджує структуру медичної системи. Закони регулюють організацію медичної допомоги та визначають права та межі обов'язків медиків, а також пацієнтів, затверджують норми надання медичних послуг.

Кабінет Міністрів і МОЗ приймають постанови та накази, які деталізують норми, що містяться в законах. Нормативно-правові акти регулюють конкретні питання, пов'язані з діяльністю медичних закладів, – наприклад, фінансування чи акредитацію, стандарти послуг, організацію праці медичних працівників, умови праці та безпеки, контроль якості.

Локальні нормативні акти приймаються на обласному рівні та рівні ОТГ, що відображають особливості та потреби конкретних регіонів. До таких документів належать постанови місцевих рад, накази обласних управлінь по госпітальному округу, що визначають організаційні та фінансові особливості роботи закладів у межах госпітального округу. Особливого значення вони набули після запровадження воєнного стану, оскільки існують суттєві відмінності в безпекових умовах.

2. Організаційно-управлінський блок. Спеціалізовані медичні заклади та науково-дослідні інститути надають високотехнологічну медичну допомогу для лікування складних захворювань, зокрема, для реалізації наукових досліджень із застосуванням новітніх медичних технологій.

Медична допомога надається на трьох унікальних рівнях, що потребують різних підходів державного управління:

Первинний рівень – це перший контакт пацієнта з медичною системою через клініки та сімейних лікарів, які в основному відповідають за профілактичні, діагностичні та лікувальні послуги при поширених захворюваннях.

Вторинний рівень – це більш розширена медична допомога, яка надається центральними районними лікарнями та міськими лікарнями, де здійснюється спеціалізована допомога, включаючи госпіталізацію, діагностику, хірургічне втручання.

Координація медичних установ у регіональному розрізі, реалізація державних програм та ініціатив щодо моніторингу якості та надання послуг належить до сфери управління медициною. Іншими обов'язками є розподіл ресурсів, формування кадрової політики та співпраця з місцевою владою та громадськими організаціями.

Третинний рівень пропонують спеціалізовані клініки та науково-дослідні інститути, які надають високотехнологічну медичну допомогу, лікування складних захворювань та наукові дослідження щодо інтеграції новітніх медичних технологій.

3. Функціональний блок визначає основні завдання та відповідальність кожного рівня управління та кожного лікувального закладу в системі взаємодії в рамках госпітального округу. Суттєву допомогу при цьому надає впровадження електронної системи (eHealth), що дозволяє передавати медичні дані між медичними закладами, пацієнтами та органами охорони здоров'я. Система eHealth складається з електронних медичних записів, реєстру пацієнтів, лікарів, медичних закладів.

Медичні інформаційні системи (MIS) застосовуються для контролю за клінічною та адміністративною інформацією; дозволяє планувати використання на оновлення медичних засобів, ведення медичної документації, моніторингу якості надання медичних послуг.

4. Фінансовий блок охоплює різні джерела фінансування функціонування госпітального округу. Основним джерелом фінансування госпітального округу є видатки на охорону здоров'я, затверджені Верховною Радою. З бюджету здійснюються основні медичні послуги, вартість медичного обладнання та ліків, оплата медперсоналу та фінансування інших державних програм у медичній сфері.

Місцеві бюджети є додатковим джерелом фінансування для забезпечення виконання місцевих медичних програм та сприяння розвитку інфраструктури, забезпечення обладнанням та матеріалами.

Фінансування також відбувається через Національну службу здоров'я України. НСЗУ укладає угоди із медичними закладами для спрощення надання послуг за Програмою медичних гарантій [202].

Міжнародні гранти можуть бути використані для впровадження спеціальних проєктів та програм, спрямованих на покращення медичних послуг, впровадження новітніх технологій, підвищення кваліфікаційного рівня медичних кадрів.

Планування та розподіл коштів є важливою частиною будь-якої установи, особливо медичних. Щоб визначити суму, необхідну кожному конкретному медичному закладу госпітального округу, при складанні кошторису враховуються різні фактори. До них належать, але не обмежуються: обсяг пропонованих медичних послуг, демографічна ситуація, епідеміологічні показники та багато інших пов'язаних факторів, які відіграють важливу роль. Після затвердження бюджету кошти розподіляються відповідно до пріоритетних сфер, а також конкретних потреб, які були визначені під час цього процесу.

Запровадження концептуального функціонально-організаційного механізму управління системою взаємодії медичних установ у межах госпітального округу гарантує надання якісної медичної допомоги населенню, що сприяє збереженню здоров'я суспільства.

Гарантувати ефективну реалізацію в госпітальному окрузі концептуального функціонально-організаційного механізму взаємодії медичних закладів – потребує дотримання ряду умов для посилення державного управління системою охорони здоров'я, що також забезпечує високий рівень послуг.

Інституційне забезпечення визначається розробкою законодавства, що регулює діяльність госпітальних округів, а також координацію між закладами медицини, їхніми фінансовими та управлінськими процесами. Інституційна підтримка включає створення керівних органів на національному та регіональному рівнях для нагляду за координацією роботи госпітальних округів із повноваженнями моніторингу.

Іншим показником є фінансова стабільність та результативність, якої можна досягти завдяки залученню приватних інвестицій, міжнародних грантів чи благодійних внесків. Задля більшої ефективності розподілу ресурсів доцільно застосовувати прозорі та обґрунтовані механізми розподілу фінансових ресурсів між медичними закладами. Ці механізми повинні враховувати потреби та пріоритети кожної установи.

Щодо інформаційного забезпечення та технологій, впровадження електронних систем відіграє вирішальну роль у покращенні обміну інформацією та координації зусиль між медичними закладами та підвищенні їх ефективності. Однак надзвичайно важливо, щоб інформаційна безпека була гарантована шляхом захисту медичних даних пацієнтів, а також забезпечення конфіденційності.

Професійний розвиток медичних працівників можна досягти через розробку та впровадження програм безперервного професійного розвитку, які б залучали медичних працівників до проходження тренінгів, семінарів, вебінарів та стажувань. З іншого боку, розглянути можливість використання системи заохочувальних надбавок плюс премій (на додаток до інших форм матеріального заохочення), що сприяло б підвищенню рівня мотивації медичних працівників.

Дотримання національних стандартів якості послуг є надзвичайно важливим, оскільки така система гарантує надання якісних медичних послуг. Впровадження систем контролю поряд з програмами аудиту дозволить перевірити відповідність встановленим стандартам.

Належне виконання зазначених умов позитивно вплине на інші сфери, як-от якість надання послуг. Оптимізація таких проблем не тільки підвищить рівень життя населення, а й покращить загальний стан здоров'я в країні. Подолання розриву в стані здоров'я між різними соціально-економічними групами сприяє соціальній рівності та стабільності. Щодо розвитку інновацій і технологій, це гарантує стійкість і адаптивність медичних систем до потенційних викликів, які можуть виникнути в майбутньому.

Ефективна реалізація концептуального функціонально-організаційного механізму взаємодії ЗОЗ в межах госпітального округу сприятиме досягненню позитивних результатів у діяльності медичних закладів, оптимізації якості життя населення, скороченню розриву в стані здоров'я між різними соціально-економічними групами і загальному поліпшенню здоров'я населення [278].

Структура взаємодії основних елементів управління в госпітальному окрузі (рис. 3.5) організовує медичну допомогу населенню конкретної території. Ключові напрями включають: стандартизацію медичних послуг; облік фінансових витрат на



послуги, з визначенням зон неефективного використання ресурсів; корекцію обсягів медичної допомоги; моніторинг ефективності використання ресурсів та формування механізмів для поточного планування і оцінки результативності [90].



Рис. 3.5. Система госпітального округу та особливості наявних взаємозалежностей в системі\*

\*Джерело: власна розробка автора

Оцінка діяльності медичної системи вбачається критично важливою в контексті стратегічного управління, адже вона дозволяє виявляти проблеми, розробляти програмні рішення, об'єднувати зусилля зацікавлених сторін та підвищувати прозорість і підзвітність системи. Основною метою процесу є наближення якісних спеціалізованих медичних послуг, таких як кардіохірургія, нейрохірургія та діаліз, безпосередньо до населення. Тепер громадяни можуть отримувати медичну допомогу

у Кластерних лікарнях.

Детальніше розглянемо механізм функціонування госпітального округу, в межах якого відбувається взаємодія медичних закладів різного рівня надання допомоги (рис. 3.6).



Рис. 3.6. Система взаємодії в рамках госпітального округу\*

\*Джерело: власна розробка автора

У Положенні про госпітальний округ (затверджені Наказом МОЗ України від 20 лютого 2017 № 165 (у редакції Наказу МОЗ від 18 грудня 2017 №1621) визначаються

організаційні та процедурні засади їх діяльності. мета створення округів полягає власне у сприянні організації, функціонуванню спроможної мережі медичних закладів, які створені на його території для якості, своєчасності надання вторинної та екстрених медичних послуг.

Госпітальна рада, як дорадчий орган, координує дії, розробляє пропозиції та рекомендації щодо реалізації засад політики в даній сфері. Серед рекомендацій, що можуть бути розроблені Госпітальною радою, – пропозиції щодо: обсягів міжбюджетних трансфертів; стратегічного плану розвитку округу; перепрофілювання та реорганізації закладів вторинного рівня; підвищення функціональних потужностей медичних закладів для облаштування лікарень інтенсивного лікування.

Управління охорони здоров'я обласних державних адміністрацій забезпечують координацію розвитку спроможної мережі медичних закладів.

Ключові ризики та виклики в аспекті державного управління, включаючи: недосконалість нормативно-правової бази (відсутність чітких і всебічних нормативно-правових актів, які б регулювали всі аспекти діяльності госпітальних округів. Це призводить до правових колізій та труднощів у реалізації управлінських функцій); фінансові обмеження (недостатнє фінансування з боку держави, що обмежує можливості для модернізації медичних закладів, придбання необхідного обладнання та забезпечення якісних медичних послуг.

Повноваження госпітальної ради наведемо у додатку Л.

Нерівномірний розподіл ресурсів також створює диспропорції між різними регіонами); інформаційна фрагментація (відсутність інтегрованого інформування медичних установ у межах госпітальних округів ускладнює обмін даними, координацію дій та моніторинг якості); організаційна неузгодженість (низький рівень координації та взаємодії між різними рівнями закладів, що спричиняє дублювання функцій, втрат часу та ресурсів); кадрові проблеми (нестача кваліфікованих медичних працівників, особливо в сільських та віддалених районах.

Низька мотивація та значний рівень професійного вигорання серед медичного персоналу через недостатнє фінансування та складні умови праці); інфраструктурні

виклики (застаріла матеріально-технічна база багатьох установ, що вимагає модернізації. Відсутність сучасного обладнання та технологій ускладнює надання якісних медичних послуг); адміністративна інертність (бюрократичні перепони та інертність адміністративних процесів, що ускладнює швидке формування управлінських рішень та необхідних реформ.

Все перелічене потребує комплексного підходу до їх вирішення, що включає реформування нормативно-правової бази, збільшення фінансування, впровадження сучасних інформаційних систем, покращення координації між медичними установами та підвищення кваліфікації медичних працівників.

Щоб отримати ясніше уявлення про побудову взаємозв'язків та виявити і обґрунтувати впливові фактори, доцільно провести дослідження формування госпітальних округів у Львівській області (рис. 3.7).

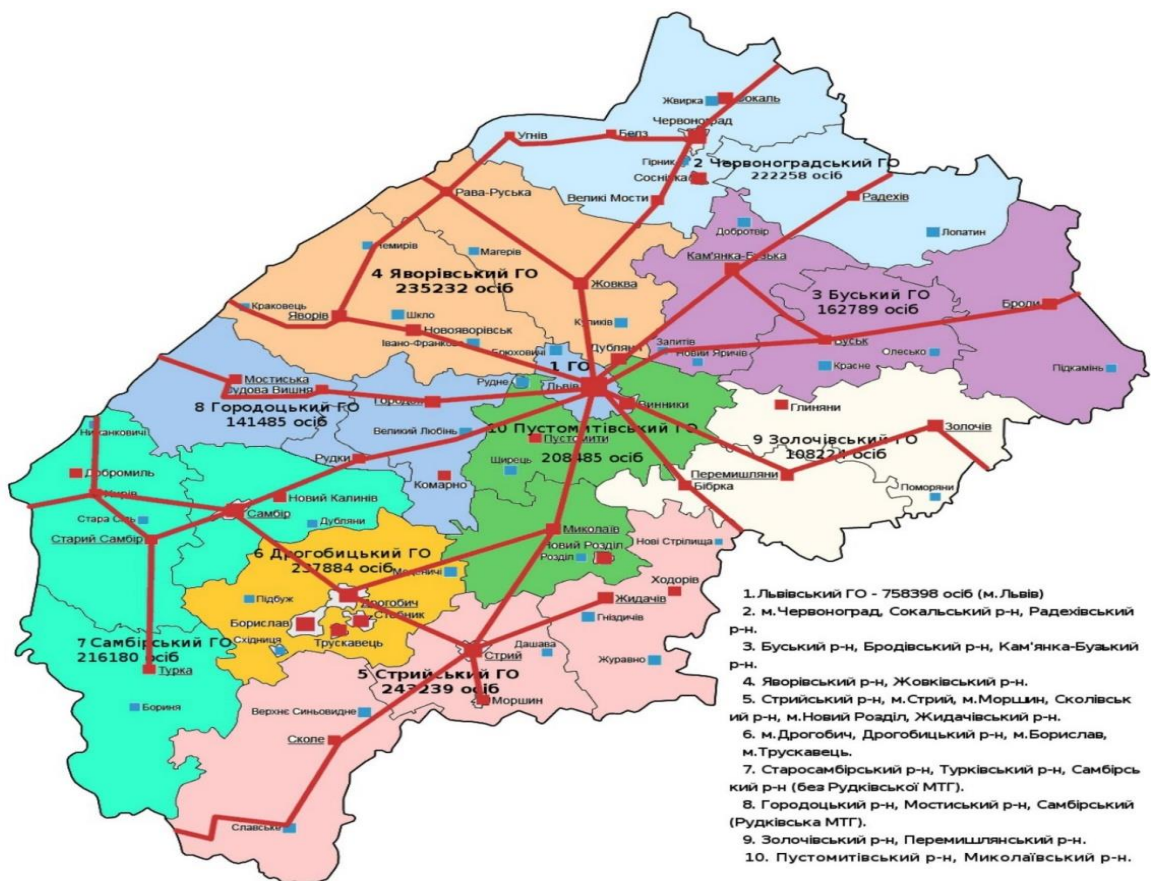


Рис. 3.7. Карта госпітальних округів Львівської області\*

\*Джерело: [120; 323]

Госпітальна рада формується із кількох комітетів, що компетентні у різних аспектах співпраці (рис. 3.8.), котра, переважно, містить в основі фінансові та інформаційні концепти.

Ці комітети не лише забезпечують внутрішню взаємодію в межах одного госпітального округу, але й координують зв'язки між різними госпітальними округами на території України та за її межами.



Рис. 3.8. Структура госпітальної ради госпітального округу Львівської області\*

\*Джерело: побудовано автором за [309; 363]

Госпітальна рада та її підзвітні органи виявляють проблемні питання, координують діяльність медичних установ і служать консультативним органом, що сприяє співпраці між працівниками медичної галузі та державними органами. Активна участь громади у реформуванні та функціонуванні госпітальної ради та округу є критично важливою для їх ефективності. Вітчизняні аналітики підкреслюють, що місцеві та районні органи влади повинні бути ефективними власниками, а також розглядати перепрофілювання закладів згідно з потребами округу [341].

Отже, організаційно-управлінський механізм державного управління системою взаємодії медичних установ в рамках госпітального округу практично реалізується суб'єктами державного управління. Організація управління координується Госпітальною радою округу, а для забезпечення ефективного управління, важливим є координація із громадянським суспільством.

### **3.3. Інформаційно-комунікаційний та фінансово-економічний механізм державного управління госпітальним округом в системі взаємодії закладів охорони здоров'я**

Механізми державного управління госпітальними округами взаємопов'язані, а їх розвиток взаємообумовлений, зважаючи на потребу досягнення цілей фінансової прозорості функціонування медичної системи за рахунок доступності даних та інформації про роботу медичних закладів, їх фінансування. Додатково розвиток інформаційного механізму управління сприяє виконанню таких важливих завдань як задоволення інформаційних потреб медичних закладів, НСЗУ, МОЗ, КМУ та інших суб'єктів управління; звітування про досягнення та результати реформування, діяльність медичних закладів (обсяги їх фінансування, доходи, видатки тощо).

Зазначимо, що в Україні тривала історія становлення інформаційно-комунікаційного механізму державного управління в цілому, концептуальне та

нормативно-правове забезпечення якого визначені в Законі України «Про Національну програму інформатизації» від 04 лютого 1998 р. № 74/98-ВР, Законі України від 04 лютого 1998 р. №75/98-ВР «Про Концепцію Національної програми інформатизації», Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Стратегії розвитку інформаційного суспільства в Україні» від 15 травня 2013 р. № 386-р.

Новий етап розвитку інформаційно-комунікаційного механізму державного управління припадає власне на період затвердження та початку реалізації Концепції реформи фінансування медичної системи від 30 листопада 2016 р. № 1013-р. та Концепції розвитку електронної охорони здоров'я від 28 грудня 2020 р. № 1671-р., які сприяли переходу від етапу інформатизації до етапу цифровізації охорони здоров'я. Власне у першому документі визначено постійне покращення системи для електронного збору і обміну медичними та фінансовими даними.

Тобто механізм інформаційного управління в державній медичній системі мав проведення аналізу стану здоров'я населення для оптимального придбання медичних послуг НСЗУ у медичних закладів за договорами та відповідно ефективного витрачання коштів. Електронна система також дала можливість створення інтегрованого медичного середовища за рахунок впровадження електронних рішень у сфері медицини, включаючи протоколи обміну даними, електронні реєстри, системи кодування діагнозів і процедур та інші інструменти – інтеграції, координації між різними рівнями медичної допомоги, включаючи вторинний й відповідно госпітальні округи, для впровадження нової системи управління якістю послуг.

У Концепції розвитку електронної охорони здоров'я від 28 грудня 2020 р. № 1671-р. визначено поняття «електронної охорони здоров'я (далі – eHealth, e-здоров'я) – це екосистема взаємоприйнятних, гармонічних інформаційних стосунків в межах медичної системи країни, які побудовані на безпечному та економічно ефективному використанні технологій інформаційного та комунікаційного характеру для підтримки система медичного обслуговування (медичні послуги, профілактика, медична освіта, медична література, дослідження тощо).

Власне одна з проблем, яку вирішували заходи в межах Концепції є

нерівномірність мережі закладів медицини, нестача кваліфікованого персоналу, а тому недоступність медичних послуг, потреба у дистанційному наданні медичних послуг, для чого і необхідно здійснювати керівний вплив на розвиток мережі з використанням методів, інструментів державного управління.

Аналіз Агенції місцевого економічного розвитку Яворівщини щодо поточної політики розвитку електронної медичної системи в Україні станом на кінець 2022 року вказує на значний прогрес у розвитку інформаційного механізму державного управління госпітальним округом на різних інституційних рівнях. Про це свідчить:

1. Достатність розвитку нормативно-правового забезпечення щодо регулювання ЕСОЗ, активізація процесів стратегування.

2. Виконання чіткого визначеного набору функцій основними суб'єктами інформаційного механізму державного управління госпітальним округом на різних інституційних рівнях (табл. 3.3) які створені для регулювання системи eHealth, повноваження яких достатні для належного управління.

Таблиця 3.3

**Суб'єкти інформаційно-комунікаційного механізму державного управління госпітальним округом на різних інституційних рівнях\***

Суб'єкт управління	Рівень управління та роль в інформаційному механізмі	Роль у функціонуванні ЕСОЗ
Кабінет Міністрів України	Центральний. Формує, розробляє та виконує основні положення державної політики, яка пов'язана із забезпеченням охорони здоров'я населення	Впровадження державної політики у сфері цифровізації, розробка, проведення заходів зі створення матеріально-технічної бази, умов для розвитку ЕСОЗ.
Міністерство охорони здоров'я України	Центральний. Сприяє розвитку єдиного інформаційного простору, здійснює стратегічне планування впровадження ІКТ, електронних реєстрів, забезпечує розвиток телемедицини, системи обробки даних тощо.	Розробка, впровадження політики в галузі цифрової медицини, реформ у сфері її розвитку.



<p>Національна служба здоров'я України</p>	<p>Центральний. Отримання, обробка персональних даних, різного роду інформації про пацієнтів, суб'єктів господарювання у сфері роздрібної торгівлі лікарськими засобами; підтримує функціонування ЕСОЗ; надає уповноваженим органам інформацію про виявлені порушення договорів про медичне обслуговування, договорів про реімбурсацію; інформує населення про програму медичних гарантій та інші.</p>	<p>Аналіз, прогнозування потреб населення, здійснення оплат медичним закладам за їх послуги в межах функціонування ЕСОЗ, розробка програми медичних гарантій.</p>
<p>Державне підприємство «Електронне здоров'я»</p>	<p>Державна ІТ-компанія, що відповідальна за адміністрування національних інформаційних систем у сфері медицини.</p>	<p>Адміністрування центральної бази даних ЕСОЗ (включає інформаційну систему НСЗУ, реєстри, програмні модулі), контроль за її розробкою в Україні. Адміністрування забезпечує взаємодію ЕСОЗ з МІС ЗОЗ; створення, перегляд, обмін інформацією між реєстрами, державними інформаційними електронними ресурсами, медичними електронними інформаційними системами.</p>
<p>Розробники медичних інформаційних систем</p>	<p>Комерційні, приватні розробники програмного забезпечення (ПЗ), сприяють переходу ЗОЗ на електронний облік шляхом розробки МІС для автоматизації роботи суб'єктів господарювання у сфері медицини.</p>	<p>Розробка, підтримка ПЗ для організації, управління інформації ЗОЗ, що допомагає їх працівникам більш ефективно взаємодіяти з пацієнтами, державними структурами через ЕСОЗ.</p>
<p>Заклади охорони здоров'я</p>	<p>Юридичні особи будь-якої форми власності, їх відокремлені підрозділи,</p>	<p>Забезпечення медичного обслуговування населення та/або надання послуг</p>

	основні завдання яких – це забезпечення медичного обслуговування та реабілітації населення.	реабілітації з використанням функціоналу ЕСОЗ. ЗОЗ вторинного рівня впровадили такий функціонал: цифрові медичні записи; діагностичні звіти тощо.
Місцеві органи виконавчої влади (департаменти інформаційної діяльності та комунікацій з громадськістю, департаменти ОЗ), ОМС – власники ЗОЗ	Обласні, районні державні адміністрації відповідальні за розробку та запровадження стратегій комунікацій в цілях інформування населення про зміни у системі охорони здоров'я госпітального округу області, району; впровадження заходів підтримки комунікації в процесі реформування системи охорони здоров'я та розвитку ГО.	Відповідальні за місцеві програми інформатизації, цифровізації сфери охорони здоров'я, їх фінансування, впровадження заходів в їх межах, взаємовідносини між місцевими органами виконавчої влади, ЗОЗ та громад через ЕСОЗ в межах госпітальних округів.

*\*Джерело: складено, доповнено автором за даними [9]*

Інформаційно-комунікаційний механізм державного управління госпітальним округом функціонує на основі державної політики у сфері інформатизації охорони здоров'я, визначеній Кабінетом Міністрів України, для становлення єдиного інформаційного простору на території України.

Згідно Положення про НСЗУ служба здійснює наступні функції державного регулювання:

1) отримання, обробка персональних даних, різного роду інформації про пацієнтів (стан здоров'я, відомості, діагноз, тощо); надавачів медичних послуг на різних рівнях допомоги;

2) підтримує функціонування електронної медичної системи, веде реєстри цієї системи, інших реєстрів та державних електронних баз даних в її компетенції, здійснює публікацію на сайті накопичених в системі даних;

3) передає особам персональну інформацію, відомості;

4) надає уповноваженим органам інформацію про виявлені порушення договорів про медичне обслуговування;

5) надає інформацію Раді громадського контролю про склад програми медичних гарантій, тарифів, коригувальних коефіцієнтів, обсягів реімбурсації;

6) інформує населення про програму медичних гарантій;

7) надає доступ до публічної інформації;

8) на основі узагальнення інформації розробляє стратегію розвитку медичного обслуговування, обробляє аналітичні дані тощо.

Державне підприємство «Електронне здоров'я» забезпечує інтеграцію електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ) з медичними інформаційними системами (МІС) закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), а також організовує створення, перегляд і обмін інформацією між реєстрами, державними електронними ресурсами та медичними інформаційними системами.

Розробники медичних інформаційних систем сприяють переходу ЗОЗ на електронний облік шляхом розробки МІС для автоматизації роботи суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я, інформатизації ЗОЗ: автоматизація робочих місць медичного персоналу для збереження, обробки демографічної, персональної, медичної інформації; розробка функціоналу МІС для роботи ЗОЗ в системі eHealth та співпраці з НСЗУ; автоматизація різних функцій ЗОЗ: електронна черга, реєстратура, кабінет пацієнта, медичні записи, кадровий облік персоналу тощо.

Медичні заклади використовують МІС для власної підтримки діяльності та користувачів, стандартизованої передачі даних від ЗОЗ до державної системи eHealth. ЗОЗ приймають рішення щодо вибору МІС та розробників ПЗ, залучаючи до цього процесу персонал, а саме: впроваджують стратегії, плани розвитку ЗОЗ в мережі ГО; визначають потреби автоматизації, додаткові та бажані процеси автоматизації; здійснюють підготовку комп'ютерно-мережевої інфраструктури та персоналу до роботи з МІС; власне забезпечують фінансування функціоналу МІС (рис. 3.9).

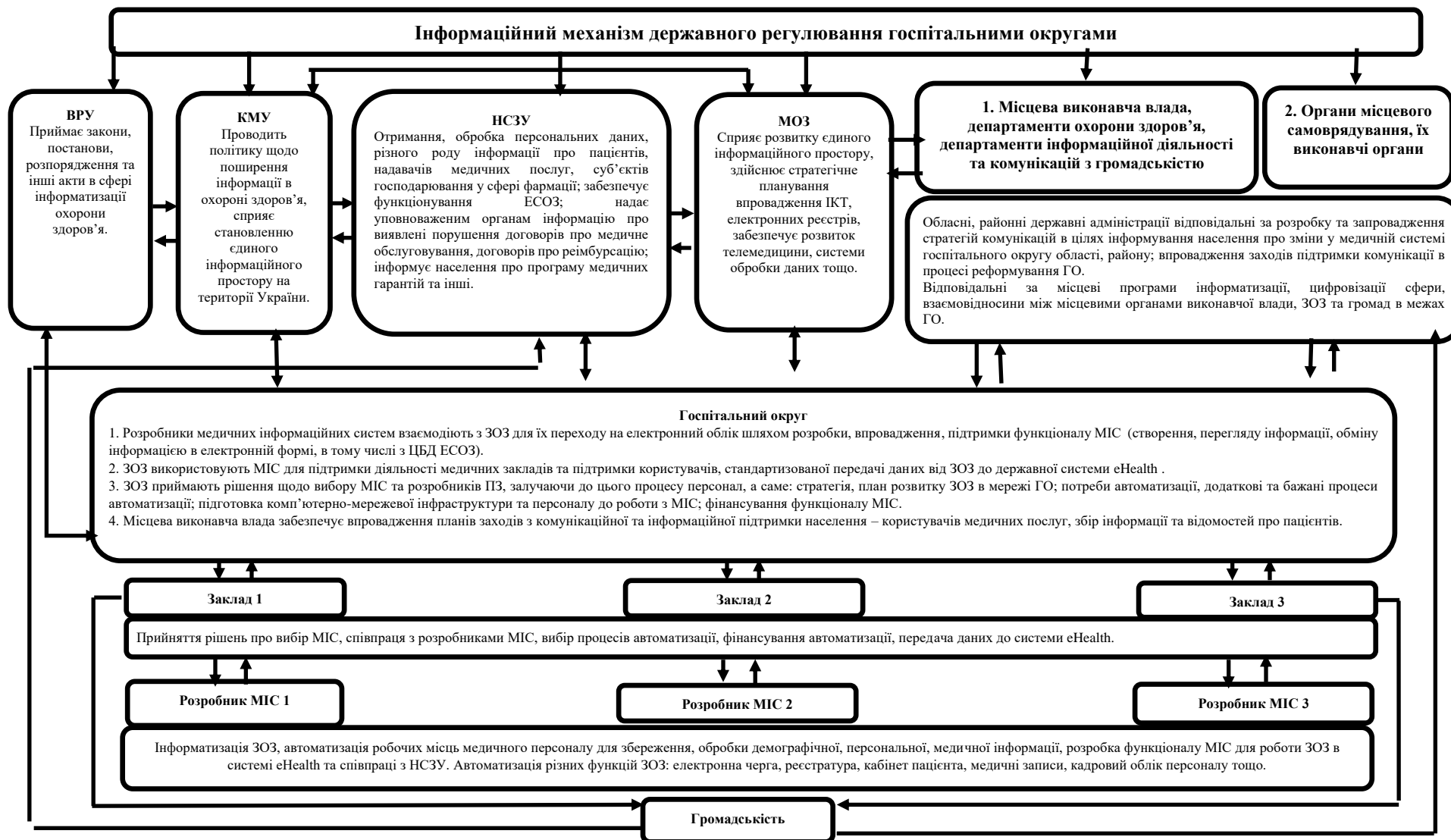


Рис. 3.9. Інформаційно-комунікаційний механізм державного регулювання госпітальних округів\*

\*Джерело: власна розробка автора

Міські, регіональні програми інформатизації і передбачали розробку стратегії, заходів для досягнення цілей інформатизації органів управління у медичній сфері, створення інформаційно-аналітичних систем в цій сфері. Однією з цілей інформаційно-комунікаційного механізму державного управління в медицині є її ефективне інформаційне забезпечення як передумова якості медичних послуг на всіх рівнях допомоги, включаючи медичні заклади госпітальних округів, телемедицину тощо.

Інформаційно-комунікаційний механізм державного управління в медицині передбачає виконання широкого спектру завдань: отримання інформації про прийняття рішень, навчання, виконання організаційних запитів, відповіді на скарги громадськості.

Власне міські та регіональні програми інформатизації як інструменти інформаційного механізму державного управління мають забезпечити створення єдиного інформаційного простору, посилити взаємодію медичних закладів за рахунок сумісності МІС, інформатизації медицини на територіальному рівні, тобто на рівні госпітальних округів. Власне фінансове забезпечення таких програм покладається на місцеві бюджети.

Реалізація програм також передбачає співробітництво з організаціями, які власне володіють інформацією про реформування державного управління. Співробітництво відбувається завдяки підписанню Меморандумів між виконавчою владою та приватними підприємствами для впровадження інформаційно-аналітичних систем управління мережею медичних закладів, котрі забезпечують оперативний аналіз стану ресурсів лікарень госпітальних округів для виявлення їх потреб в обладнанні, медикаментах, транспорті тощо; аналіз ефективності використання ресурсів медичних закладів округу; контролю за ефективністю використання лікарських засобів тощо.

Розглянемо структуру фінансово-економічного механізму державного управління госпітального округу (рис. 3.10).

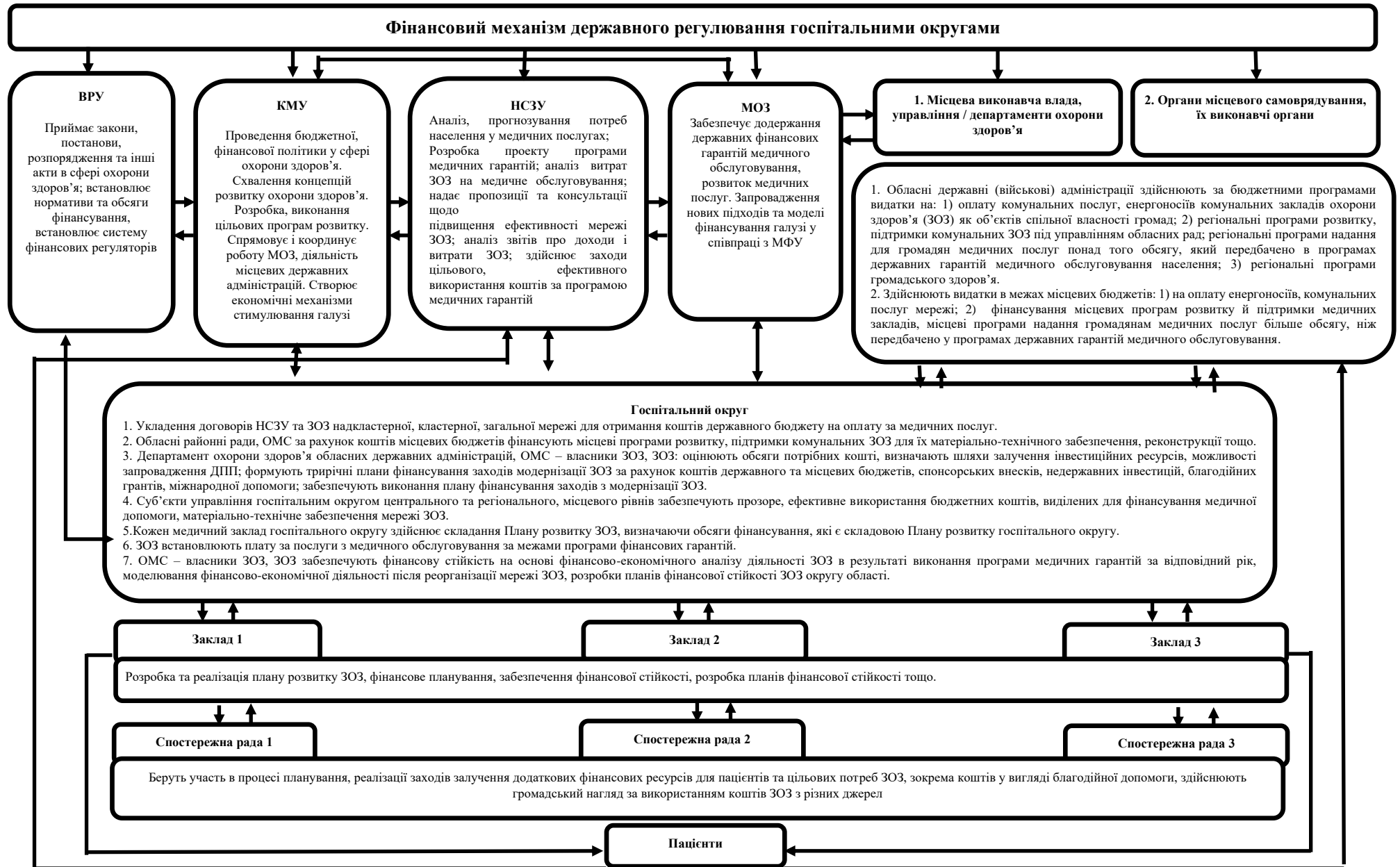


Рис. 3.10. Фінансово-економічний механізм державного регулювання госпітальним округом\*

\*Джерело: власна розробка автора

ВРУ формує основу державної політики охорони здоров'я, зокрема визначаючи цілі, завдання, принципи, пріоритети, нормативи та обсяги бюджетного фінансування, створюючи систему потрібних фінансових регуляторів. На основі державної політики ВРУ органами місцевого самоврядування формуються місцеві, регіональні цільові комплексні програми за потребами населення.

Серед завдань КМУ – реалізація (організація) бюджетної, фінансової політики та схвалення концепцій розвитку у сфері охорони здоров'я, розробка, виконання цільових програм розвитку.

МОЗ забезпечує реалізацію усіх гарантій фінансування надання медичних послуг для населення, розвиток медичних послуг. У співпраці з Міністерством фінансів України (МФУ) МОЗ впроваджує нові підходи до фінансування галузі: автономізація ЗОЗ, фінансування медичних послуг, збільшення видатків на галузь та централізовану закупівлю ліків, оплату праці лікарів тощо.

В межах функціонування фінансово-економічного механізму на НСЗУ виконує ряд покладених на неї завдань:

- 1) для розробки проекту програми медичних гарантій, закупівлі медичних послуг у ЗОЗ за договорами здійснює аналіз, прогнозування;
- 2) НСЗУ відповідальна за програми медичних гарантій;
- 3) служба проводить аналіз витрат ЗОЗ на медичне обслуговування, аналіз звітів про доходи і витрати ЗОЗ;
- 4) надає пропозиції та консультації щодо підвищення ефективності мережі ЗОЗ;
- 5) здійснює заходи цільового використання коштів;
- 6) проводить аналіз витрат на медичне обслуговування референтних закладів;
- 7) служба відповідальна за розробку, подання фінансової звітності.

Місцева виконавча влада, управління / департаменти охорони здоров'я згідно статті 90 (пункт 3) Бюджетного кодексу України визначає обсяги фінансування та здійснює видатки за рахунок коштів обласних бюджетів на сферу охорони здоров'я:

- 1) оплата комунальних послуг закладів, як об'єктів спільної власності громад, які

належать до управління обласних рад; 2) програми фінансування комунальних ЗОЗ; 3) регіональні програми громадського здоров'я [33].

Таким чином, Бюджетний кодекс визначає джерела фінансування (бюджети громад, обласні, районні бюджети) та інструменти (місцеві, громадського здоров'я тощо), за рахунок яких відбувається фінансове забезпечення діяльності та розвитку госпітальних округів.

Згідно законодавства ОМС надані компетенції щодо фінансування місцевих програм розвитку, підтримки комунальних ЗОЗ (модернізація технічного та матеріального оснащення, капітальний ремонт, реконструкція, збільшення заробітної плати співробітників, програми «місцевого стимулювання» ЗОЗ), програми обслуговування населення на місцевому рівні та інші охоронно-здоров'яні проекти.

У Бюджетному кодексі (пункт 3, стаття 89) визначено види видатків на охорону здоров'я за рахунок бюджетів територіальних громад:

1) оплата енергоносіїв, комунальних послуг за програмами державних гарантій медичного обслуговування жителів громад;

2) місцеві програми розвитку й підтримки медичних закладів, місцеві програми надання громадянам медичних послуг більше обсягу, ніж передбачено у програмах державних гарантій медичного обслуговування;

3) місцеві програми громадського здоров'я.

Органи місцевого самоврядування відповідальні за забезпечення фінансової стійкості закладів охорони здоров'я спроможної мережі, для чого виконують наступні завдання:

1. Фінансово-економічний аналіз діяльності закладів охорони здоров'я за підсумками виконання Програми медичних гарантій.

2. Моделювання фінансово-економічної діяльності закладів охорони здоров'я за існуючою та за реорганізованою структурою, враховуючи оновлені пакети медичної допомоги Програми медичних гарантій на відповідний рік.

3. Розробка планів фінансової стійкості закладів охорони здоров'я госпітальних округів.

В межах функціонування госпітального округу, зважаючи на вище визначені



завдання та окремі функції суб'єктів управління фінансово-економічного механізму, відбуваються наступні управлінські процеси:

1. Укладення договорів НСЗУ та ЗОЗ надкластерної, кластерної, загальної мережі для отримання коштів державного бюджету на оплату за медичних послуг.

2. Обласні, районні ради, виконавчі органи ОМС за рахунок коштів місцевих бюджетів фінансують місцеві програми розвитку, підтримки комунальних ЗОЗ для їх матеріально-технічного забезпечення, реконструкції тощо.

3. Департамент охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, ОМС – власники ЗОЗ, ЗОЗ: оцінюють обсяги потрібних коштів, визначають шляхи залучення інвестиційних ресурсів, можливості запровадження ДПП; формують трирічні плани фінансування заходів модернізації ЗОЗ; забезпечують виконання плану фінансування заходів з модернізації ЗОЗ.

4. Суб'єкти управління госпітальним округом центрального та регіонального, місцевого рівнів забезпечують прозоре, ефективне використання бюджетних коштів, виділених для фінансування медичної допомоги, матеріально-технічне забезпечення мережі ЗОЗ.

5. Кожен медичний заклад госпітального округу здійснює складання Плану розвитку ЗОЗ, визначаючи обсяги фінансування, які є складовою Плану розвитку госпітального округу.

6. ЗОЗ встановлюють плату за послуги з медичного обслуговування за межами програми фінансових гарантій.

7. ОМС – власники ЗОЗ, ЗОЗ забезпечують фінансову стійкість на основі фінансово-економічного аналізу діяльності ЗОЗ в результаті виконання програми медичних гарантій за відповідний рік, моделювання фінансово-економічної діяльності після реорганізації мережі ЗОЗ, розробки планів фінансової стійкості ЗОЗ округу області.

Спостережні ради, утворені як консультативно-дорадчі органи ЗОЗ, відіграють важливу роль у функціонуванні фінансового механізму, адже беруть участь в процесі планування, реалізації заходів залучення додаткових фінансових ресурсів для пацієнтів та цільових потреб ЗОЗ, зокрема коштів у вигляді благодійної допомоги,

здійснюють громадський нагляд за використанням коштів ЗОЗ з різних джерел.

Передумовами для впровадження нового фінансово-економічного механізму публічного управління госпітальними округами є законодавчі зміни, які відбулися з прийняттям у 2012 році Порядку реорганізації системи охорони здоров'я в Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Київ (Закон України від 20 квітня 2014 № 3612-VI, втратив чинність). Новий фінансово-економічний механізм передбачав впровадження нових підходів до фінансового забезпечення роботи закладів медичної допомоги у вказаних регіонах, зростання продуктивності використання бюджетних фінансів у регіонах, диференціація бюджетних витрат між різними місцевими бюджетами для медичних послуг згідно з категоріями медичної допомоги, перерозподіл ресурсів між лікарнями в областях.

У Бюджетному кодексі (пункт 3, стаття 89) визначено види видатків на охорону здоров'я за рахунок бюджетів територіальних громад:

- 1) оплата енергоносіїв, комунальних послуг за програмами державних гарантій обслуговування з охорони здоров'я;
- 2) місцеві ініціативи щодо розвитку програми надання громадянам медичних послуг більше обсягу, ніж передбачено у програмах державних зобов'язань щодо медичного обслуговування;
- 3) програми підтримки громадського здоров'я на місцевому рівні.

У статті 90 (пункт 3) визначено перелік видатків обласних бюджетів сфери охорони здоров'я:

- 1) компенсація витрат на комунальні послуги та енергоносії для ЗОЗ, як об'єктів спільної власності громад, які належать до управління обласних рад;
- 2) регіональні програми розвитку комунальних ЗОЗ; регіональні стратегічні програмні рішення щодо забезпечення надання для громадян медичних послуг більше того обсягу, який передбачено в програмах державних зобов'язань щодо медичного обслуговування; програмах з охорони громадського здоров'я на рівні регіонів;
- 3) регіональні стратегічні концепції забезпечення громадського здоров'я.

Отже, Бюджетний кодекс [33] визначає джерела фінансування (бюджети громад, обласні бюджети) та інструменти, за посередництвом яких забезпечується

функціонування фінансового механізму публічного управління госпітальним округом.

В результаті реформування охорони здоров'я буде вирішено ряд проблем державного управління медичними закладами, зокрема на місцевому рівні. У статті 32 Закону України «Про місцеве самоврядування» на відповідні органи та суб'єктів субнаціонального рівня управління покладено повноваження здійснення керівного впливу на медичні заклади, організацію їх матеріально-технічного, фінансового забезпечення, медичного обслуговування, забезпечення його безоплатності, доступності тощо. На місцеву владу також покладено обов'язки розвитку спроможної мережі закладів медицини, фактично – створення, розвиток госпітальних округів, налагодження системи взаємодії в її межах.

До 2016 року ефективного здійснення повноважень органів місцевого самоврядування у сфері управління госпітальним округом, його розвитком стикається з рядом викликів. Спрямування місцевого бюджетного фінансування на медичну сферу відбувалося для співоплати поточних видатків, якими забезпечувалась реалізація базових медичних послуг. Водночас на капітальні видатки та розвиток комунальних медичних закладів, їх персоналу, мережі виділялося значно менше коштів.

Відповідно реформа фінансування системи охорони здоров'я спрямована на вдосконалення фінансового механізму державного управління в цій сфері, зокрема управління розвитком госпітальних округів, в планах розвитку яких місцева влада визначає обсяги фінансування заходів розвитку за рахунок фінансів місцевих бюджетів.

Інноваційна модель фінансування медичних закладів в межах округу передбачає створення можливостей для повноцінного виконання повноважень місцевих управлінських органів. Це заплановано досягти шляхом прозорого відокремлення фінансової відповідальності центрального рівня влади в Україні, фіскальної автономії муніципального рівня.

Кабінет Міністрів України визначає чіткий, обмежений перелік послуг гарантованого державою пакета медичної допомоги, надання яких буде повністю

забезпечується фінансами державного бюджету. Місцеві органи влади не відповідальні за формування фінансових ресурсів для надання таких базових послуг.

Відповідно місцеве самоврядування отримало фінансові важелі впливу для ефективної реорганізації мережі лікарень, розвитку спроможної мережі, матеріально-технічного розвитку, підвищення кваліфікації персоналу, запровадження місцевих програм розвитку.

Зважаючи на вище викладене, фінансово-економічний механізм державного управління госпітального округу визначимо як сукупність методів та інструментів цілеспрямованого впливу суб'єктів управління на об'єкти управління госпітального округу для підвищення ефективності використання ресурсів, які спрямовуються на надання якісних медичних послуг населенню, покращення стану матеріально-технічного, інформаційного, технологічного забезпечення медичних закладів в межах госпітального округу.

Тож основна мета фінансового механізму державного управління госпітального округу – забезпечення економічних ефектів від використання наявних фінансових ресурсів медичних закладів, які належать до госпітального округу, в умовах їх автономності.

Додаткові цілі фінансово-економічного механізму державного управління госпітального округу – ощадливе використання фінансових ресурсів; ефективний перерозподіл бюджетних коштів між первинною, вторинною, третинною системами надання медичних послуг; фінансування заходів розвитку госпітального округу згідно планів розвитку. Тож в системі взаємодії медичних закладів округу як механізму координації, співпраці, взаємодії фінансовий механізм виконує функцію перерозподілу ресурсів між лікарнями, їх спрямування на стабільне функціонування медичних закладів вторинного рівня [332].

Відмітимо також впровадження принципу економічної ефективності у функціонування мережі медичних закладів госпітального округу, та принципу «фінансової стійкості». Органи управління територіальних громад відповідальні за забезпечення фінансової стійкості медичних закладів спроможної мережі, для чого виконують наступні завдання:

1. Фінансово-економічний аналіз діяльності медичних закладів за підсумками виконання Програми медичних гарантій.

2. Моделювання фінансово-економічної діяльності медичних закладів за існуючою та за реорганізованою структурою, враховуючи оновлені пакети медичної допомоги Програми медичних гарантій на певний період.

3. Розробка планів фінансової стійкості медичних закладів у межах госпітальних округів.

За даними НСЗУ про доходи та видатки надавачів медичних послуг щодо фінансових показників діяльності надавачів медичних послуг у 2021-2024 роки фінансова стійкість медичних закладів в межах госпітальних округів на всій території країни залишалася стабільно високою, не зважаючи на незначне скорочення з 80,72% у 2021 році до 77,76% у 2024 році (табл. 3.4)

Таблиця 3.4

**Динаміка фінансових показників надавачів медичних послуг вторинного рівня надання допомоги в Україні у 2021–2014 роках\* \*\***

Фінансові показники	2021	2022	2023	2024*	Відхилення, +/-
Фінансова стійкість (ВК+ДЗЗ)/П, %	80,72	80,41	78,07	77,76	-1,58
<i>млрд. грн.</i>					
Власний Капітал (ВК)	61,419	72,929	98,113	93,751	-155,17
Довгострокові Зобов'язання та забезпечення (ДЗЗ)	11,769	15,137	22,265	19,023	-30,79
Пасиви (П)	90,673	109,524	154,202	145,033	-235,71

\*за 1 квартал 2024 року

\*\*Джерело: сформовано та проведено розрахунки за даними [91]

Методи фінансового механізму державного управління госпітальним округом – це законодавчо закріплені способи визначення обсягів фінансування мережі медичних закладів, враховуючи плани розвитку окремого закладу, потреби населення в медичних послугах, кінцеві результативні показники фінансування.

Власне фінансова трансформація медичної системи передбачала використання таких методів фінансового механізму державного управління:

Програмно-цільового методу у фінансуванні медичних закладів [253], складова якого – це бюджетні програми у сфері медицини, що складаються для надання допомоги на різних рівнях згідно положень Бюджетного Кодексу України.

У рамках реалізації бюджетних програм для надання вторинної, третинної та екстреної медичної допомоги, управління охорони здоров'я обласних державних адміністрацій призначені замовниками медичних послуг. Відповідальними виконавцями бюджетних програм є заклади охорони здоров'я відповідного рівня, а також фізичні особи-підприємці, які мають ліцензію для медичної практики. Між замовником і виконавцем укладається договір на виконання бюджетних програм, що регулює умови надання послуг.

Фінансування установ, які надають первинну медико-санітарну допомогу, здійснюється на основі подушного фінансового нормативу, який забезпечує до 25% загального обласного бюджету на охорону здоров'я. Заклади вторинного та третинного рівнів допомоги фінансуються відповідно до глобального бюджету, який становить до 64% загального обласного бюджету на охорону здоров'я. Виділяються бюджетні кошти в обсязі до 10% загального обласного бюджету на охорону здоров'я. Додатково на обласному рівні створюється резервний фонд у розмірі до 1% загального бюджету на охорону здоров'я.

Порядок фінансування відповідальних виконавців бюджетних програм визначається Кабміном. Необхідно відзначити, що процес оптимізації мережі медичних закладів, включаючи створення госпітальних округів, не повинен призводити до зменшення обсягів фінансування медичної системи за рахунок бюджетних коштів. Збереження адекватного рівня фінансування є визначальним для гарантування доступу для населення [58].

Також «реалізація проєктів КМУ зі створення госпітальних округів в регіонах не потребувала додаткового фінансування з державного та / або місцевих бюджетів», адже ціль їх створення – оптимізація мережі медичних закладів з надання вторинної допомоги, її підготовки до роботи за угодами про медичне обслуговування громадян з НСЗУ, спільність прийняття управлінських рішень місцевої влади про їх подальший розвиток [266].

У 2017 році було запропоновано створити окрему програму в Державному бюджеті для фінансування поступової перебудови медичних закладів в межах госпітальних округів. Оптимізація мережі через госпітальні округи допоможе вирішити основні проблеми вторинного рівня медичної допомоги, забезпечуючи баланс між місцевою автономією та централізованим управлінням процесом з боку Уряду, а також створить відповідні фінансові стимули [344].

Інструменти фінансового механізму державного управління госпітальним округом – це наявні місцеві, регіональні програми розвитку, підтримки ЗОЗ, громадського здоров'я тощо, а також:

1. Плани фінансування заходів з модернізації ЗОЗ госпітальних округів на три роки.
2. Оцінка обсягів потрібних коштів для визначення шляхів залучення інвестицій, в тому числі запровадження державно-приватного партнерства, для розвитку госпітального округу.

У Плані розвитку госпітального округу на три – п'ять років наведені проміжні показники досягнення кінцевих результатів (річні), тому оцінку ефективності фінансового механізму можливо здійснити саме з врахуванням цих показників та ступеня їх виконання.

Власне у Планах розвитку також вказуються обсяги оцінених фінансових ресурсів, які потрібні на фінансування заходів цих планів за рахунок різних джерел фінансування.

Тож, елементом фінансового механізму державного управління госпітальним округом є джерела фінансування розвитку ГО за планом розвитку:

1. Місцеві бюджети територіальних громад, які отримують медичні послуги в межах госпітального округу, відповідають за управління його розвитком.
2. Часткові кошти можуть надходити від недержавних інвестицій, спонсорських і благодійних внесків, міжнародної фінансової допомоги та інших джерел [8].

Розглянемо структуру надходжень до КНП грошових коштів та ресурсів в розрізі областей (вторинний рівень медичної допомоги, тобто в основному медичні заклади

в межах госпітальних округів), а саме: 1) розподіл надходжень за джерелами фінансування КНП:

1.1) 1 квартал 2024 року: 66,8% – програми медичних гарантій, 11,9% – обласні, районні бюджети, бюджети місцевого самоврядування; 5,4% – державний бюджет (включаючи централізовані закупівлі); 11,0% – благодійна допомога; 2,2% -платні послуги, страхові виплати;

1.2) 1-4 квартал 2023 року: 60,7% – програми медичних гарантій, 17,0% – обласні, районні бюджети, бюджети місцевого самоврядування; 6,7% – державний бюджет (включаючи централізовані закупівлі); 10,8% – благодійна допомога; 2,3% -платні послуги, страхові виплати;

1.3) 1-4 квартали 2022 року: 66,8% – програми медичних гарантій, 14,6% – обласні, районні бюджети, бюджети місцевого самоврядування; 6,1% – державний бюджет (включаючи централізовані закупівлі); 8,9% – благодійна допомога; 1,7% – платні послуги, страхові виплати;

1.4) 1-4 квартали 2021 року: 62,8% – програми медичних гарантій, 18,7% – обласні, районні бюджети, бюджети місцевого самоврядування; 9,4% – державний бюджет (включаючи централізовані закупівлі); 4,6% – благодійна допомога; 2,7% – платні послуги, страхові виплати.

Тобто розподіл надходжень за джерелами фінансування КНП вторинного рівня медичної допомоги за час розвитку діяльності госпітальних округів вказує на превалювання коштів, які отримали лікарні за програмами медичних гарантій, за рахунок коштів бюджетів громад, та благодійництва. При цьому, скорочується частка фінансування КНП вторинного рівня за рахунок державного бюджету. При цьому простежується регіональна диференціація у розподілі надходжень до КНП за джерелами фінансування: у деяких регіонах переважають надходження від бюджетів областей, районів, громад [91].

Підсумуємо, що на разі фінансовий механізм державного управління госпітальним округом перебуває в процесі розвитку, про що свідчать цілі нової розробленої Кабінетом Міністрів України Стратегії розвитку медичної системи до 2030 року.



У вказаному документі серед стратегічних завдань виділяють власне ті, які стосуються фінансування: розробка та запровадження системи управління ресурсами з переліком стимулів, заохочень для залучення, утримання персоналу, особливо на територіях з нестачею фахівців для реалізації медичної допомоги та реабілітації; забезпечення розвитку багаторівневої інтегрованої моделі надання допомоги з реабілітації та її достатнє фінансування, інтеграція у всі рівні медичної допомоги; найважливіше – розробка моделі фінансування та здійснення закупівель інтегрованих послуг [267].

Вищевказане демонструє потребу у продовженні та удосконаленні розвитку фінансово-економічного та інформаційно-комунікаційного механізмів державного управління госпітальним округом.

#### **3.4. Основні фактори впливу на механізми взаємодії закладів охорони здоров'я в межах одного госпітального округу**

На даному етапі активно впроваджуються заходи в рамках медичної реформи, одним із новаторських рішень якої є створення госпітальних округів. Їх основна мета – покращення інфраструктури, забезпечення доступу до якісних медичних послуг. Оцінити ефективність цього рішення поки що складно, оскільки госпітальні округи функціонують лише в окремих регіонах. Проте вже сьогодні можна визначити фактори, які впливатимуть на їхню роботу в майбутньому. Зокрема, фактори поділяються на зовнішні та внутрішні. Варто зазначити, що цей перелік може бути доопрацьований під час впровадження госпітальних округів у всіх регіонах країни та за підсумками перших років їхньої роботи, що робить це питання перспективним для подальших досліджень.

Результати SWOT-аналізу дозволяють визначити найважливіші фактори впливу, які можна згрупувати у кілька основних категорій (рис. 3.11).

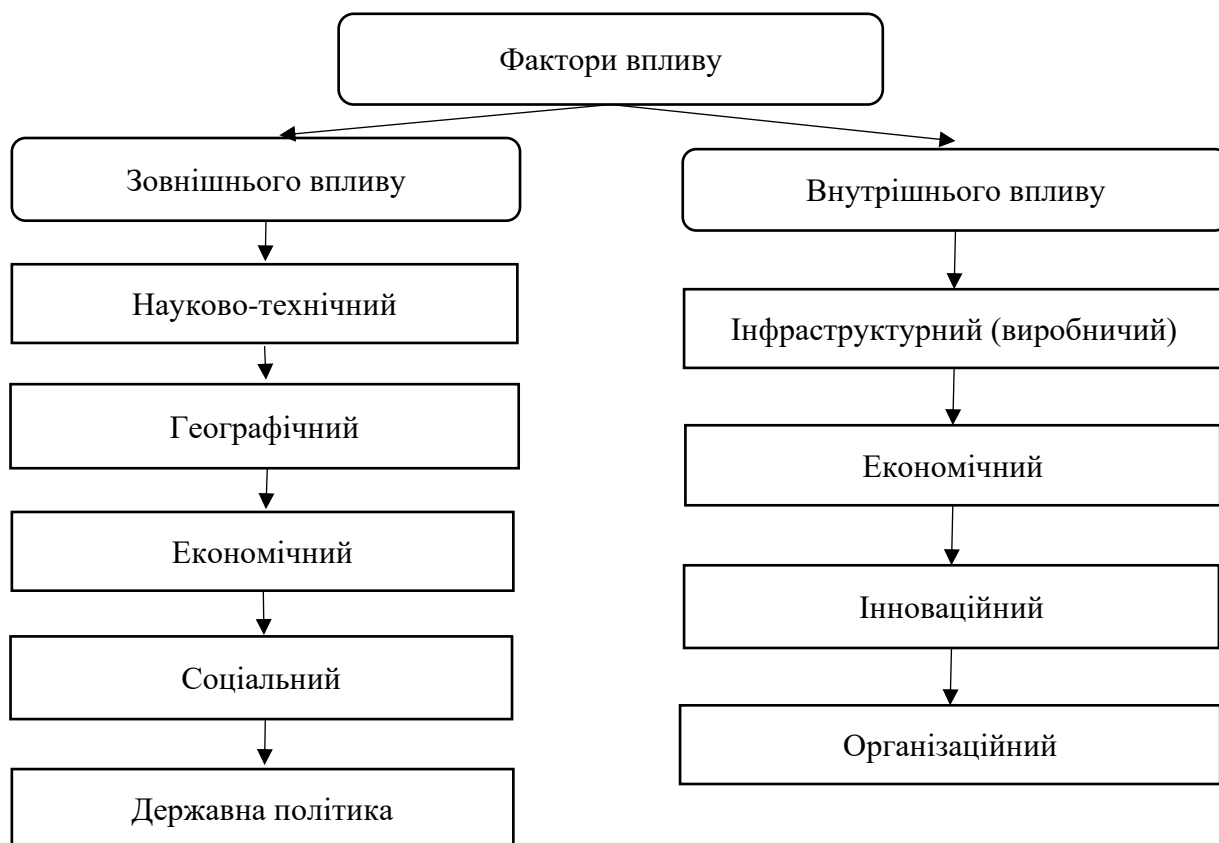


Рис. 3.11. Внутрішні та зовнішні чинники впливу на діяльність та взаємодію медичних закладів у межах госпітального округу\*

\*Джерело: власна розробка автора

Відповідно, до ряду ендогенних чинників віднесено: інноваційні, інфраструктурні, організаційні, економічні. Щодо екзогенних чинників:

1. Науково-технічні – позиціонуються як інноваційно-технічний потенціал, можливості у медичних технологіях тощо.

2. Географічні – являють собою специфіку локації медичних закладів у межах округу, характеризують наближеність до інших закладів, рівень ресурсного забезпечення.

3. Економічні фактори – позиціонуються як рівень державного економічного розвитку, специфіка темпів і динаміки макроекономічних показників, показних рівня доходів населення тощо.

4. Соціальні – позиціонуються як рівень освіченості та соціальної забезпеченості населення, співвідношення його вікових груп.

5. Державна політика – являє собою рівень розвиненості нормативно-правового

забезпечення та організаційного базису галузі, концепція розвитку медицини, векторність реалізації міжнародної політики.

Із метою ефективного аналізу процесу взаємодії закладів охорони здоров'я у межах госпітального округу доцільно застосувати SWOT-аналіз, з метою ідентифікації сильних та слабких сторін, можливостей та ризику функціонування госпітального округу, а також механізму державного управління госпітальними округами в Україні в цілому (табл. 3.5). Аналіз показує, що госпітальні округи мають численні сильні сторони та можливості.

Основні з них такі:

1. Покращення інфраструктури та управлінських процесів передбачає створення госпітальних округів дозволить значно удосконалити інфраструктуру та менеджмент. Система забезпечить чітке розподілення обов'язків та відповідальностей, що, на відміну від старої моделі, підвищить ефективність управління та принесе позитивні результати вже в короткостроковій перспективі.

2. Єдина інформаційна система базується на впровадженні єдиної інформаційної системи, що дозволить покращити документообіг, зберігання та обробку інформації про пацієнтів і захворювання. Це сприятиме формуванню точнішої статистики та підвищенню ефективності системи охорони здоров'я, що в свою чергу позитивно вплине на громадське сприйняття медичних послуг і ринку загалом.

3. Покращення фінансування завбачає запровадження госпітальних округів позитивно позначиться на фінансуванні охорони здоров'я, що може призвести до значного поліпшення інфраструктури та технічного забезпечення медичних закладів. Це також полегшить доступ до медикаментів для вразливих верств населення. Підвищення фінансової стабільності в рамках реформ знизить ймовірність ризиків, таких як недостатня кількість медичних працівників, недостатність медичних засобів, висока залежність від субсидій та висока плинність кадрів.

4. Додатковими сильними сторонами вважаємо чітке бачення місії, цінностей кожної лікарні в межах госпітального округу, чіткий розподіл обов'язків, відповідальності учасників госпітального округу, наявність місць до розбудови спроможної мережі лікарень, додаток М.

В аналізі відображено слабкі сторони, які свідчать про актуальні проблеми медичної сфери в Україні. Зокрема, йдеться про:

1. Недостатню кількість висококваліфікованих кадрів, що пов'язано з недоліками системи медичної освіти, високою вартістю навчання, що обмежує доступність цієї професії для громадян з низькими доходами, а також відтік фахівців за кордон.

2. Недостатній рівень інфраструктури та матеріально-технічного забезпечення медичних закладів госпітальних округів, зношене та застаріле обладнання. Це є наслідком того, що галузь охорони здоров'я мала низький пріоритет у державній політиці. Протягом років незалежності України інфраструктура не тільки не покращувалася, але й значною мірою деградувала. Це стосується як лікувальних установ, так і санаторіїв та інших допоміжних закладів. Подібна ситуація спостерігається і з недостатньою кількістю сучасного обладнання для обслуговування пацієнтів.

Також акцентуємо увагу на сильних сторонах механізму державного управління госпітальним округом, виділених автором в процесі огляду функціонально-організаційної, інформаційної та фінансових його складових:

1. Самокерованість функціонування механізму державного управління госпітальним округом на регіональному рівні, тобто незалежність діяльності КМУ, тобто спрямовується на центральному рівні управлінні, що уможлиблює продовження покращення складових механізму.

2. Колегіальне керівництво госпітальним округом завдяки роботі Госпітальної Ради та залучення представників виконавчої влади, територіальних громад, які можуть надавати рекомендації з розвитку мережі лікарень.

3. Налагоджено громадський нагляд та зв'язок з НСЗУ: громадяни можуть

Таблиця 3.5

## SWOT аналіз діяльності госпітального округу та механізму державного управління госпітальним округом\*

Сильні сторони	Слабкі сторони
<b>Госпітального округу:</b>	
<p>Покращення, розвиток інфраструктури в системі взаємодії медичних закладів завдяки управлінському впливу</p> <p>Чітке бачення місії та цінностей кожної лікарні в системі госпітального округу</p> <p>Чіткий розподіл обов'язків та відповідальності учасників госпітального округу</p> <p>Розбудова цілісної інформаційної системи в межах госпітального округу</p> <p>Законодавчо визначена функціонально-організаційна структура госпітального округу</p> <p>Значні обсяги інвестування медичних закладів в межах округу, підтримка їх фінансової стійкості</p> <p>Наявність місць для розбудови спроможної мережі</p>	<p>Недостатня кількість висококваліфікованого персоналу та середнього медичного персоналу медичних закладів, які діють в межах округу</p> <p>Застаріла інфраструктура, що потребує оновлення, зокрема для забезпечення інклюзивності медичних послуг в межах округу</p> <p>Застарілість та знос матеріально-технічного забезпечення медичних закладів госпітальних округів</p>
<b>Механізму державного управління госпітальним округом</b>	
<p>Самокерованість функціонування механізму державного управління госпітальним округом, тобто незалежність діяльності Госпітальної Ради</p> <p>Колегіальне керівництво госпітальним округом завдяки роботі Госпітальної Ради</p> <p>Налагоджено громадський нагляд та зв'язок з НСЗУ: громадяни можуть подати скаргу на медичний заклад округу</p> <p>Інтегрованість об'єднаної мережі лікарень на території госпітального округу</p> <p>Здійснення міжбюджетних трансфертів для фінансування медичних закладів в межах госпітального округу</p> <p>Поступова розробка та реалізація планів розвитку госпітальних округів керівними суб'єктами на 2023-2025 роки</p> <p>Підтримка фінансової стійкості медичних закладів вторинного рівня надання допомоги в межах госпітальних округів</p>	<p>Недостатній ступінь ефективності державного управління, що потребує подальшого його реформування для розвитку госпітальних округів</p> <p>Недостатній громадський зв'язок з Госпітальною Радою</p> <p>Неадаптованість механізму до військових дій, політичних викликів</p> <p>Нерівномірність розвитку механізму державного управління в різних регіонах, що позначається на розробці та реалізації планів розвитку мережі медичних закладів</p> <p>Диференціація у фінансуванні процесів управління розвитком госпітальних округів в різних областях, зважаючи на різні фінансові можливості як обласних, районних бюджетів, так і територіальних громад</p> <p>Недостатнє, в деяких регіонах відсутнє фінансування власне процесу створення госпітального округу відповідними суб'єктами</p>

Залучення різних джерел фінансування медичних закладів вторинного рівня надання допомоги в межах госпітальних округів	Відсутність професійних компетентностей суб'єктів управління в окремих регіонах щодо розвитку ГО, розробки планів їх розвитку, планів фінансування, що затримує хід прогресу у створенні округів
Можливості розвитку	Загрози (ризики) діяльності та розвитку
Госпітального округу:	
<p>Можливості медичних закладів здійснювати інвестиції та фінансування матеріально-технічної бази та відповідні заходи розвитку за планами розвитку госпітального округу</p> <p>Стимулювання зацікавлених суб'єктів щодо інтенсифікації фінансових впливань та інвестицій комплементарно інноваційному стратегічному вектору розвитку ГО</p> <p>Зобов'язання партнерів з розвитку та оптимізації рівня якості лікарняних установ в межах ГО</p> <p>Оптимізація служби забезпечення</p> <p>Формування позитивного іміджу</p> <p>Система вигод від державно-приватного партнерства</p> <p>Підвищення платоспроможності пацієнтів у межах ГО за рахунок інтеграції механізмів страхування та інших дієвих форм оплати та компенсації вартості медичної послуги</p>	<p>Відсутність кількісного забезпечення кваліфікованого медичного персоналу</p> <p>Недостатній рівень забезпеченості засобами медичного призначення</p> <p>Нерегулярність поставок товарів та послуг, складність логістики</p> <p>Необхідність практичної підтримки інклюзивності та доступності медичного обслуговування</p> <p>Високий рівень залежності від фінансового субсидіювання</p> <p>Високий рівень плинності медичних кадрів</p> <p>Зростання кількості скарг та адміністративних судових розглядів</p>
Механізму державного управління госпітальним округом	
<p>Можливість покращення системи державного управління за рахунок використання управлінських технологій</p> <p>Можливість впровадити практику сталого розвитку в державне управління за рахунок реалізації відповідних заходів у мережі лікарень</p> <p>Залучення грантового фінансування, використання механізму державно-приватного партнерства для розбудови спроможної мережі медичних закладів</p> <p>Можливість співпраці суб'єктів управління з закордонними партнерами для обміну досвідом у розвитку системи взаємодії медичних закладів</p> <p>Впровадження інклюзивного підходу до розвитку округів</p>	<p>Існує ймовірність недостатньої ефективності функціонування механізму державного управління округами</p> <p>Існує ймовірність недостатнього ступеня забезпеченості населення доступними медичними послугами, особливо для найбільш вразливих верств населення</p> <p>Відсутність змін у підтримці психічного здоров'я за рахунок роботи медичних закладів</p> <p>Відсутність управлінських заходів щодо впровадження енергоефективних технологій в медичних установах</p>

*\*Джерело: власна розробка автора*

подати скаргу на медичний заклад округу, що підвищує ступінь довіри до самого процесу реформування державного управління мережею лікарень.

4. Інтегрованість об'єднаної мережі лікарень на території госпітального округу, яка все більше посилюється, особливо з виділенням надкластерних, кластерних та загальних лікарень, як наслідок – зростає ступінь спроможності такої мережі надавати якісні медичні послуги. Додатково, інтегрованість забезпечує пріоритетне спрямування фінансових ресурсів на матеріально-технічне забезпечення лікарень.

5. Здійснення міжбюджетних трансфертів для фінансування медичних закладів в межах госпітального округу, що стало можливим завдяки покращенню фінансового механізму державного управління.

6. Поступова розробка та реалізація планів розвитку госпітальних округів керівними суб'єктами на 2023-2025 роки.

7. Підтримка фінансової стійкості медичних закладів вторинного рівня надання допомоги в межах госпітальних округів, що стало можливим завдяки покращенню фінансового планування.

8. Залучення різних джерел фінансування медичних закладів вторинного рівня надання допомоги в межах госпітальних округів: як за програмами медичних гарантій, так і коштів державного, обласних та місцевих бюджетів; благодійної допомоги.

Водночас слабкими сторонами функціонування механізму державного управління госпітальним округом вважаємо наступні:

- недостатній ступінь ефективності державного управління, що потребує подальшого його реформування для розвитку госпітальних округів;
- недостатній громадський зв'язок з Госпітальною Радою;
- не адаптованість механізму до військових дій, політичних викликів;
- нерівномірність розвитку механізму державного управління в різних регіонах, що позначається на розробці та реалізації планів розвитку мережі медичних закладів;
- диференціація у фінансуванні процесів управління розвитком госпітальних округів в різних областях, зважаючи на різні фінансові можливості як

обласних, районних бюджетів, так і територіальних громад;

- недостатнє, в деяких регіонах відсутнє фінансування власне процесу створення госпітального округу відповідними суб'єктами;
- відсутність професійних компетентностей суб'єктів управління в окремих регіонах щодо розвитку госпітальних округів, зокрема розробки планів їх розвитку, планів фінансування, що затримує хід прогресу у створенні округів.

Для протидії наявним ризикам та загрозам функціонування механізму державного управління госпітальним округом визначимо можливості його розвитку:

- покращення системи державного управління за рахунок використання управлінських технологій (технологій комунікації, координації в першу чергу на регіональному рівні департаментами охорони здоров'я та власне суб'єктами управління, які входять до Госпітальної ради);
- можливість впровадити практику сталого розвитку в державне управління за рахунок реалізації відповідних заходів у мережі лікарень (енергоєфективні технології, заходи підтримки медичного персоналу);
- залучення грантового фінансування, використання механізму державно-приватного партнерства для розбудови спроможної мережі медичних закладів;
- можливість співпраці суб'єктів управління з закордонними партнерами для обміну досвідом у розвитку системи взаємодії медичних закладів, зокрема щодо налагодження взаємодії та комунікації в окрузі;
- впровадження інклюзивного підходу до розвитку округів та лікарень.

Сучасний механізм державного управління госпітальними округами в Україні має ряд суттєвих недоліків і викликів.

Основні проблеми включають:

- недосконалість нормативно-правової бази (чинне законодавство не повністю регулює всі аспекти управління госпітальними округами, що призводить до правових колізій та ускладнень у практичній діяльності медичних закладів);
- обмеженість фінансових ресурсів (недостатнє фінансування госпітальних округів з боку держави, що ускладнює можливість забезпечення високої якості медичних послуг і придбання необхідного обладнання та медикаментів);



- недостатня інтеграція інформаційних систем (відсутність єдиної інформаційної системи для медичних закладів у межах госпітальних округів, що ускладнює обмін інформацією та координацію дій між установами);
- слабка координація між закладами охорони здоров'я (низький рівень комунікації та координації між медичними установами в межах госпітальних округів, що призводить до дублювання послуг та неефективного використання ресурсів);
- проблеми з кадровим забезпеченням (недостатня кількість кваліфікованих медичних працівників, особливо у сільських районах);
- неефективність управлінських процесів (відсутність сучасних методів та підходів до управління госпітальними округами).

Вказані проблемні аспекти вимагають комплексного підходу до їх вирішення, що включає реформування нормативно-правової бази, підвищення фінансування, впровадження сучасних інформаційних технологій, покращення координації між медичними установами та підвищення кваліфікації медичних працівників.

Вказані проблемні аспекти вимагають комплексного підходу до їх вирішення, що включає реформування нормативно-правової бази, підвищення фінансування, впровадження сучасних інформаційних технологій, покращення координації між медичними установами та підвищення кваліфікації медичних працівників. Отже, на цьому етапі спостерігається активне впровадження заходів у рамках медичної реформи, одним з інноваційних підходів якої є створення госпітальних округів. Їх головною метою є поліпшення існуючої інфраструктури, забезпечення доступу до якісних медичних послуг та загальне покращення системи охорони здоров'я. Оцінити ефективність цього рішення наразі складно, оскільки госпітальні округи функціонують лише в окремих регіонах.

Водночас уже зараз можна визначити фактори, що впливатимуть на їх роботу та взаємодію в майбутньому. Виділено кілька груп таких факторів: зовнішні (науково-технічні, географічні, економічні, соціальні, державна політика) та внутрішні (інфраструктурні, економічні, інноваційні, організаційні). Очевидно, що цей перелік може бути уточнений у процесі впровадження госпітальних округів у всіх регіонах країни, а також за підсумками перших років їхньої діяльності.

### Висновки до розділу 3

1. Вперше розроблено Концепцію розвитку госпітальних округів в умовах підвищення доступності та якості медичних послуг в Україні, яка містить цільово-результативий; концептуальний; організаційно-управлінський; оцінювально-результативний; корегувальний компоненти і цілями якої є: забезпечення доступності та інклюзивності медичних послуг ГО; забезпечення якості та безпеки медичних послуг ГО; ефективний інноваційний розвиток у повоєнному періоді. В авторській Концепції обґрунтовано підходи щодо вдосконалення механізму державного управління охорони здоров'я та визначено вектори державного управління госпітальними округами на наступні роки, а саме: сталості розвитку ГО; екологічності розвитку; інклюзивності діяльності; пріоритетної доступності для військових та ветеранів, вразливих верств населення, соціально-незахищених верств, осіб з обмеженими можливостями; пріоритетний розвиток напрямку психологічної підтримки у госпітальних округах та профілактичної медицини.

2. Напрацьовано методику комплексного оцінювання ефективності механізму державного управління госпітальними округами (інтегральний показник оцінювання), що включає складові: фінансування госпітальних округів ( $H_{fin}$ ); доступності медичних послуг ( $H_c$ ); забезпечення медичних прав пацієнтів та якості медичних послуг ( $H_q$ ); інноваційності технологічного та управлінського розвитку у госпітальних округах ( $H_{inov}$ ) та методику оцінювання ефективності управління і рейтингування окремого госпітального округу, що визначається критеріями: рівень доступності медичних послуг для населення госпітального округу; відповідність медичних послуг встановленим стандартам якості; оперативність та результативність управлінських рішень; раціональне використання фінансових ресурсів; достатність та кваліфікованість медичного персоналу; рівень впровадження інформаційних технологій у управлінські та медичні процеси; ефективність координації та взаємодії між різними рівнями медичної допомоги.

3. Оцінка роботи медичної системи є важливою та невід'ємною частиною

стратегічного управління.

4. Основна мета створення госпітальних округів полягає в забезпеченні людей доступом до якісних спеціалізованих медичних послуг (кардіохірургії, нейрохірургії, діалізу тощо). Завдяки цьому, жителі громад тепер можуть отримувати допомогу в кластерних лікарнях, а не тільки в обласних центрах, як це було раніше.

5. Інформаційно-комунікаційний та фінансово-економічний механізм державного управління госпітальними округами взаємопов'язані, а їх розвиток взаємообумовлений, зважаючи на потребу досягнення цілей фінансової прозорості функціонування медичної системи за рахунок доступності даних та інформації про роботу медичних закладів, їх фінансування.

6. Механізм інформаційно-комунікаційного забезпечення системи державного управління в медицині передбачає виконання широкого спектру завдань: отримання інформації про прийняття рішень, навчання, виконання організаційних запитів, відповіді на скарги громадськості, джерела фінансування медичних закладів округу, покращення якості надання медичних послуг.

7. Бюджетний кодекс визначає джерела фінансування (бюджети громад, обласні, районні бюджети) та інструменти (місцеві, регіональні програми розвитку, підтримки ЗОЗ, громадського здоров'я тощо), за рахунок яких відбувається фінансове забезпечення діяльності та розвитку госпітальних округів.

8. Сучасний механізм державного управління госпітальними округами в Україні має ряд суттєвих недоліків і викликів, які потребують вирішення для підвищення якості медичних послуг. Основні проблеми включають: недосконалість нормативно-правової бази (чинне законодавство не повністю регулює всі аспекти управління госпітальними округами, що призводить до правових колізій та ускладнень у практичній діяльності медичних закладів); обмеженість фінансових ресурсів (недостатнє фінансування госпітальних округів з боку держави, що ускладнює можливість забезпечення високої якості медичних послуг і придбання необхідного обладнання та медикаментів); недостатня інтеграція інформаційних систем (відсутність єдиної інформаційної системи для медичних закладів у межах госпітальних округів, що ускладнює обмін інформацією та координацію дій між

установами); слабка координація між закладами охорони здоров'я (низький рівень комунікації та координації між медичними установами в межах госпітальних округів, що призводить до дублювання послуг та неефективного використання ресурсів); проблеми з кадровим забезпеченням.

Наукові результати, висвітлені в розділі 3, опубліковано в працях автора [300; 307; 309; 312; 316; 324; 329; 408].

## РОЗДІЛ 4

# ОЦІНЮВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ МЕХАНІЗМУ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ГОСПІТАЛЬНИМ ОКРУГОМ ТА ФІНАНСУВАННЯ ГОСПІТАЛЬНИХ ОКРУГІВ В УКРАЇНІ

### **4.1. Аналіз фінансування закладів охорони здоров'я після створення госпітальних округів**

В Україні відбувається активний процес реформування медицини протягом кількох останніх років. У результаті аналізу стану та проблем фінансування госпітальних округів доцільно проаналізувати та узагальнити сучасний стан фінансування. Разом із реформою мережі медичних закладів, реформа відбулась і у фінансовій сфері.

Основними напрямками в системі реформ стали:

- створення гарантованого пакету медичних послуг;
- проведення реформи таким чином, щоб замовник медичних послуг був один – Національна служба здоров'я України;
- надання органам місцевої влади можливості для реалізації власних повноважень та досягнення, при цьому, спільної мети;
- принцип «гроші ходять за пацієнтом»;
- удосконалення діючої системи керування медичною інформацією [260].

Під час попередніх спроб реформування медичної системи, та для визначення рівня ефективності реформи, в Дніпропетровській, Донецькій, Вінницькій областях та в Києві були запущені пілотні проекти, які передбачали перебудову діючої системи [241]. Паралельно з цим робились спроби створення нової системи фінансування, в тому числі і за рахунок укладання договорів із закладами – постачальниками медичних послуг, активізації та вдосконалення механізми перенаправлення пацієнтів до закладів надання вторинного та третинного рівня медичної допомоги. Суттєвим

недоліком даних пілотних проектів стало те, що їх не було проведено якісної оцінки рівня їх ефективності, але закладений в їх основу механізм був використаний у реформі, яка впроваджується по всій території України зараз [240].

У 2016 році було прийняте положення про створення системи госпітальних округів, яке втрачає свою чинність у 2019 році за рахунок нововведень, запропонованих КМУ та затвердженням новим положенням. Чинна постанова про створення госпітального округу дозволяє визначити медичні заклади, які входять до його мережі, а також проаналізувати який підхід використовується для фінансування даної мережі [64].

У постанові КМУ №1074 від 27.11.2019 мова іде про те, що мережа медичних закладів створюється на основі кількісного показника чисельності населення, яке мешкає в межах визначеного госпітального округу. Заклади медичного типу класифікуються і поділяються на три основних групи з урахуванням основних послуг які вони надають: багатoproфільна лікарня першого рівня, багатoproфільна лікарня другого рівня, опорна лікарня.

Так на території госпітального округу повинен функціонувати мінімум один багатoproфільний медичний заклад, що надає послуги інтенсивного лікування, вторинну медичну допомогу та екстрену медичну допомогу в умовах цілодобового стаціонару. Рівень багатoproфільного медичного закладу регулюється кількістю осіб яка може проходити в закладі лікування. Так багатoproфільні лікарні першого рівня повинні обслуговувати не менше 120 тис пацієнтів, в той час як лікарні другого рівні – 200 тисяч осіб. Кількість багатoproфільних медичних закладів в різних госпітальних округах буде різною, що регулюється кількістю населення госпітального округу та умовою досяжності лікарні для пацієнта часовими рамками в 60 хвилин.

Опорні медичні заклади створюються в кількості необхідній госпітальному округу та можуть мати суміжний характер. Суміжні опорні медичні заклади розташовуються на кордоні двох госпітальних округів, що дозволяє пацієнтам одного госпітального округу отримати медичну допомогу в іншому, але за умови дотримання правила часових рамок. Так, наприклад, якщо опорний медичний заклад сусіднього

госпітального округу ближче, ніж аналогічний заклад даного госпітального округу, то пацієнт має право на отримання екстреної медичної допомоги в опорній лікарні сусіднього госпітального округу [138].

Без сумнівів, мережа медичних закладів, яка діяла до початку реформи вимагала термінової оптимізації, що була орієнтована на створення нової більш раціональної мережі в межах однієї області, та залучення створеної мережі до загальної віртуальної бази медичних закладів України. Створена мережа медичних закладів охорони здоров'я передбачає розподіл медичних закладів на три основних рівні, відповідно до яких регулюється процес надання медичної спеціалізованої допомоги: місцеві лікарні, регіональні лікарні та лікувально-діагностичні центри обласного рівня. Обов'язково передбачено об'єднання вузько-направлених медичних закладів у медичний комплекс, який зможе надавати медичну допомогу комплексно.

Стратегія регулювання фінансових питань охорони здоров'я відображена в документі, який дозволяє визначити основний концептуальний зміст фінансового аспекту при впровадженні реформи в системі медицини що була затверджена Кабінетом Міністрів України.

Реформа фінансування охорони здоров'я зосереджена на тому, щоб забезпечити максимально ефективні витрати бюджетних коштів на забезпечення медичних закладів як необхідним обладнанням, так і на своєчасну оплату праці медикам за надані ними послуги. Крім державних коштів можуть бути використані додаткові джерела фінансування, такі як державні або приватні системи страхування, кошти міських бюджетів, кошти громади або особисті кошти пацієнта, що дозволить створити нові механізми фінансування [207].

Беручи до уваги той факт, що основним джерелом, яке використовується для фінансування системи охорони здоров'я є загальні податки, то актуальності набирає питання об'єднання коштів на центральному рівні. За принципом децентралізації, основна частина державного бюджету перенаправляється до регіонів, які, надалі, розподіляють кошти між госпітальними округами, що перебувають на їх забезпеченні.

Госпітальний округ перебуває у підпорядкуванні регіонального

адміністративного центру, який може керувати роботою кількох госпітальних округів. Так як первинний розподіл фінансів відбувається саме на регіональному рівні, то з урахуванням ключових показників (кількість населення, що обслуговується госпітальним округом) фінансування госпітальних округів буде різнитись.

Замовлення та закупівля за кошти державного бюджету комплексу медичних послуг – процес, що проходить на регіональному рівні, але остаточний розподіл отриманих ресурсів відбувається госпітальною радою госпітального округу. Для розподілу бюджетних коштів в регіоні або госпітальному окрузі крім основних законодавчих актів, які є чинними на всій території України, повинен бути прийнятий ряд нормативно-правових актів, регіонального та місцевого значення, що забезпечить регуляцію фінансових питань в межах регіону, або госпітального округу. Остаточний розподіл фінансів, який надходить до мережі медичних закладів здійснюється саме госпітальною радою [235].

Беручи до уваги той факт, що різні госпітальні округи обслуговують різну кількість пацієнтів, кількість членів госпітальної ради не може бути всюди однаковою. Кількість членів ради, які беруть участь у регуляції як фінансово-економічних та інших питаннях госпітального округу різняться, і регулюється вона кількістю населення, яке обслуговується госпітальним округом, а також кількістю населених пунктів, які входять до складу госпітального округу, для визначення кількісного складу госпітальної ради використовується формула, подана у типовому положенні про госпітальну раду затвердженому Кабінетом Міністрів України [235].

Альтернативою даного підходу може стати створення агентства, яке буде регулювати всі фінансові питання з охорони здоров'я, що дозволить вирішувати проблеми із замовленням послуг практично миттєво. Багаторівнева система регуляції також дозволить регулювати не лише питання фінансового характеру, але і забезпечуватиме розв'язування поточних проблем [319].

Після проведення другого етапу медичної реформи, регуляція питань фінансового характеру остаточно покладено на раду госпітального округу, актуальності набуває механізми регуляції розподілу фінансів між мережею медичних закладів, яка сформована в госпітальному окрузі.



Медична реформа, яка впроваджується на даному етапі, орієнтована на те, що держава може і повинна компенсувати медичним закладам фінанси, які витрачаються на обслуговування пацієнтів. За рахунок чого, основним джерелом фінансування медичних закладів є саме держава, то реформа дозволяє перераховувати «зароблені» медичним закладом кошти на пряму. Так як при обслуговуванні пацієнтів діє принцип «гроші ходять за пацієнтом», то всі медичні заклади України, не залежно від того, до якого регіону, області або госпітального округу вони належать почали отримувати фінанси не за кількість пацієнтів, які числяться за медичним закладом, а за ту кількість пацієнтів, які фактично звертались до медичних установ та отримали від лікарів медичну консультацію, або проходили лікування під його керівництвом.

Так як кількість пацієнтів які обслуговуються медичним закладом відстежується на основі декларацій, укладених між лікарнею та пацієнтом, то фінанси на утримання лікарні надаються відносно кількості осіб, які лікарня обслуговує фактично. Разом з тим, держава здійснює додаткове фінансування мережі медичних закладів, але реформою передбачено що витрати із державного бюджету будуть іти на централізовану закупівлю обладнання та ліків, необхідних медичним закладам.

На даному етапі узгодженої системи централізованої закупівлі обладнання та медикаментів не існує, але додаткове фінансування, яке надходить з державного бюджету, розподіляється між госпітальними округами, де члени госпітальної ради завершують розподіл коштів між медичними закладами одного госпітального округу.

Для розподілу коштів, відповідно до чинного положення, представники госпітальної ради складають план розвитку всіх медичних закладів, що є на території округу на період 5 років. Враховуючи всі переваги та недоліки складеного перспективного плану кожного з медичних закладів, госпітальна рада може сприяти розвитку медичних закладів госпітального округу по чергово, досягаючи більшої ефективності, або рівномірно розподіляючи кошти між діючою мережею медичних закладів, з урахуванням їх рівня та кількості пацієнтів, які ними обслуговуються.

Перспективний план розвитку госпітального округу передбачає не лише використання коштів, що надаються державним бюджетом, а і залучення додаткових джерел фінансування, серед яких можуть бути: місцеві бюджети, фінанси, що

надаються територіальними громадами, недержавні інвестиції, спонсорські або благодійні внески, допомога міжнародних організацій.

Залежно від того, який тип фінансування медичних закладів госпітального округу обирає громада, можна визначити їх три основних види:

- державний кошт, коли використання додаткових джерел фінансування не передбачено;
- державні кошти, а також кошти з додаткових джерел (гібридна механізми фінансування);
- фінансування приватних лікарень без залучення державних коштів.

За умови, що фінансування лікарні здійснюється державним коштом, реалізація її перспективного плану розвитку може суттєво затримуватись за рахунок того, що додаткове фінансування з державного бюджету є нерівномірним та не фіксованим. Остаточний розподіл бюджетних коштів здійснюється госпітальною радою, а тому жодна з лікарень не може розраховувати як на рівномірний розподіл коштів, так і на отримання фінансів на потреби лікарні в повному обсязі до тих пір, поки госпітальною радою не буде ухвалено рішення про розподіл державних коштів, та не буде складено план розвитку госпітального округу на період до 5 років [36; 52].

Гібридна механізми фінансування передбачає використання додаткових джерел фінансування, що дозволить покрити не лише витрати лікарень, а дасть їм можливість розвиватись за рахунок оновлення медичного обладнання. Суттєвим недоліком гібридної механізму є те, що надходження додаткових коштів може бути нерегульованим і разовим, наприклад у випадку одноразової благодійної допомоги. Коли ж додаткове фінансування забезпечується місцевою владою або громадою, воно є більш регульованим та запланованим, тому, як правило, лікарні можуть розраховувати на додаткові надходження регулярно.

Основне фінансування надається державою за рахунок того, що проведена реформа визначила Національну службу здоров'я України як єдиного замовника медичних послуг. Система фінансування базується на основі фактично наданих медичним закладом послуг, та на основі тарифів, які визначені МОЗ та Національною службою здоров'я України. Для відстеження фактичних показників створена та

працює єдина електронна мережа, за допомогою якої ведеться облік пацієнтів та фактичних звернень до медичних установ.

За умови, що використовується гібридна механізми фінансування медичних закладів, то розподіл додаткових коштів в межах одного госпітального округу здійснюється госпітальною радою з урахуванням таких показників як: наявність плану розвитку медичної установи, орієнтовно на 5 років; залежно від того, до первинної, вторинної чи третинної ланки належить медичний заклад.

Якщо медичний заклад належить до первинної ланки, розподіл коштів вирішується госпітальною радою на основі голосування та складеного плану розвитку госпітального округу. Якщо медичний заклад належить до вторинної ланки, то розподіл коштів відбувається за потребами медичного закладу не залежно від місця його розташування.

Порівняння обсягів фінансування до та після утворення госпітальних округів дозволяє виявити ключові зміни у розподілі фінансових ресурсів. До реформи кошти розподілялися переважно на основі потреб, що історично склалися, і можливостей окремих установ. Після створення госпітальних округів фінансування стало більш централізованим та структурованим. Це забезпечило більш рівномірний розподіл ресурсів між різними регіонами та рівнями медичної допомоги. Обсяги фінансування на одного пацієнта в деяких випадках збільшилися, що дозволило покращити якість послуг. Однак у деяких регіонах спостерігалися тимчасові фінансові труднощі, пов'язані з розбудовою системи.

Також змінилася структура бюджетних надходжень, зі збільшенням частки державних коштів та залученням приватних інвестицій. Аналіз даних демонструє, що загальні витрати на медицину зросли, що свідчить про підвищену увагу розвитку цієї сфери. Важливим аспектом стало фінансування інфраструктурних проектів, спрямованих на модернізацію медичних установ. Ці зміни сприяли покращенню умов роботи медичного персоналу та підвищенню доступності медичних послуг для населення.

Під час планування госпітальних округів було визначено оптимальний їх поділ комплементарно запитам громадян, проте на практиці кількість створених округів

виявилася недостатньою. Незважаючи на це, процес формування госпітальних округів триває, і станом на кінець 2020 року їх географічний розподіл виглядає наступним чином (рис. 4.1).

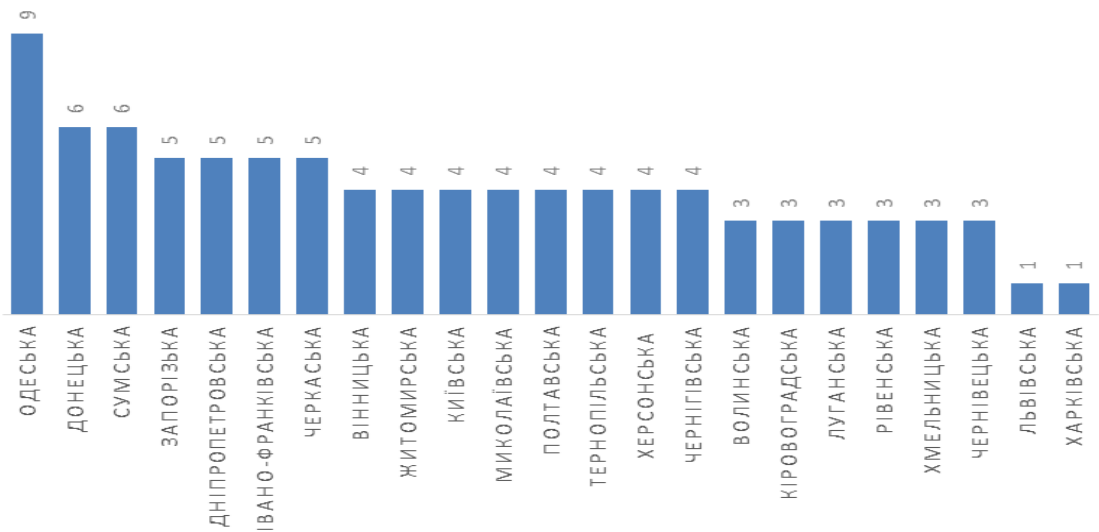


Рис. 4.1. Кількість госпітальних округів в областях України станом на 2020 рік\*

\*Примітка: складено на основі розпоряджень КМУ про створення госпітальних округів у кожній області [317]

На графіку представлена інформація про кількість госпітальних округів в областях України на 2020 рік. Найбільша кількість округів зафіксована в Одеській області (9 округів), за нею Донецька, Сумська та Запорізька області (по 6 округів кожна). Далі йдуть Дніпропетровська та Івано-Франківська області, кожна з яких має по 5 округів. Як видно на рис. 4.1. госпітальні округи створюються практично у всіх областях України, крім Закарпатської, деяких частин Донецької та Луганської області. Найбільше госпітальних округів зосереджено в Одеській, Донецькій, Сумській Запорізькій областях. Найменша у Львівській та Харківській, незважаючи на те, що кількість населення даних областей є чи не найбільшою. Середня кількість госпітальних округів спостерігається у таких областях, як Черкаська, Вінницька, Житомирська, Київська, Миколаївська, Полтавська, Тернопільська та Херсонська, кожна з яких налічує по 4 округи. У Чернігівській, Кіровоградській, Волинській, Луганській та Рівненській областях налічується по 3 округи. Найменша кількість госпітальних округів відзначена у Хмельницькій, Чернівецькій, Львівській та

Харківській областях, кожна з яких має 1 округ.

З рисунка 4.1. видно, що госпітальні округи створюються практично у всіх областях України, крім Закарпатської та деяких частин Донецької та Луганської областей. Найбільша кількість округів зосереджена у регіонах із вищим населенням, таких як Одеська та Донецька області. Найменша кількість округів спостерігається у Харківській та Львівській областях, незважаючи на високу чисельність населення, що може вказувати на необхідність перегляду критеріїв розподілу госпітальних округів. Цей аналіз демонструє важливість обліку як чисельності населення, так і географічних та економічних факторів при створенні та розподілі госпітальних округів для забезпечення рівномірного та ефективного доступу до медичних послуг.

Нині фінансуванню системи охорони здоров'я приділяється значна увага, оскільки змінилися взаємовідносини між надавачами медичних послуг і їх споживачами. У контексті адмінреформи та реформи охорони здоров'я України аналітичний ринок змінився лише по формі, а не по змісту. Продовжує існувати режим внутрішньої (ОДА, ДОЗ ОДА) та зовнішньої (НСЗУ, МОЗ, КМУ) статистичної невизначеності та аналітичної окупації. Офіційна державна і галузева статистична звітність відірвана від даних МІС закладів і НСЗУ і застосовується рідко і далеко не в повному обсязі. Натомість інформатизація галузі, особливо рівня МОЗ працює, як правило, на незатвердженій багаточисельній невпорядкованій оперативній інформації, яка надходить від різних владних структур та МОЗу і постійно змінюється. І цей режим є прямою загрозою правильній, достовірній інформатизації та аналітиці в охороні здоров'я.

Отже, після створення госпітальних округів в Україні розпочалися значні зміни у фінансуванні закладів охорони здоров'я. Ключовим став перерозподіл фінансових ресурсів між регіонами та рівнями медичної допомоги. Через ці зміни обсяги фінансування на одного пацієнта в деяких випадках збільшилися, що позитивно позначилося на якості медичних послуг.

Істотні зміни торкнулися структури бюджетних надходжень, збільшилася частка державних коштів, а також залучалися приватні інвестиції. Важливим напрямом стало фінансування інфраструктурних проектів, спрямованих на модернізацію

медичних закладів.

Ці зміни сприяли покращенню умов роботи медичного персоналу та підвищенню доступності медичних послуг для населення. При плануванні госпітальних округів враховувалися потреби населення, проте було створено недостатню кількість округів. Проте процес створення госпітальних округів триває.

#### **4.2. Методологія та оцінювання ефективності механізму державного управління госпітальним округом в Україні**

Реформа системи охорони здоров'я в Україні, що включає створення госпітальних округів, є однією з ключових ініціатив, спрямованих на оптимізацію якості послуг та використання ресурсів. Важливим аспектом цієї реформи є розробка та впровадження методології оцінки ефективності державного управління шпитальними округами. Ефективність управління госпітальними округами залежить від ефективності розроблених методів оцінки та наскільки об'єктивно вони відображають реальний стан справ.

Комплексна методологія оцінки дозволяє як аналізувати поточні результати, а й прогнозувати розвиток системи охорони здоров'я. У даному параграфі буде розглянуто методологію оцінки ефективності державного управління госпітальними округами та наведено результати аналізу.

Аналіз ефективності роботи госпітальних округів ґрунтується на безлічі показників, включаючи фінансову стійкість, якість медичних послуг та доступність медичної допомоги для населення. Важливою частиною методології є порівняння цих показників у різних регіонах виявлення кращих практик і зон, потребують поліпшень. У таблиці 4.1 представлено перелік індикаторів та показників ефективності механізму державного управління госпітальними округами для оцінювання ефективності роботи госпітальних округів у різних областях України за останні кілька років.

Вимірювання ефективності механізму державного управління госпітальним округом варто проводити за такими вимірами: фінансування, забезпечення доступності, якості медичних послуг, впровадження інновацій (рис. 4.2), що відповідатиме принципам формування, розвитку госпітальних округів.

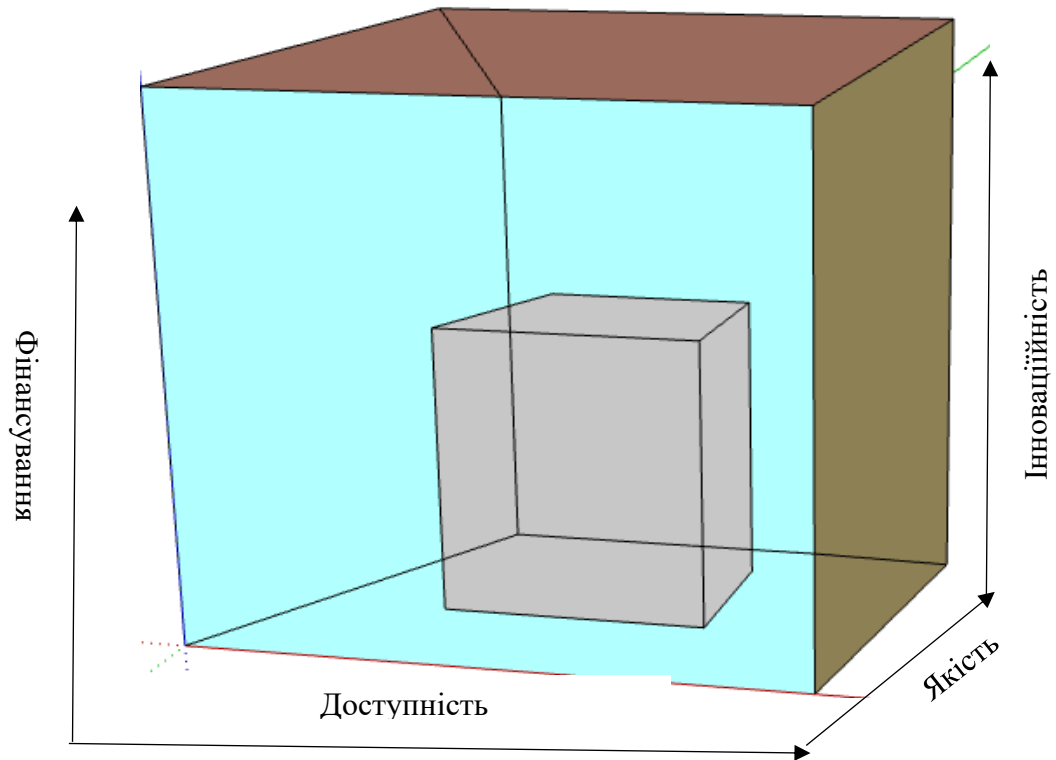


Рис. 4.2. Виміри ефективності механізму державного управління госпітальним округом\*

\*Джерело: власна розробка автора

Враховуючи дані дослідження та параметри концепції, можемо розробити багаторівневу систему оцінювання ефективності механізму державного управління системою взаємодії медичних закладів в межах госпітального округу. Виходячи з аналізу та усіх результатів дослідження, нами визначено наступні оцінки ефективності впроваджених змін у систему державного управління госпітальними округами (рис. 4.3.):

1. Аналіз фінансових показників механізму державного управління госпітальними округами ( $H_{fin}$ ): оцінка змін в фінансовому стані медичних установ госпітального округу ( $\Delta H_r$ ) (обсяги фінансування, економічна ефективність послуг); ефективне використання бюджетних коштів та покращення бюджетної ефективності

(утримання на тому ж рівні обсягів фінансування ( $\Delta H_b$ ); виділення коштів на препарати хворим, втч. дороговартісні препарати ( $H_p$ ); ліквідність діяльності округу ( $H_{lik}$ ); платоспроможність діяльності округу ( $H_{pay}$ ); збільшення кількості пацієнтів та фінансування ( $H_{рас}$ ); витрати на лікування одного пацієнта ( $H_v$ ).

2. Оцінка рівня доступності послуг ( $H_c$ ): охоплення населення медичною допомогою ( $H_{qn}$ ); аналіз доступності та якості допомоги в госпітальному окрузі за допомогою показників, таких як середні терміни очікування на прийом ( $H_t$ ), доступність медичної послуги для осіб з інвалідністю та осіб похилого віку через охоплення медичними послугами осіб з інвалідністю ( $H_{ci}$ ), охоплення медичними послугами осіб похилого віку ( $H_{cp}$ ) доступність медичної послуги через охоплення медичними послугами для соціально незахищених верств населення ( $H_{cs}$ ), доступність через охоплення медичними послугами для військових ( $H_{cm}$ ); кількість виконаних операцій пацієнтів ( $H_{op}$ ).

3. Оцінка забезпечення медичних прав пацієнтів та якості медичних послуг ( $H_q$ ) кількість та склад медичних помилок ( $H_m$ ); аналіз задоволеності пацієнтів якістю послуг ( $H_{qp}$ ); аналіз задоволеності пацієнтів умовами лікування ( $H_{quil}$ ) та роботою медичного персоналу ( $H_{qmedp}$ ) та медичного персоналу умовами роботи ( $H_{qmedu}$ ), рівнем оплати праці ( $H_{qmedp}$ ); обсяги захворювань від окремих хворіб ( $H_{il}$ ); зменшення смертності населення ( $H_d$ ), дитячої смертності ( $H_{cd}$ ); відсоток пацієнтів, які отримали необхідне лікування ( $H_l$ ), кількість повторного звернення пацієнтів з одним і тим же захворюванням ( $H_{povt}$ ), зменшення кількості непрацездатних через хвороби ( $H_{npp}$ ), зростання продуктивності праці ( $H_{pp}$ ).



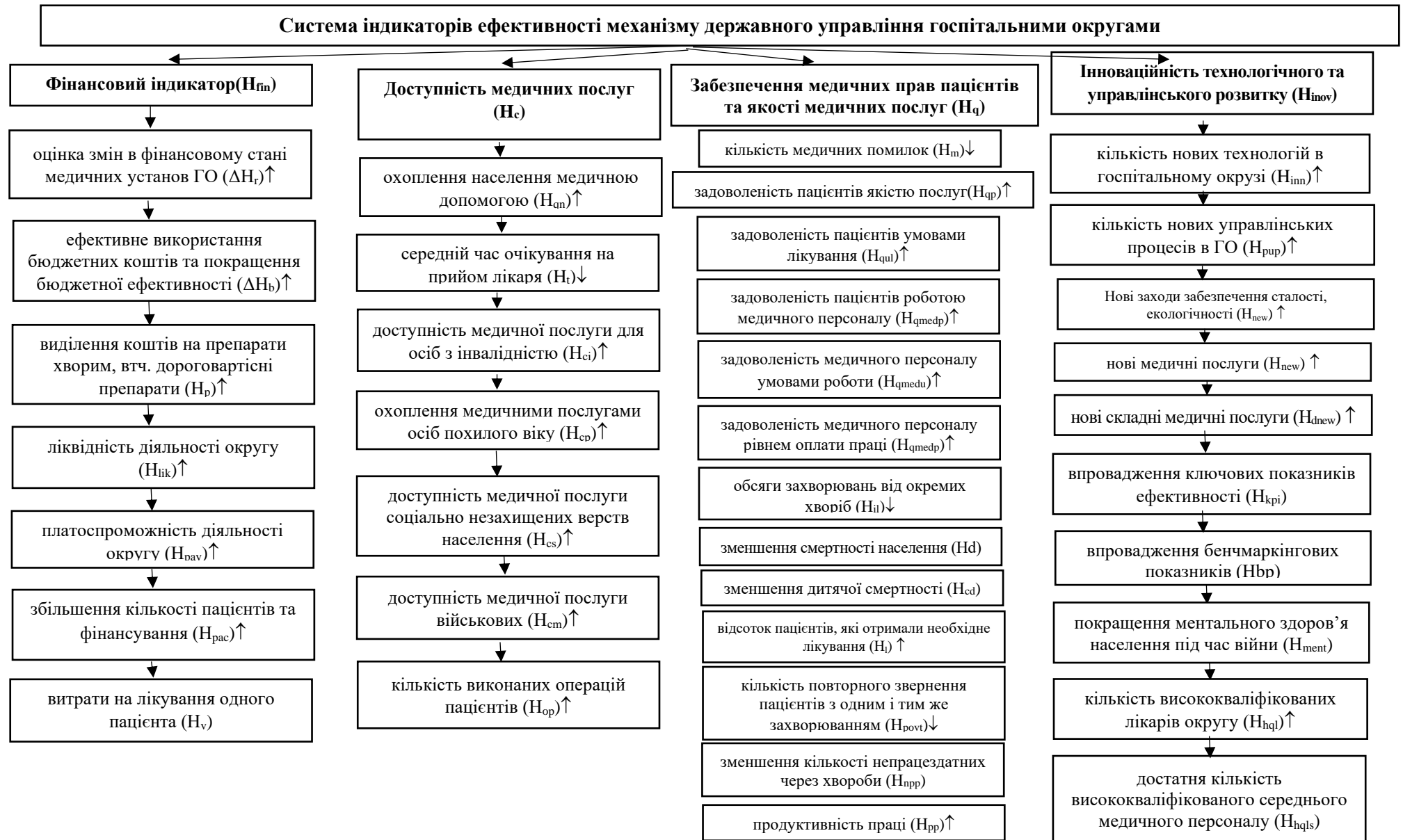


Рис. 4.3. Система індикаторів ефективності механізму державного управління госпітальними округами для оцінювання результативності впровадження змін у систему державного управління госпітальними округами\*

\*Джерело: власна розробка автора

4. Оцінка рівня інноваційності, технологічного та управлінського розвитку  $H_{inov}$ : аналіз впровадження нових технологій (кількість нових технологій в госпітальному окрузі  $H_{inn}$ ); кількість нових управлінських процесів, впроваджених в госпітальному окрузі ( $H_{rup}$ ); нові медичні послуги ( $H_{new}$ ); нові складні медичні послуги ( $H_{d_{new}}$ ); впровадження ключових показників ефективності ( $H_{kpi}$ ); впровадження бенчмаркінгових показників ( $H_{bp}$ ); покращення ментального здоров'я населення під час війни ( $H_{ment}$ ); кількість висококваліфікованих лікарів округу ( $H_{hql}$ ); достатня кількість висококваліфікованого середнього медичного персоналу ( $H_{hqls}$ ).

Систему показників за групами індикаторів оцінювання ефективності механізму державного управління госпітальним округом варто формувати на основі науково обґрунтованих положеннях та принципах їх розрахунку.

Важливо відзначити, що незважаючи на значні зусилля щодо реформування медицини, спостерігаються регіональні відмінності щодо ефективності роботи госпітальних округів (табл. 4.1).

Ці відмінності можуть бути зумовлені різними факторами, включаючи фінансові ресурси, рівень підготовки медичного персоналу та інфраструктуру.

Аналіз параметрів здійснено за 2022-2024рр., формування індикаторів якісної оцінки здійснюється на основі експертних оцінок. Нормування даних здійснено до показників 2021 р. Здійснимо аналіз заданих показників на основі додатку Н (розраховано на основі первинних даних).

Основні методологічні принципи формування вказаної системи є: адекватність оцінки стану та рівня розвитку механізму державного управління; інформаційне забезпечення, доступність, можливість збору даних для їх розрахунку; можливість визначення процедури розрахунку кожного показника, його впливу на механізм державного управління госпітальним округом; відбір найбільш вагомих показників оцінювання, зокрема в умовах неспівмірності значень показників за різні періоди час, зважаючи на тривалість процесу формування й розвитку механізму державного управління; виключення показників, які дублюють один одного, не суттєво позначаючись на кінцевому значенні інтегрального показника; можливість ідентифікації показників – стимуляторів та показників – дестимуляторів.

**Перелік індикаторів та показників ефективності механізму державного управління госпітальними округами\***

Індикатори	Тип показника	Складові показники
Фінансовий показник ( $H_{fin}$ )	Оцінка змін в фінансовому стані медичних установ ГО ( $\Delta H_f$ )	Аналіз змін у фінансуванні медичних установ до та після реформи, включаючи оцінку збільшення чи зменшення фінансування.
	Ефективне використання бюджетних коштів та покращення бюджетної ефективності ( $\Delta H_b$ )	Відсоток використання коштів за призначенням, порівняння витрат за одиницю послуг до і після реформи.
	Виділення коштів на препарати хворим, втч. дороговартісні препарати ( $H_p$ )	Сума витрат на медикаменти одного пацієнта, частка коштів, виділених на дорогі препарати.
	Ліквідність діяльності округу ( $H_{lik}$ )	Відсоток медичних установ, забезпечених достатніми фінансовими ресурсами для стабільного функціонування.
	Платоспроможність діяльності округу ( $H_{pay}$ )	Коефіцієнт покриття поточних зобов'язань ліквідними активами.
	Збільшення кількості пацієнтів та фінансування ( $H_{pac}$ )	Аналіз збільшення кількості пацієнтів, що обслуговуються, та обсягів фінансування, виділених на їх обслуговування.
	Витрати на лікування одного пацієнта ( $H_v$ )	Середня сума витрат на лікування одного пацієнта, зміна цих витрат до та після реформ.
Доступність медичних послуг ( $H_c$ )	Охоплення населення медичною допомогою ( $H_{qn}$ )	Відсоток населення, охопленого медичними послугами, кількість звернень за медичною допомогою.
	Середній час очікування на прийом лікаря ( $H_t$ )	Час очікування від моменту запису до прийому у лікаря, середній час очікування у різних медичних закладах.
	Доступність медичної послуги для осіб з інвалідністю ( $H_{ci}$ )	Кількість медичних закладів, оснащених прийому осіб з інвалідністю, доступність спеціалізованих послуг.

Індикатори	Тип показника	Складові показники
	Охоплення медичними послугами осіб похилого віку ( $H_{cp}$ )	Відсоток осіб похилого віку, які отримують регулярні медичні послуги, доступність геріатричної допомоги.
	Доступність медичної послуги соціально незахищених верств населення ( $H_{cs}$ )	Кількість програм та заходів, спрямованих на забезпечення медичної допомоги соціально незахищеним верствам населення.
	Доступність медичної послуги військових ( $H_{cm}$ )	Кількість спеціалізованих медичних закладів для військовослужбовців, рівень доступності послуг для військових.
	Кількість виконаних операцій пацієнтів ( $H_{op}$ )	Кількість проведених хірургічних операцій душу населення, доступність хірургічної допомоги.
	Інклюзивність роботи ( $H_{inc}$ )	Кількість виконаних медичних процедур, кількість пацієнтів, ухвалених у відділеннях за певний період.
	Сталість роботи ( $H_{sd}$ )	Періодичність та регулярність надання медичних послуг, стабільність роботи медичних закладів.
Забезпечення медичних прав пацієнтів та якості медичних послуг ( $H_q$ )	Кількість медичних помилок ( $H_m$ )	Число зареєстрованих медичних помилок у закладах, частота виникнення медичних помилок.
	Задоволеність пацієнтів якістю послуг ( $H_{qp}$ )	Результати опитувань пацієнтів щодо рівня задоволеності якістю наданих послуг.
	Задоволеність пацієнтів умовами лікування ( $H_{qul}$ )	Рівень задоволеності пацієнтів умовами перебування у медичних закладах.
	Задоволеність пацієнтів роботою медичного персоналу ( $H_{qmedp}$ )	Оцінка пацієнтів роботи медичного персоналу, результати опитувань пацієнтів.
	Задоволеність медичного персоналу умовами роботи ( $H_{qmedu}$ )	Оцінка медичним персоналом умов праці, результати внутрішніх опитувань.
	Задоволеність медичного персоналу рівнем оплати праці ( $H_{qmedp}$ )	Оцінка задоволеності медичного персоналу заробітною платою, результати внутрішніх опитувань.

Індикатори	Тип показника	Складові показники
	Обсяги захворювань від окремих хворіб ( $H_{il}$ )	Кількість зареєстрованих випадків певних захворювань, динаміка зміни кількості захворювань.
	Смертність населення ( $H_d$ )	Показники загальної смертності населення, зміни рівня смертності після реформ.
	Зменшення дитячої смертності ( $H_{cd}$ )	Рівень смертності дітей, динаміка зміни показників смертності серед дітей.
	Відсоток пацієнтів, які отримали необхідне лікування ( $H_l$ )	Відсоток пацієнтів, які отримали повне та необхідне лікування.
	Кількість повторного звернення пацієнтів з одним і тим же захворюванням ( $H_{povt}$ )	Кількість випадків повторних звернень по медичну допомогу за тими самими захворюваннями, частота рецидивів.
	Зменшення кількості непрацездатних через хвороби ( $H_{npp}$ )	Динаміка зміни показників непрацездатності через захворювання, кількість втрачених робочих днів.
Інноваційність технологічного та управлінського розвитку ( $H_{inov}$ )	Кількість нових технологій в госпітальному окрузі ( $H_{inn}$ )	Число впроваджених інноваційних рішень щодо методів лікування та діагностики, технологічних рішень.
	Кількість нових управлінських процесів в ГО ( $H_{rup}$ )	Введення нових управлінських практик та процесів, використання цифрових технологій в управлінні.
	Нові медичні послуги ( $H_{new}$ )	Число нових видів медичних послуг, що надаються у госпітальному окрузі.
	Нові складні медичні послуги ( $H_{dnew}$ )	Введення нових складних медичних процедур та операцій, доступність високотехнологічної медичної допомоги.
	Впровадження ключових показників ефективності ( $H_{kpi}$ )	Використання ключових показників для моніторингу та оцінки ефективності роботи госпітального округу.
	Впровадження бенчмаркінгових показників ( $H_{bp}$ )	Застосування бенчмаркінгу для порівняння показників із найкращими практиками в галузі.
Покращення ментального здоров'я	Заходи, вжиті підтримки психічного здоров'я населення умовах воєнних	

Індикатори	Тип показника	Складові показники
	населення під час війни ( $H_{ment}$ )	дій, кількість пацієнтів, отримали допомогу.
	Кількість висококваліфікованих лікарів округу ( $H_{hql}$ )	Число лікарів із вищою кваліфікацією, які працюють у госпітальному окрузі.
	Достатня кількість висококваліфікованого середнього медичного персоналу ( $H_{hqis}$ )	Число медичних сестер та інших фахівців із середньою кваліфікацією, які забезпечують якість догляду за пацієнтами.

*\*Джерело: власна розробка автора*

Для оцінювання ефективності механізму державного управління госпітальним округом медичної сфери пропонуємо розрахунок інтегрального показника за наведеними вище вимірами та індикаторами за формулою 4.1:

$$K = \sum_{i=1}^N W_i K_i, \quad (4.1)$$

де  $K_i$  – показники загальною кількістю  $N$ , а  $W_i$  – вагові коефіцієнти кожної з груп індикаторів ефективності механізму державного управління госпітальним округом (визначені у розмірі 0,25).

Відзначимо, що такий інтегральний показник може бути розрахований на різних інституційних рівнях державного управління госпітальними округами: на національному (загальний з врахуванням впливу екзогенних факторів); на регіональному (власне в межах області в цілому за всіма госпітальними округами або ж за окремими госпітальними округами області). В такому випадку розрахунки інтегрального показника в розрізі інституційних рівнів державного управління залежатимуть від інформаційного забезпечення та доступності даних про значення таких показників.

Пропонуємо інтегральну кількісну оцінку ефективності механізму державного управління госпітальним округом  $Efhd$  визначати як середньозважену суму оцінок ефективності за наступною формулою (4.2) [55, с. 37]:

$$Efhd = 0.25 (Hfin + Hc + Hq + Hinov), \quad (4.2)$$

де:  $Hfin$  – оцінка фінансових показників;  $Hc$  – оцінка показників доступності медичних послуг;  $Hq$  – оцінка медичних прав пацієнтів та якості медичних послуг;  $Hinov$  – оцінка інноваційності, технологічності, управлінського розвитку; 0,25 – вагові коефіцієнти індикаторів механізму державного управління госпітальним округом на основі відповідних критеріїв (фінансування, доступність, якість медичних послуг, інноваційність, технологічність, управлінський розвиток).

Пропонуємо використовувати підхід, згідно з яким інтегральний показник ефективності механізму державного управління госпітальним округом медичної сфери ( $Efhd$ ) представлений у вигляді функції, аргументами якої є показники, що визначають фактори безпосереднього (переважно це стосується внутрішніх факторів впливу) та опосередкованого впливу.

Інтегральний показник прибутковості банків репрезентуємо у вигляді певної функції трьох груп змінних, вигляд якої поки що будемо уточнювати за залежністю 4.3:

$$Efhd = Efhd (\{Efri, i = 1, \dots, Nr\}, \{Wi, i = 1, \dots, Nr\}, \{Fi, i = 1, \dots, Nf\}), \quad (4.3)$$

де  $Efhd$  – інтегральний показник ефективності механізму державного управління госпітальним округом сфери охорони здоров'я;  $Efri$  – внутрішні фактори, що впливають на ефективність механізму державного управління госпітальним округом сфери охорони здоров'я; загальним числом  $Nr$ ;  $Wi$  – вагові коефіцієнти загальним числом  $Nr$ ;  $Fi$  – кількість факторів зовнішнього середовища загальним числом  $Nf$ .

Інтегральний показник ефективності механізму державного управління госпітальним округом медичної сфери повинен так чи інакше враховувати фактори зовнішнього середовища:

$$\{Fi, i = 1, \dots, Nf\}. \quad (4.4)$$

Показник  $Efhd$ , який, згідно з формулою, є показником інтегральної ефективності механізму державного управління госпітальним округом, що враховує дію факторів зовнішнього середовища, будемо називати показником комплексної інтегральної ефективності управління.

Якщо абстрагуватися від умов зовнішнього середовища і враховувати лише внутрішні складові ефективності механізму державного управління госпітальним округом сфери охорони здоров'я, то інтегральний показник буде виражатися у вигляді формули 4.5:

$$Efhd = Efhd (\{Efhri, i = 1, \dots, Nr\}, \{Wi, i = 1, \dots, Nr\}). \quad (4.5)$$

Процедура нормування показників кожної групи індикаторів потрібна для однозначної інтерпретації, порівняння між собою різних показників. Нормування (уніфікація) показників передбачає приведення їх в нашому випадку до інтервалу  $1 < \bar{x}_j^i \leq 1$ , де  $\bar{x}_j^i$  – нормоване значення. Якщо нормоване значення менше 1, то нормоване значення показника означає скорочення ефективності механізму державного управління госпітальним округом, якщо перевищує 1 – зростання ефективності механізму державного управління за відповідний період за цим показником.

Стандартизовані показники використовуються для розрахунку рейтингу госпітальних округів. Рейтингова оцінка кожного округу  $\bar{x}_j$  розраховується за формулою 4.6 [136 с. 14]:

$$\bar{x}_j = \frac{P_{ij_1} + P_{ij_2} + P_{ij_m}}{m} \quad (4.6)$$

$P_{ij}$  – нормовані (еталонні) значення показників  $j$ -го госпітального округу;  $m$  – кількість госпітальних округів.

Для отримання підтверженого висновку щодо госпітальних округів, які є лідерами в Україні за рівнем їх розвитку, потрібно стандартизувати вихідні показники та розрахувати рейтингову оцінку госпітальних округів згідно наведених формул 4.7 та 3.8 [96, с. 198]. При цьому, для показників стимуляторів, зростання яких вказує на збільшення ступеня ефективності державного управління, використаємо формулу 4.7, для показників дестимуляторів, зростання яких вказує на скорочення ступеня



ефективності державного управління (наприклад, зростання смертності населення) – формулу 4.8:

$$P_{ij} = \frac{F_{ij}}{E_{ij}} \quad (4.7)$$

$$P_{ij} = \frac{E_{ij}}{F_{ij}} \quad (4.8)$$

де  $P_{ij}$  – стандартизовані значення показників стану  $j$ -го госпітального округу;  $F_{ij}$  – фактичні значення  $i$ -го показника;  $E_{ij}$  – базове (еталонне) значення  $i$ -го показника, що дорівнює значенню базового року, який обрано для розрахунків.

Нормовані значення кожного показника, що входить до визначених груп індикаторів оцінювання механізму державного управління госпітальним округом визначатимемо на основі методу аналізу еталонного значення. Еталонне значення показника дорівнюватиме базовому його значенню за період початку вимірювання всіх показників. Матриця ефективності механізму державного управління госпітальним округом медичної сфери наведена на рис. 4.4.

Розглянемо детальніше виміри запропонованої матриці управління доступністю, якістю медичних послуг, забезпеченням медичних прав пацієнтів:

1. При достатньому, стабільному фінансуванні медичних послуг в межах госпітального округу за рахунок різних джерел фінансування можливо забезпечити їх доступність, якість, а також права пацієнтів.

2. При постійних системних інноваціях, розвитку технологічного та управлінського потенціалу госпітальних округів, їх активному фінансуванні можливо забезпечити високий ступінь доступності, якості медичних послуг, прав пацієнтів на різні види послуг з охорони здоров'я.

3. При дефіциті фінансування мережі медичних закладів госпітального округу мало ймовірно забезпечити розширення доступності та якості послуг, забезпечення прав пацієнтів.

4. При дефіциті фінансування мало ймовірно впровадити інновації, технології та покращити управлінські процеси задля розширення доступності, якості послуг.



Рис. 4.4. Матриця управління доступністю, якістю медичних послуг, забезпеченням медичних прав пацієнтів\*

\*Джерело: власна розробка автора

Аналогічні параметри оцінювання можемо застосовувати для рейтингування окремих госпітальних округів в Україні. Визначено наступні критерії та показники ефективності управління окремим госпітальним округом, додаток К:

Критерій I: рівень доступності медичних послуг для населення госпітального округу. Показники: частка населення, що має доступ до первинної допомоги у радіусі 30 хвилин від місця проживання; Середній час очікування на прийом до лікаря. Кількість виїзних медичних бригад на 10 000 населення).

Критерій II: відповідність медичних послуг встановленим стандартам якості. Показники: рівень задоволеності пацієнтів медичними послугами; частота повторних госпіталізацій протягом 30 днів після виписки; відсоток успішних клінічних результатів (наприклад, зниження смертності при інфарктах та інсультах); ефективність управлінських процесів

Критерій III: оперативність та результативність управлінських рішень. Показники: середній час прийняття управлінських рішень; кількість впроваджених інноваційних управлінських рішень за рік; частка виконаних планових завдань у встановлені строки); фінансова ефективність

Критерій IV: раціональне використання фінансових ресурсів. Показники: відсоток витрат на адміністративні потреби у загальному бюджеті госпітального округу; рівень залучення додаткових фінансових ресурсів (гранти, благодійні внески); витрати на одного пацієнта (з урахуванням ефективності та результативності лікування); кадрове забезпечення

Критерій V: достатність та кваліфікованість медичного персоналу. Показники: кількість медичних працівників на 1 000 населення; частка медичних працівників, які пройшли підвищення кваліфікації протягом останнього року; рівень плинності кадрів у медичних установах); інформаційна інтеграція

Критерій VI: рівень інтеграції інформаційних технологій у управлінські та медичні процеси. Показники: частка медичних закладів, підключених до єдиної інформаційної системи; кількість електронних медичних записів, створених та актуалізованих протягом року; рівень використання телемедицини та дистанційних консультацій); координація та взаємодія між медичними закладами

Критерій VII: ефективність координації та взаємодії між різними рівнями медичної допомоги. Показники: частота проведення спільних нарад та тренінгів для медичних працівників; кількість взаємних консультацій між закладами первинного, вторинного та третинного рівнів; відсоток випадків, коли пацієнти були направлені до відповідного рівня медичної допомоги без затримок).

Отже, робоча стратегія взаємодії та розвитку медичних установ в межах одного госпітального округу повинна відповідати вимогам загальнонаціональної стратегії розвитку охорони здоров'я.

Ця стратегія окреслює основні напрями та вектори розвитку ресурсного потенціалу медичної галузі, враховуючи як національні, так і регіональні та муніципальні потреби. Вона повинна інтегруватися із стратегіями розвитку медичної системи на різних рівнях, беручи до уваги специфічні інфраструктурні та ресурсні

можливості кожного регіону та орієнтуючи свої дії на відповідні потреби суспільства в медичному обслуговуванні.

Для підвищення загальної ефективності системи необхідно враховувати ці регіональні особливості та розробляти індивідуальні стратегії покращення для кожного госпітального округу.

У таблиці 4.2 подано деталізовану інформацію про конкретні заходи, вжиті в рамках реформи. Розглянемо динаміку показників фінансового індикатора за період із 2022 по 2024 роки. Графік на рисунку 4.5 відображає зміни у ключових фінансових показниках, що характеризують стан фінансування медичних закладів госпітального округу.

Зміна показників фінансового індикатора свідчить про ефективність розподілу ресурсів та вплив державних програм і реформ на фінансову стабільність медичних установ.

Оцінка змін у фінансовому стані медичних закладів ГО ( $\delta hr$ ) у 2022 році була 0,96, що на 4% нижче за нормований показник. У 2023 році показник збільшився до 1,09, що на 9% вище за норму. У 2024 році він досяг 1,11, збільшившись на 11% порівняно з нормованим показником. Це зростання демонструє значне покращення фінансового стану медичних закладів.

Результативне використання бюджетних коштів та поліпшення бюджетної ефективності ( $\delta hb$ ) у 2022 році склало 1,05, що на 5% вище за норму. У 2023 році показник знизився до 0,98, що на 2% нижче за норму. У 2024 році він збільшився до 1,07, що на 7% вище за норму. Незважаючи на невелике зниження у 2023 році, загальний тренд показує покращення ефективності використання бюджетних коштів.

Виділення коштів на препарати для хворих, включаючи дорогі препарати ( $hr$ ) у 2022 році було на рівні 1,04, що на 4% вище за норму. У 2023 році показник збільшився до 1,08, що на 8% вище за норму. У 2024 році він досяг 1,14, збільшившись на 14% порівняно з нормованим показником. Це зростання вказує на збільшення фінансування на медикаменти та покращення якості медичної допомоги.

**Динаміка фінансового індикатора та його показників за період  
з 2022–2024 рр.\***

Індикатор та його показники	Код показника та його складових	2022 р.	2023 р.	2024 р.
Фінансовий показник	$H_{fin}$	1,03	1,05	1,08
Оцінка змін в фінансовому стані медичних установ ГО	$\delta h_r$	0,96	1,09	1,11
Ефективне використання бюджетних коштів та покращення бюджетної ефективності	$\delta h_b$	1,05	0,98	1,07
Виділення коштів на препарати хворим, втч. дороговартісні препарати	$h_p$	1,04	1,08	1,14
Ліквідність діяльності округу	$H_{lik}$	1,04	0,97	0,95
Платоспроможність діяльності округу	$H_{pay}$	1,05	1,09	1,13
Збільшення кількості пацієнтів та фінансування	$H_{pac}$	1,09	1,15	1,19
Витрати на лікування одного пацієнта	$H_v$	0,97	0,96	0,99

\*Джерело: власна розробка автора на основі додатку Н.

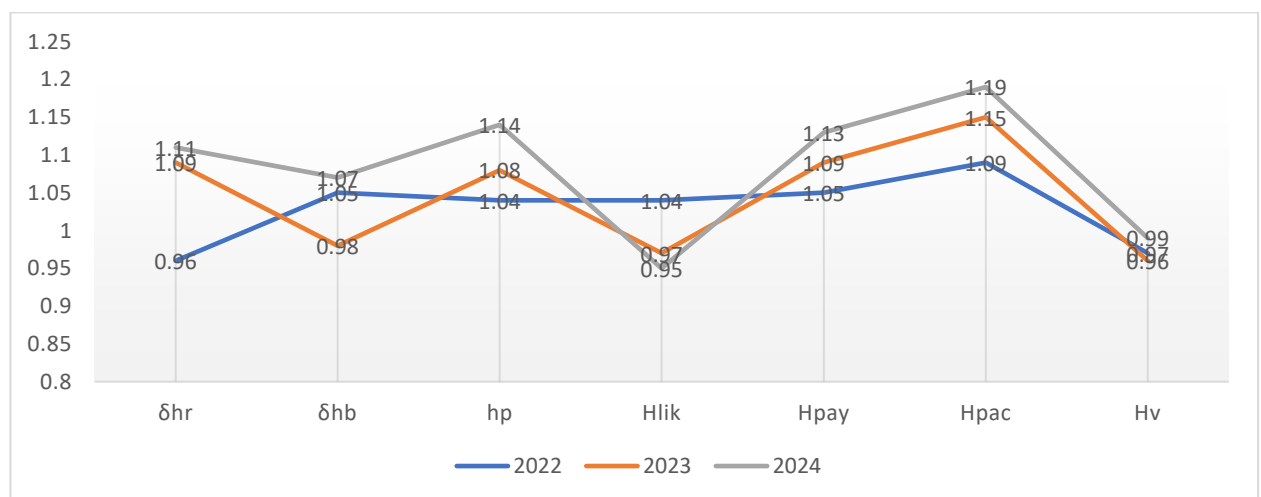


Рис. 4.5. Динаміка показників фінансового індикатора за період з 2022–2024 рр.\*

\*Джерело: власна розробка автора на основі додатку Н.

Ліквідність діяльності округу ( $H_{lik}$ ) у 2022 році була 1,04, що на 4% вище за

норму. У 2023 році показник знизився до 0,97, що на 3% нижче за норму. У 2024 році він знизився до 0,95, що на 5% нижче за норму. Це вказує на необхідність покращення ліквідності діяльності округу.

Платоспроможність діяльності округу ( $H_{\text{pay}}$ ) у 2022 році склала 1,05, що на 5% вище за норму. У 2023 році показник збільшився до 1,09, що на 9% вище за норму. У 2024 році він досяг 1,13, збільшившись на 13% порівняно з нормованим показником. Це зростання свідчить про поліпшення платоспроможності округу. Збільшення кількості пацієнтів та фінансування ( $H_{\text{рас}}$ ) у 2022 році було на рівні 1,09, що на 9% вище за норму. У 2023 році показник збільшився до 1,15, що на 15% вище за норму. У 2024 році він досяг 1,19, збільшившись на 19% порівняно з нормованим показником. Це вказує на значне збільшення кількості пацієнтів та фінансування.

Витрати на лікування одного пацієнта ( $H_v$ ) у 2022 році склали 0,97, що на 3% нижче за норму. У 2023 році показник знизився до 0,96, що на 4% нижче за норму. У 2024 році він збільшився до 0,99, що на 1% нижче за норму. Це репрезентує необхідність контролю витрат лікування одного пацієнта. Динаміка показників фінансового індикатора за період з 2022 по 2024 роки демонструє загальну позитивну тенденцію зростання фінансової стійкості та ефективності роботи медичних установ, що підтверджується покращенням більшості ключових показників.

Розглянемо динаміку фінансового індикатора за період із 2022 по 2024 роки. На графіку на рисунку 4.5 відображено зміни щодо стану фінансування медичних закладів госпітального округу Івано-Франківської області. Ці зміни дозволяють оцінити ефективність розподілу фінансових ресурсів та рівень впливу державних програм на стійкість фінансової системи медичних установ. У 2022 році фінансовий показник ( $H_{\text{fin}}$ ) склав 1,03, що на 3% вище від нормованого показника 2021 року, прийнятого за 1. У 2023 році цей показник збільшився до 1,05, що на 5% вище за норму. У 2024 році значення досягло 1,08, збільшившись на 8% порівняно з нормованим показником. Це вказує на стабільне зростання фінансової стабільності та ефективності використання ресурсів медичних установ. Розглянемо динаміку індикатора доступності медичних послуг та його показників за період із 2022 по 2024 роки (табл. 4.6).



Рис. 4.6. Динаміка фінансового індикатора за період з 2022–2024 рр.\*

\*Джерело: власна розробка автора на основі додатку Н.

Таблиця 4.3

**Динаміка індикатора доступності медичних послуг та його показників  
за період з 2022–2024 рр.\***

Індикатор та його показники	Код показника та його складових	2022 р.	2023 р.	2024 р.
Доступність медичних послуг	$H_c$	1,03	1,06	1,09
Охоплення населення медичною допомогою	$H_{qn}$	1,06	1,08	1,09
Середній час очікування на прийом лікаря	$H_t$	1,04	0,96	0,94
Доступність медичної послуги для осіб з інвалідністю	$H_{ci}$	1,01	1,04	1,07
Охоплення медичними послугами осіб похилого віку	$H_{cp}$	0,97	1,02	1,1
Доступність медичної послуги соціально незахищених верств населення	$H_{cs}$	1,02	1,04	1,08
Доступність медичної послуги військових	$H_{cm}$	1,09	1,13	1,19
Кількість виконаних операцій пацієнтів	$H_{op}$	1,05	1,14	1,21
Інклюзивність роботи	$H_{inc}$	1,04	1,07	1,08
Сталість роботи	$H_{sd}$	1,03	1,04	1,07

\*Джерело: власна розробка автора на основі додатку Н.

На графіку (рис. 4.4) наведено зміни у ключових показниках, що характеризують доступність медичних послуг для населення госпітальних округів. Ці зміни

дозволяють оцінити ефективність заходів, спрямованих на покращення доступу до медичних послуг, а також рівень впливу державних програм і реформ на цей процес. Охоплення населення медичною допомогою (Нqn) у 2022 році склало 1,06, що на 6% вище за нормований показник. У 2023 році показник збільшився до 1,08, що на 8% вище за нормований рівень. У 2024 році він досяг 1,09, збільшившись на 9% порівняно з нормованим показником. Цей показник демонструє стабільне покращення охоплення населення медичною допомогою.

Середній час очікування прийому лікаря (Нt) у 2022 році становив 1,04, що на 4% вище за нормований показник. Однак у 2023 році цей показник знизився до 0,96, що на 4% нижче за нормований рівень. У 2024 році він продовжив знижуватися і склав 0,94, що на 6% нижче за нормований показник. Це вказує на якість організації очікування прийому лікаря та якісне удосконалення роботи медустанов.

Доступність медичних послуг для осіб з інвалідністю (Нсі) у 2022 році склала 1,01, що на 1% вище за нормований показник. У 2023 році показник збільшився до 1,04, що на 4% вище за нормований рівень. У 2024 році він досяг 1,07, збільшившись на 7% порівняно з нормованим показником. Ці дані показують стійке покращення доступності медичних послуг для осіб з інвалідністю. Охоплення медичними послугами осіб похилого віку (Нсп) у 2022 році склало 0,97, що на 3% нижче за нормований показник. У 2023 році цей показник збільшився до 1,02, що на 2% вище за нормований рівень. У 2024 році він досяг 1,1, збільшившись на 10% порівняно з нормованим показником. Показник в цілому демонструє покращення охоплення медичними послугами осіб похилого віку за визначений період. Доступність медичних послуг соціально незахищеним верствам населення (Нсs) у 2022 році склала 1,02, що на 2% вище за нормований показник. У 2023 році показник збільшився до 1,04, що на 4% вище за нормований рівень. У 2024 році він досяг 1,08, збільшившись на 8% порівняно з нормованим показником. Ці дані показують поліпшення доступності медичних послуг соціально незахищених верств населення.

Доступність медичних послуг для військовослужбовців (Нсм) у 2022 році склала 1,09, що на 9% вище за нормований показник. У 2023 році показник збільшився до 1,13, що на 13% вище за нормований рівень. У 2024 році він досяг 1,19, збільшившись



на 19% порівняно з нормованим показником. Показник демонструє значне покращення доступності медичних послуг для військовослужбовців (рис.4.7.).

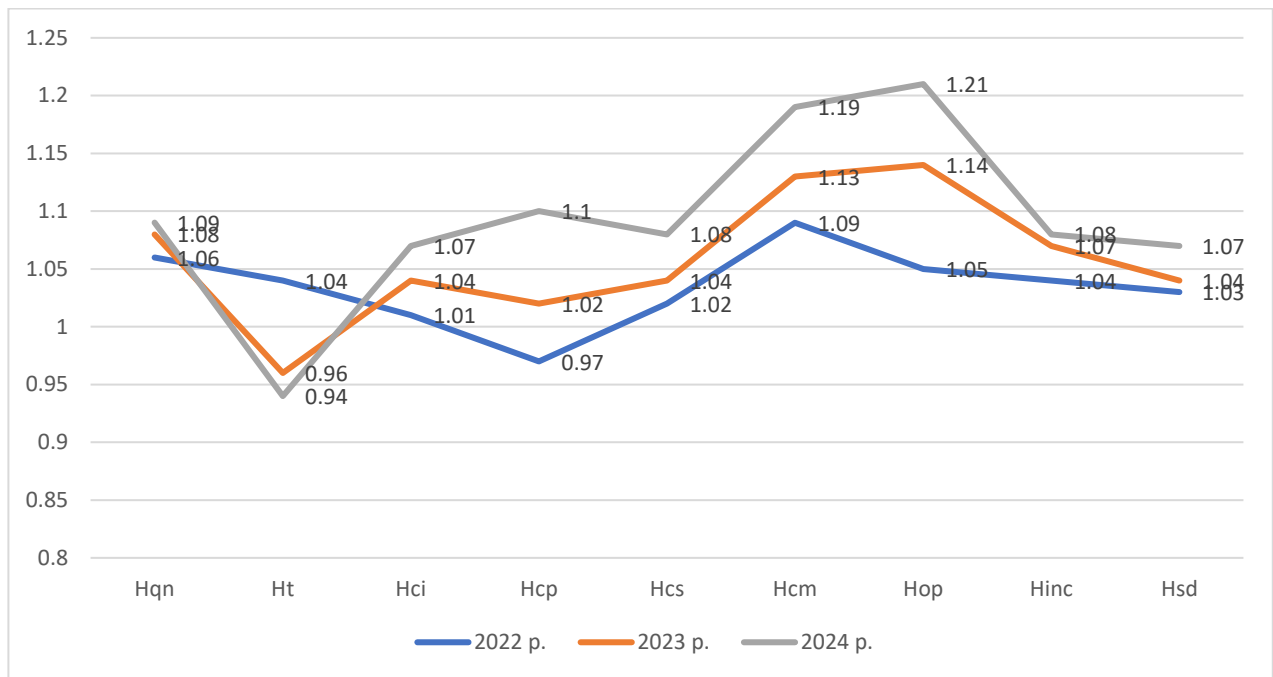


Рис. 4.7. Динаміка індикатора доступності медичних послуг та його показників за період з 2022–2024 рр.\*

\*Джерело: власна розробка автора на основі додатку Н.

Кількість виконаних операцій пацієнтам (Hор) у 2022 році склала 1,05, що на 5% вище за нормований показник. У 2023 році цей показник збільшився до 1,14, що на 14% вище за нормований рівень. У 2024 році він досяг 1,21, збільшившись на 21% порівняно з нормованим показником. Йдеться про значне збільшення кількості виконаних операцій пацієнтам.

Інклюзивність роботи (Hinc) у 2022 році склала 1,04, що на 4% вище за нормований показник. У 2023 році цей показник збільшився до 1,07, що на 7% вище за нормований рівень. У 2024 році він досяг 1,08, збільшившись на 8% у порівнянні з нормованим показником. Показник демонструє стале зростання інклюзивності роботи. Сталість роботи (Hsd) у 2022 році склала 1,03, що на 3% вище за нормований показник. У 2023 році цей показник збільшився до 1,04, що на 4% вище за нормований

рівень. У 2024 році він досяг 1,07, збільшившись на 7% порівняно з нормованим показником. Це вказує на стійке покращення стабільності роботи медичних закладів.

На рис. 4.8 наведена динаміка індикатора доступності медичних послуг (Нс) у період із 2022 по 2024 роки.

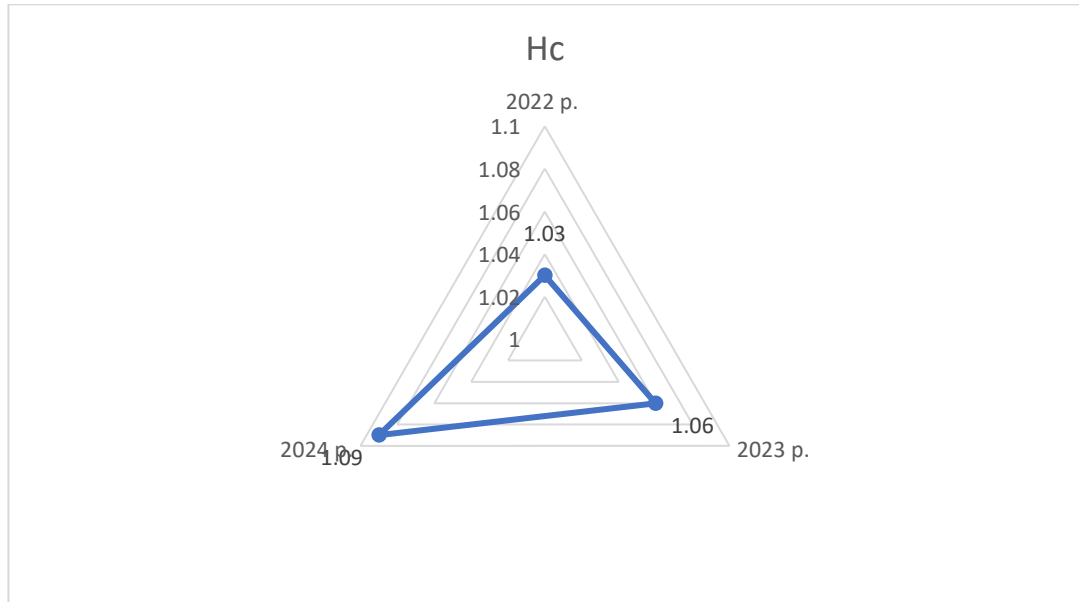


Рис. 4.8. Динаміка індикатора доступності медичних послуг за період з 2022–2024 рр.\*

\*Джерело: власна розробка автора на основі додатку Н.

Зростання вказує на покращення доступності медичних послуг для населення. Доступність медичних послуг (Нс) у 2022 році склала 1,03, що на 3% вище за нормований показник 2021 року, прийнятий за 1. У 2023 році цей показник збільшився до 1,06, що на 6% вище за нормований рівень. У 2024 році він досяг 1,09, збільшившись на 9% порівняно з нормованим показником.

Ці дані свідчать про значний прогрес у покращенні доступності медичних послуг для населення за цей період.

Результати динаміки індикатора забезпечення медичних прав пацієнтів та якості медичних послуг та його показників за період з 2022–2024 рр. представлені у таблиці 4.4.

Таблиця 4.4

**Динаміка індикатора забезпечення медичних прав пацієнтів та якості медичних послуг та його показників за період з 2022–2024 рр.\***

Індикатор та його показники	Код показника та його складових	2022 р.	2023 р.	2024 р.
Забезпечення медичних прав пацієнтів та якості медичних послуг	$H_q$	1,03	1,04	1,1
Кількість медичних помилок	$H_m$	1,04	1,06	1,07
Задоволеність пацієнтів якістю послуг	$H_{qp}$	1,05	1,09	1,16
Задоволеність пацієнтів умовами лікування	$H_{qu}$	1,09	1,14	1,21
Задоволеність пацієнтів роботою медичного персоналу	$H_{qmedp}$	1,03	1,04	1,15
Задоволеність медичного персоналу умовами роботи	$H_{qmedu}$	0,98	1,0	1,2
Задоволеність медичного персоналу рівнем оплати праці	$H_{qmedp}$	0,95	0,96	0,94
Обсяги захворювань від окремих хворіб	$H_{il}$	1,1	1,05	1,08
Смертність населення	$H_d$	0,97	0,98	0,94
Зменшення дитячої смертності	$H_{cd}$	1,02	1,03	1,05
Відсоток пацієнтів, які отримали необхідне лікування	$H_l$	1,06	1,09	1,17
Кількість повторного звернення пацієнтів з одним і тим же захворюванням	$H_{povt}$	1,03	1,05	1,09
Зменшення кількості непрацездатних через хвороби	$H_{npp}$	1,06	1,09	1,14

\*Джерело: власна розробка автора на основі додатку Н.

Динаміка показників індикатора забезпечення медичних прав пацієнтів та якості медичних послуг з 2022р. по 2024р. графічно представлена на рисунку 4.9.

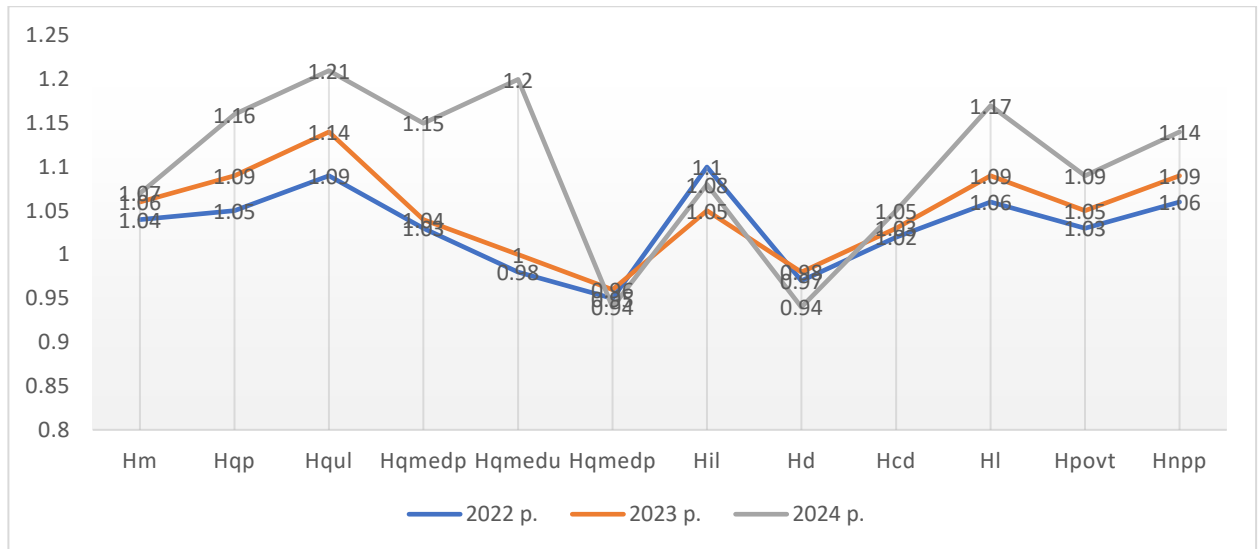


Рис. 4.9. Динаміка показників індикатора забезпечення медичних прав пацієнтів та якості медичних послуг за період з 2022–2024 рр.\*

\*Джерело: власна розробка автора на основі додатку Н.

Кількість медичних помилок (Hm) у 2022 році було 1,04, що на 4% вище за нормований показник. У 2023 році цей показник збільшився до 1,06, що на 6% вище за норму. У 2024 році він досяг 1,07, збільшившись на 7% порівняно з нормованим показником. Ці дані свідчать про стабільне поліпшення показника та зменшення кількості медичних помилок.

Задоволеність пацієнтів якістю послуг (Hqa) у 2022 році склала 1,05, що на 5% вище за норму. У 2023 році цей показник збільшився до 1,09, що на 9% вище за норму. У 2024 році він досяг 1,16, збільшившись на 16% порівняно з нормованим показником.

Задоволеність пацієнтів умовами лікування (Hqul) у 2022 році була 1,09, що на 9% вище за норму. У 2023 році цей показник збільшився до 1,14, що на 14% вище за норму. У 2024 році він досяг 1,21, збільшившись на 21% порівняно з нормованим показником. Ці дані показують значне покращення умов лікування у медичних закладах.

Задоволеність пацієнтів роботою медичного персоналу (Hqmedp) у 2022 році склала 1,03, що на 3% вище за норму. У 2023 році цей показник збільшився до 1,04, що на 4% вище за норму. У 2024 році він досяг 1,15, збільшившись на 15% порівняно

з нормованим показником. Це репрезентує підвищення рівня задоволеності пацієнтів роботою медичного персоналу.

Задоволеність медичного персоналу умовами роботи (Hqmedu) у 2022 році була 0,98, що на 2% нижче за норму. У 2023 року цей показник піднявся до 1. У 2024 році він збільшився до 1,2, що на 20% вище за нормований показник. Йдеться про значне покращення умов роботи для медичного персоналу у 2024 році.

Задоволеність медичного персоналу рівнем оплати праці (Hqmedf) у 2022 році була 0,95, що на 5% нижче за норму. У 2023 році цей показник збільшився до 0,96, що на 4% нижче за норму. У 2024 році він знизився до 0,94, що на 6% нижче за нормований показник. Йдеться про покращення рівня оплати праці медичного персоналу.

Обсяг захворюваності на окремі хронічні хвороби (Hil) у 2022 році був 1,1, що на 10% вище за норму. У 2023 році цей показник збільшився до 1,05, що на 5% вище за норму. У 2024 році він досяг 1,08, збільшившись на 8% у порівнянні з нормованим показником. Йдеться про позитивну динаміку зниження хронічних захворювань.

Смертність населення (Hd) у 2022 році склала 0,97, що на 3% нижче за нормований показник 2021 року, прийнятий за 1. У 2023 році цей показник трохи збільшився до 0,98, що на 2% нижче за норму. У 2024 році значення знизилося до 0,94, що на 6% нижче за нормований показник. Йдеться про деяке зменшення рівня смертності населення 2024 року.

Зниження дитячої смертності (Hcd) у 2022 році склало 1,02, що на 2% вище за нормований показник. У 2023 році цей показник збільшився до 1,03, що на 3% вище за норму. У 2024 році значення досягло 1,05, збільшившись на 5% порівняно з нормованим показником. Йдеться про поступове поліпшення показника зниження дитячої смертності.

Відсоток пацієнтів, які отримали необхідне лікування (Hrovт) у 2022 році склав 1,06, що на 6% вище за норму. У 2023 році цей показник збільшився до 1,09, що на 9% вище за норму. У 2024 році значення досягло 1,17, збільшившись на 17% порівняно з нормованим показником. Йдеться про значне поліпшення показника отримання необхідного лікування пацієнтами.

Кількість повторного поводження пацієнтів з одним і тим самим захворюванням ( $H_r$ ) у 2022 році склала 1,03, що на 3% вище за норму. У 2023 році цей показник збільшився до 1,05, що на 5% вище за норму. У 2024 році значення досягло 1,09, збільшившись на 9% порівняно з нормованим показником. Йдеться про якісне лікування хвороб, врахування медичного досвіду лікарів.

Зниження кількості непрацездатних через хвороби ( $H_{pp}$ ) у 2022 році склало 1,06, що на 6% вище за норму. У 2023 році цей показник збільшився до 1,09, що на 9% вище за норму. У 2024 році значення досягло 1,14, збільшившись на 14% порівняно з нормованим показником. Це вказує на значне покращення показника зниження кількості непрацездатних через хвороби. На рис. 4.10 наведена динаміка індикатора забезпечення медичних прав пацієнтів та якості медичних послуг ( $H_q$ ) за період з 2022 по 2024 роки.

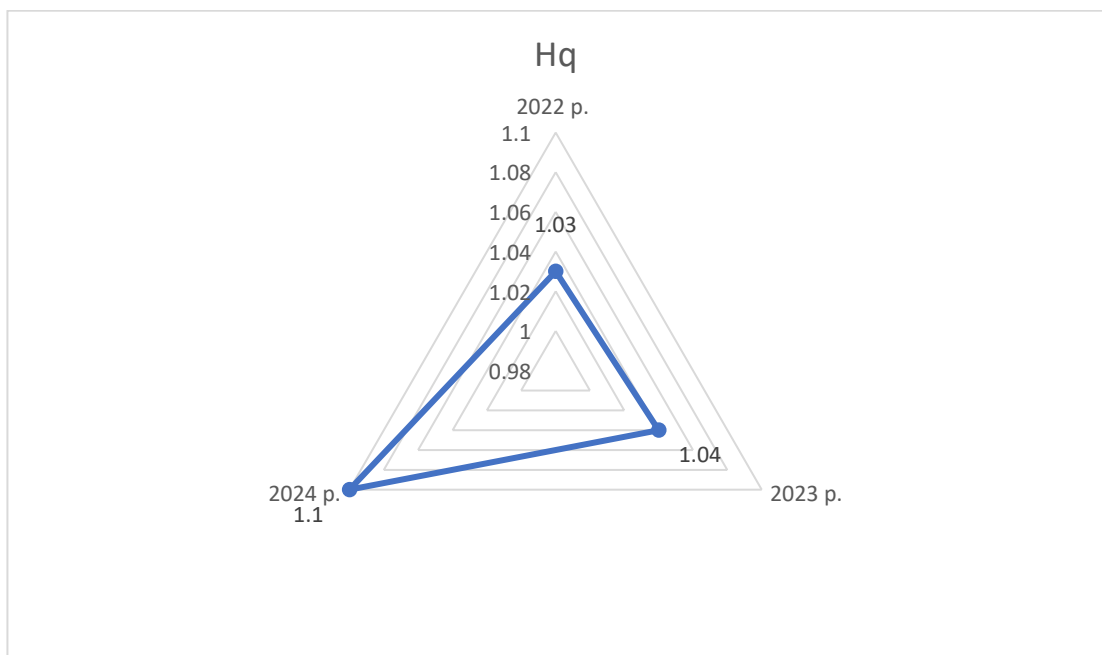


Рис. 4.10. Динаміка індикатора забезпечення медичних прав пацієнтів та якості медичних послуг за період з 2022–2024 рр.\*

\*Джерело: власна розробка автора на основі додатку Н.

У 2022 році показник  $H_q$  склав 1,03, що на 3% вище за нормований показник 2021 року, прийнятий за 1. У 2023 році цей показник збільшився до 1,04, що на 4% вище за норму. У 2024 році значення досягло 1,1, збільшившись на 10% порівняно з

нормованим показником. Це зростання вказує на значне покращення забезпечення медичних прав пацієнтів та якості медичних послуг. Динаміка індикатора інноваційності технологічного та управлінського розвитку та його показників за період з 2022–2024 рр. представлена у таблиці 4.5.

Таблиця 4.5

**Динаміка індикатора інноваційності технологічного та управлінського розвитку та його показників за період з 2022–2024 рр.\***

Індикатор та його показники	Код показника та його складових	2022 р.	2023 р.	2024 р.
Інноваційність технологічного та управлінського розвитку	$H_{inov}$	1,04	1,09	1,12
Кількість нових технологій в госпітальному окрузі	$H_{inn}$	1,08	1,12	1,14
Кількість нових управлінських процесів в ГО	$H_{rup}$	1,03	1,08	1,11
Нові медичні послуги	$H_{new}$	1,05	1,12	1,16
Нові складні медичні послуги	$H_{dnew}$	1,01	1,02	1,03
Впровадження ключових показників ефективності	$H_{kpi}$	1,12	1,34	1,49
Впровадження бенчмаркінгових показників	$H_{bp}$	1,13	1,24	1,31
Покращення ментального здоров'я населення під час війни	$H_{ment}$	0,98	0,87	0,85
Кількість висококваліфікованих лікарів округу	$H_{hql}$	1,03	1,1	1,09
Достатня кількість висококваліфікованого середнього медичного персоналу	$H_{hqls}$	0,98	0,95	0,96

\*Джерело: власна розробка автора на основі додатку Н.

Графічне зображення динаміки показників індикатора інноваційності технологічного та управлінського розвитку за період з 2022–2024 рр. представлено на рисунку 4.8. Кількість нових технологій у госпітальному окрузі ( $H_{inn}$ ) у 2022 році було 1,08, що на 8% вище за нормований показник. У 2023 році цей показник збільшився до 1,12, що на 12% вище за норму. У 2024 році він досяг 1,14,

збільшившись на 14% порівняно з нормованим показником. Ці дані свідчать про стабільне зростання запровадження нових технологій у госпітальному окрузі. Кількість нових управлінських процесів у ГО (Hrup) у 2022 році склала 1,03, що на 3% вище за нормований показник. У 2023 році цей показник збільшився до 1,08, що на 8% вище за норму. У 2024 році він досяг 1,11, збільшившись на 11% порівняно з нормованим показником. Йдеться про поліпшення управління процесами у ГО (рис.4.11.). Нові медичні послуги (Hnew) у 2022 році склали 1,05, що на 5% вище за нормований показник 2021 року, прийнятий за 1. У 2023 році цей показник збільшився до 1,12, що на 12% вище за норму. У 2024 році значення досягло 1,16, збільшившись на 16% порівняно з нормованим показником.

Нові складні медичні послуги (Hdnew) у 2022 році були на рівні 1,01, що на 1% вище за норму. У 2023 році цей показник збільшився до 1,02, що на 2% вище за норму. У 2024 році значення досягло 1,03, збільшившись на 3% порівняно з нормованим показником. Це зростання показує стабільне, хоч і менш значне, поліпшення у сфері запровадження нових складних медичних послуг.

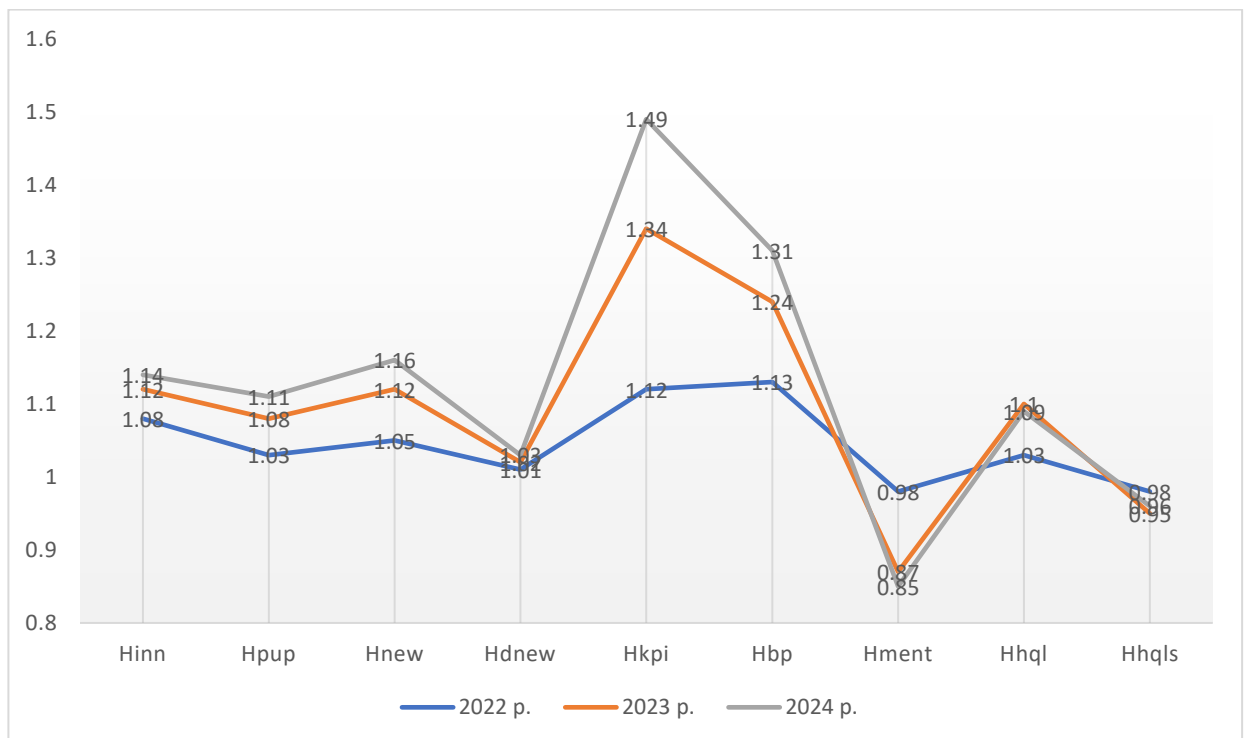


Рис. 4.11. Динаміка показників індексу інноваційності технологічного та управлінського розвитку за період з 2022–2024 рр.\*

\*Джерело: власна розробка автора на основі додатку Н.



Впровадження ключових показників ефективності (Hkpi) у 2022 році було на рівні 1,12, що на 12% вище за норму. У 2023 році цей показник збільшився до 1,34, що на 34% вище за норму. У 2024 році він досяг 1,49, збільшившись на 49% порівняно з нормованим показником. Ці дані вказують на значне покращення впровадження ключових показників ефективності.

Впровадження бенчмаркінгових показників (Hbp) у 2022 році склало 1,13, що на 13% вище за нормований показник 2021 року, прийнятий за 1. У 2023 році цей показник збільшився до 1,24, що на 24% вище за норму. У 2024 році значення досягло 1,31, збільшившись на 31% порівняно з нормованим показником. Це репрезентує значне збільшення впровадження бенчмаркінгових показників.

Покращення ментального здоров'я населення під час війни (Hment) у 2022 році склало 0,98, що на 2% нижче за норму. У 2023 році цей показник знизився до 0,87, що на 13% нижче за норму. У 2024 році значення зменшилося до 0,85, що на 15% нижче за нормований показник. Ці дані вказують на погіршення стану ментального здоров'я населення під час війни та необхідність вжиття заходів для його покращення.

Кількість висококваліфікованих лікарів округу (Hhq1) у 2022 році склала 1,03, що на 3% вище за норму. У 2023 році цей показник збільшився до 1,1, що на 10% вище за норму. У 2024 році значення трохи знизилася до 1,09, що на 9% вище за нормований показник. Це вказує на загальне збільшення кількості висококваліфікованих лікарів в окрузі, незважаючи на невелике зниження у 2024 році. Достатня кількість висококваліфікованого середнього медичного персоналу (Hhq1s) у 2022 році була на рівні 0,98, що на 2% нижче за норму. У 2023 році цей показник збільшився до 0,95, що на 5% нижче за норму. У 2024 році він досяг 0,96, що на 4% нижче за норму. Ці дані вказують на необхідність покращення підготовки та залучення висококваліфікованого середнього медичного персоналу.

На рис. 4.12. наведена динаміка індикатора інноваційності технологічного та управлінського розвитку (Hinov) за період із 2022 по 2024 роки. У 2022 році показник Hinov склав 1,04, що на 4% вище за нормований показник 2021 року, прийнятий за 1. У 2023 році цей показник збільшився до 1,09, що на 9% вище за норму. У 2024 році

значення досягло 1,12, збільшившись на 12% порівняно з нормованим показником. Це зростання вказує на значне поліпшення інноваційності у технологічному та управлінському розвитку. Позитивна динаміка підтверджує стійке підвищення рівня впровадження нових технологій та управлінських процесів у медичних установах, поліпшення інноваційності у технологічному та управлінському розвитку.

На рисунку 4.13 представлені оцінки інтеграції ЦСР за індикатором фінансового показника на 2024 (а) та доступності медичних послуг у 2024 (б). Радарна діаграма (а) демонструє значення різних аспектів фінансового показника для оцінки інтеграції ЦСР, включаючи такі елементи як оцінка змін в фінансовому стані медичних установ ГО ( $\Delta H_r$ ), ефективне використання бюджетних коштів та покращення бюджетної ефективності ( $\Delta H_b$ ), виділення коштів на препарати хворим, втч. дороговартісні препарати ( $H_p$ ), ліквідність діяльності округу ( $H_{lik}$ ), платоспроможність діяльності округу ( $H_{рау}$ ), збільшення кількості пацієнтів та фінансування ( $H_{рас}$ ), витрати на лікування одного пацієнта ( $H_v$ ).

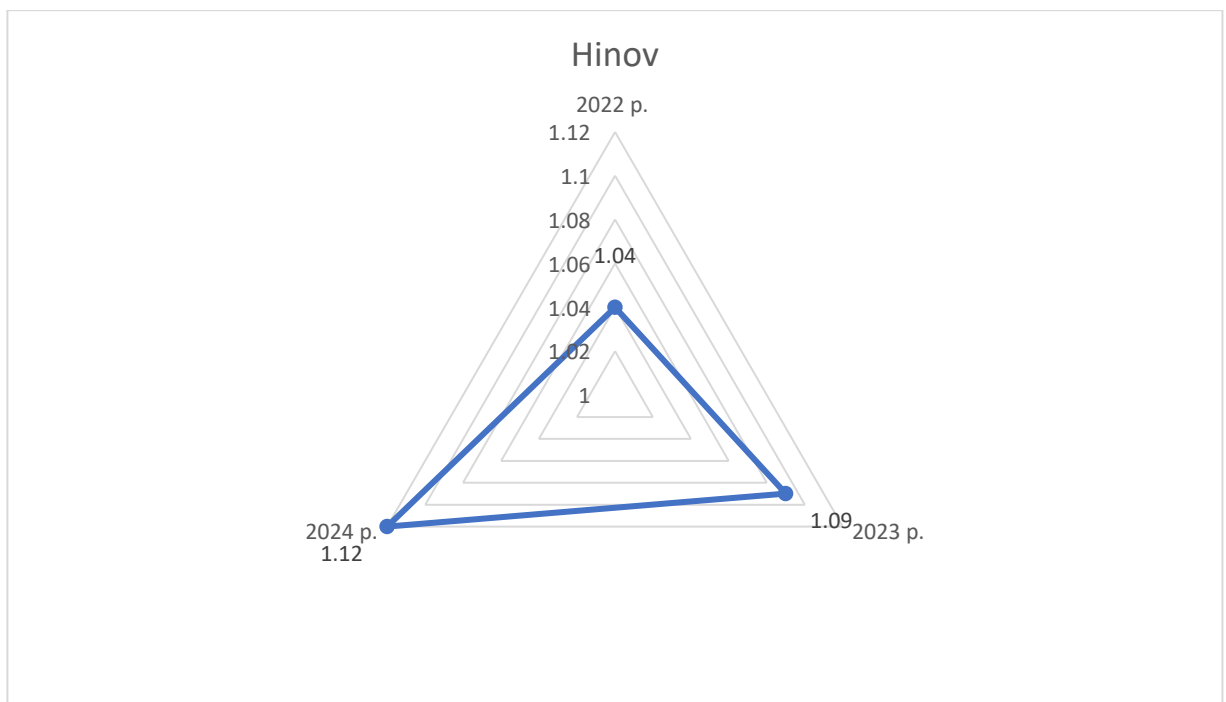
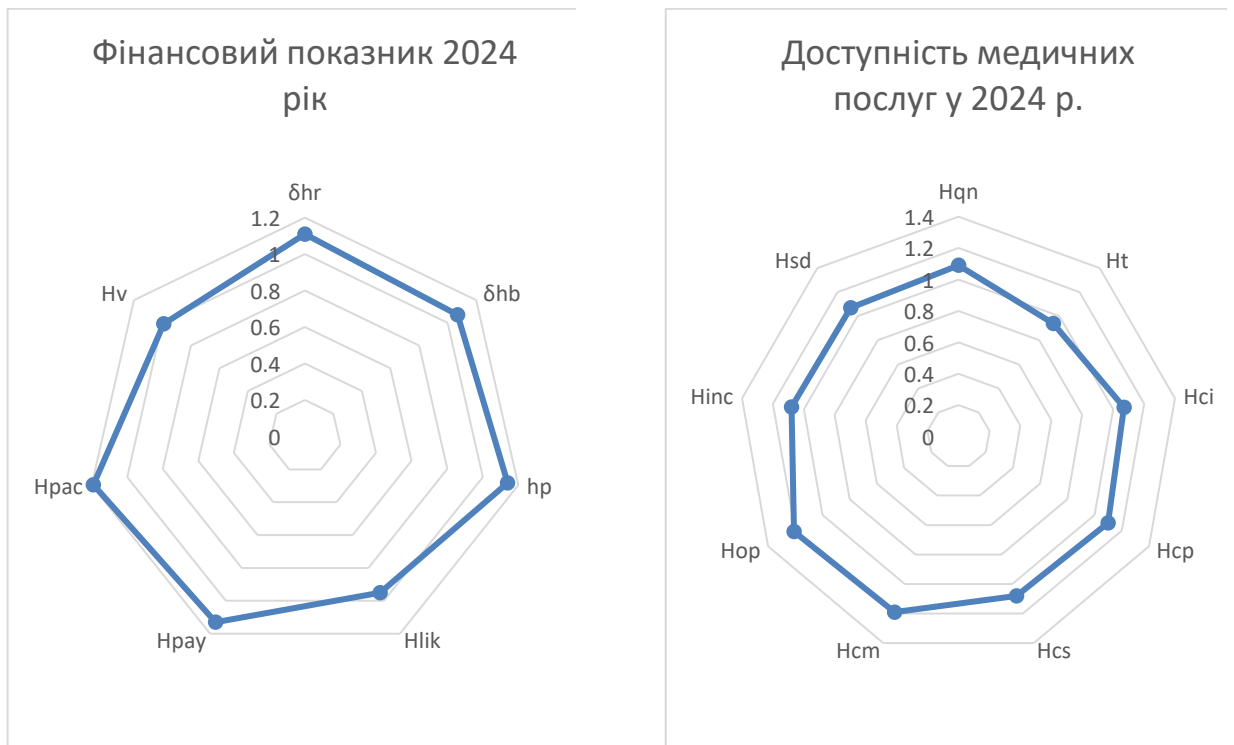


Рис. 4.12. Динаміка індикатора інноваційності технологічного та управлінського розвитку за період з 2022–2024 рр.\*

\*Джерело: власна розробка автора на основі додатку Н.

Радарна діаграма (б) ілюструє доступність медичних послуг у 2024 році з різних аспектів, таких як охоплення населення медичною допомогою ( $H_{qn}$ ), середній час

очікування на прийом лікаря (Ht), доступність медичної послуги для осіб з інвалідністю (Hci), охоплення медичними послугами осіб похилого віку (Hcp), доступність медичної послуги соціально незахищених верств населення (Hcs), доступність медичної послуги військових (Hcm), кількість виконаних операцій пацієнтів (Hop), інклюзивність роботи (Hinc), сталість роботи (Hsd).



а. Оцінка інтеграції за індикатором фінансового показника у 2024 році

б. Оцінка інтеграції за індикатором доступності медичних послуг у 2024 році

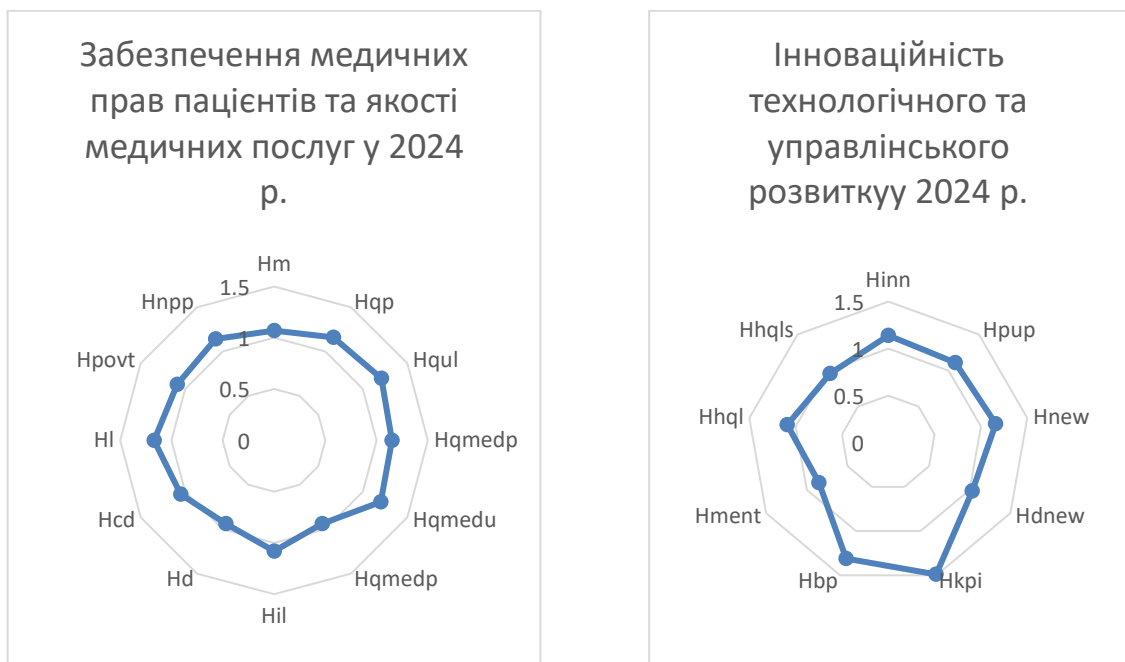
Рис. 4.13. Оцінка інтеграції ЦСР за індикатором фінансового показника у 2024 році (а) і за індикатором доступності медичних послуг у 2024 році (б)\*

\*Джерело: власна розробка автора на основі додатку Н.

На рисунку 4.14 представлені оцінки інтеграції ЦСР щодо індикатора забезпечення медичних прав пацієнтів та якості медичних послуг у 2024 році (а), а також інноваційності технологічного та управлінського розвитку у 2024 році (б).

Радарна діаграма (а) оцінює різні аспекти медичних прав пацієнтів та якості медичних послуг, такі як кількість медичних помилок (Hm), задоволеність пацієнтів якістю послуг (Hqr), задоволеність пацієнтів умовами лікування (Hqul), задоволеність пацієнтів роботою медичного персоналу (Hqmedp), задоволеність медичного

персоналу умовами роботи (Hqmedu), задоволеність медичного персоналу рівнем оплати праці (Hqmedp), обсяги захворювань від окремих хвороб (Hil), смертність населення (Hd), зменшення дитячої смертності (Hcd), відсоток пацієнтів, які отримали необхідне лікування (HI), кількість повторного звернення пацієнтів з одним і тим же захворюванням (Hpp), зменшення кількості непрацездатних через хвороби (Hnpp). Радарна діаграма (б) рисунка 4.11 відображає інноваційність технологічного та управлінського розвитку за показниками, такими як кількість нових технологій в госпітальному окрузі (Hinn), кількість нових управлінських процесів в ГО (Hrup), нові медичні послуги (Hnew), нові складні медичні послуги (Hdnew), впровадження ключових показників ефективності (Hkpi), впровадження бенчмаркінгових показників (Hbp), покращення ментального здоров'я населення під час війни (Hment), кількість висококваліфікованих лікарів округу (Hhql), достатня кількість висококваліфікованого середнього медичного персоналу (Hhqls).



а. Оцінка інтеграції за індикатором забезпечення медичних прав пацієнтів та якості медичних послуг у 2024 році

б. Оцінка інтеграції за індикатором інноваційності технологічного та управлінського розвитку у 2024 році

Рис. 4.14. Оцінка інтеграції ЦСР за індикатором забезпечення медичних прав пацієнтів та якості медичних послуг у 2024 році (а) та за індикатором інноваційності технологічного та управлінського розвитку у 2024 році (б)\*

\*Джерело: власна розробка автора на основі додатку Н.

У 2024 році очікується значне поліпшення фінансових показників, що підтверджується високими значеннями на радарній діаграмі (а) рисунка 4.10. Йдеться про успішну інтеграцію ЦСР до економічних процесів. Доступність медичних послуг, як видно з радарної діаграми (б) рисунка 4.10, також покращиться у 2024 році, що репрезентує позитивні зміни у медичній системі. Зростання показників, таких як охоплення населення медичною допомогою ( $H_{qn}$ ) та доступність послуг для військових ( $H_{sm}$ ), наголошує на цьому поліпшенні.

Аналіз інтеграції ЦСР за індикатором забезпечення медичних прав пацієнтів та якості медичних послуг (діаграма (а) рисунка 4.14) показує, що очікуються значні покращення в цих галузях. Високі значення таких показників, як задоволеність пацієнтів якістю послуг ( $H_{ql}$ ) та умовами роботи ( $H_{qmedu}$ ), свідчать про позитивні зміни.

Інноваційність технологічного та управлінського розвитку у 2024 році, відображена на радарній діаграмі (б) рисунка 4.14, демонструє високі показники, що демонструє активне впровадження нових технологій та управлінських рішень у різних галузях. Підвищення впровадження ключових показників ефективності ( $H_{kri}$ ) та бенчмаркінгових показників ( $H_{br}$ ) наголошує на цьому.

Спільно представлені дані на рисунках 4.13 та 4.14 показують позитивну динаміку у сфері фінансової стабільності та доступності медичних послуг, а також в інноваційному розвитку технологій та управлінських процесів. Це підтверджується покращенням усіх ключових показників, що репрезентує комплексний підхід до покращення медичних та управлінських послуг.

Важливо відзначити, що покращення фінансових показників та доступності медичних послуг безпосередньо пов'язане з успішною інтеграцією ЦСР у національні стратегії розвитку. Це підтверджується збільшенням виділення коштів на препарати для пацієнтів ( $H_p$ ) та збільшенням кількості виконаних операцій ( $H_{op}$ ).

Збільшення задоволеності пацієнтів якістю послуг ( $H_{ql}$ ) та зменшення кількості медичних помилок ( $H_m$ ) є ключовими індикаторами цього покращення. Інновації в технологічному та управлінському розвитку створять сприятливі умови для подальшого сталого розвитку та покращення якості життя. Це підтверджується

збільшенням кількості нових технологій (Hinn) та нових управлінських процесів (Hrup), що сприяє загальному прогресу та розвитку.

Після створення госпітальних округів в Україні розпочалися значні зміни у фінансуванні закладів охорони здоров'я. Внаслідок цих змін обсяги фінансування на одного пацієнта в деяких випадках збільшилися, що позитивно позначилося на якості медичних послуг. Однак у низці регіонів спостерігалися тимчасові фінансові труднощі, пов'язані з адаптацією до нової системи. Істотних змін торкнулися структури бюджетних надходжень, збільшилася частка коштів, і навіть залучалися приватні інвестиції. Проведений аналіз демонструє, що загальний обсяг фінансування витрат на медичну сферу зріс, що свідчить про підвищену увагу до розвитку цієї галузі.

Важливим напрямом стало фінансування інфраструктурних проєктів, спрямованих на модернізацію медичних закладів. Ці зміни сприяли покращенню умов роботи медиків та підвищенню доступності медичних послуг для населення. Таким чином, аналіз стану та фінансування закладів охорони здоров'я після створення госпітальних округів показує, що реформа принесла позитивні результати у вигляді покращення якості медичних послуг та збільшення обсягу фінансування.

Таблиця 4.6 та рисунок 4.15 подають дані про динаміку комплексного показника ефективності за період з 2022 по 2024 роки. Комплексний показник ефективності є узагальненим індикатором, що відображає сукупну результативність та якість виконання послуг. Значення показника за кожен рік порівнюються з нормованим значенням, прийнятим за 1 у 2021 році.

*Таблиця 4.6*

**Динаміка комплексного показника ефективності за період з 2022–2024 рр.\***

Показник	2022 р.	2023 р.	2024 р.
Комплексний показник ефективності	1,032	1,06	1,1

*\*Джерело: власна розробка автора на основі додатку Н.*

Комплексний показник ефективності (КПЕ) є інтегральним індексом, що поєднує кілька ключових показників:

- фінансовий показник (включає показники бюджетної ефективності, раціональне використання коштів, ліквідність і платоспроможність);
- доступність медичних послуг (оцінює рівень доступності медичних послуг для населення, включає охоплення населення медичною допомогою, середній час очікування прийому лікаря, доступність медичних послуг для різних категорій населення);
- забезпечення медичних прав пацієнтів та якість медичних послуг (оцінює дотримання медичних прав пацієнтів та загальну якість медичних послуг, включає в себе задоволеність пацієнтів якістю послуг, умовами лікування, роботою медичного персоналу, а також показниками захворюваності та смертності);
- інноваційність технологічного та управлінського розвитку (оцінює ступінь впровадження нових технологій та управлінських процесів у медичних закладах, включає кількість нових технологій і управлінських процесів, нові медичні послуги, впровадження ключових показників ефективності і бенчмаркінгових показників).

Розглянемо та проаналізуємо гістограму динаміки комплексного показника ефективності за період з 2022–2024 рр. (рис. 4.15).

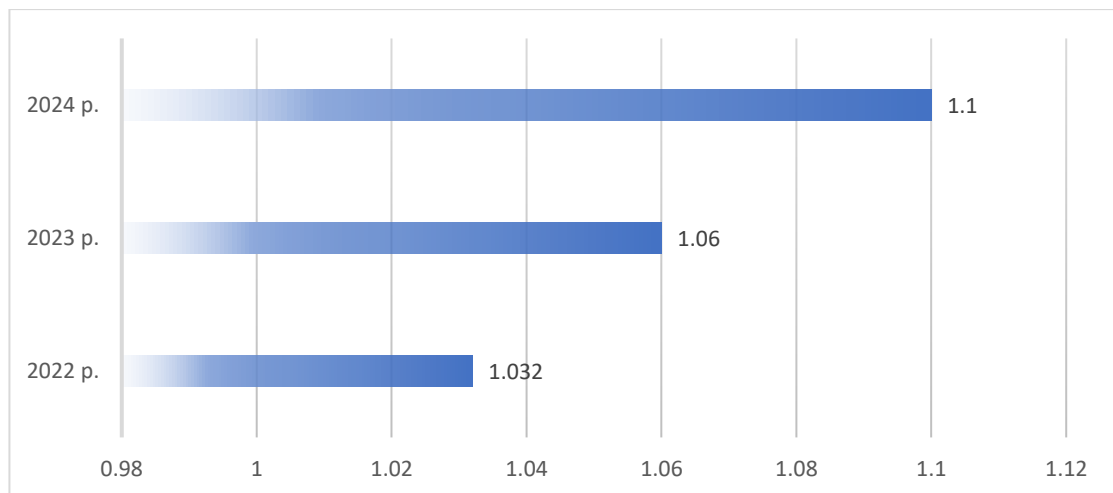


Рис. 4.2. Динаміка комплексного показника ефективності за період з 2022–2024 рр.\*

\*Джерело: власна розробка автора на основі додатку Н.

У 2022 році комплексний показник ефективності склав 1,032, що на 3,2% вище за нормований показник 2021 року. У 2023 році цей показник збільшився до 1,06, що

на 6% вище за норму. У 2024 році значення досягло 1,1, збільшившись на 10% порівняно з нормованим показником. Ці дані свідчать про стабільне зростання загальної ефективності медичних закладів.

Зростання показника з 2022 по 2024 роки вказує на покращення всіх ключових аспектів діяльності, включаючи управління, впровадження інновацій, якість медичних послуг та задоволеність пацієнтів. Позитивна динаміка підтверджує, що вжиті заходи та стратегії підвищення ефективності надають позитивний вплив на результати роботи. Збільшення значень комплексного показника ефективності відображає покращення умов для пацієнтів та медичного персоналу, а також інтенсифікацію рівня якості послуг. Це також може репрезентувати підвищення рівня професіоналізму працівників.

Отже, аналіз оцінювання ефективності державного управління госпітальних округів охорони здоров'я показує значне покращення показників ефективності та стійкості системи. Незважаючи на виклики, пов'язані з пандемією COVID-19 та військовими діями, медичні установи регіону продемонстрували високу адаптивність та здатність до оперативного реагування на кризові ситуації. Важливим досягненням стало збільшення фінансування одного пацієнта, що сприяло підвищенню якості медичних послуг та доступності необхідної допомоги населенню.

Суттєві інвестиції у медичне обладнання та інфраструктуру дозволили значно покращити умови роботи медичного персоналу та рівень послуг, що надаються. Реорганізація та оптимізація медичної мережі, що продовжується, в регіоні спрямовані на підвищення ефективності роботи госпітальних округів та забезпечення рівномірного розподілу ресурсів. Загальні результати реформ свідчать про позитивні зміни у системі медичного обслуговування, що підтверджується покращенням показників фінансово-економічної діяльності та задоволеністю населення медичними послугами.



### **4.3. Аналіз ефективності функціонування госпітальних округів у Івано-Франківській області**

Медична галузь Івано-Франківської області, завдяки своїй висококваліфікованій кадровій базі та систематичним реформам, займає лідируючі позиції в Україні. Медична галузь області впродовж багатьох останніх років займала перші місця з показників забезпечення кадровими ресурсами. За нашими даними і даними МОЗ 2020 року показник забезпеченості лікарями-лікувальниками на 10 тис. нас. на 1 січня 2021 р. становив 33,2 проти 24,2 по Україні. За нього ми були критиковані, боцімто маємо забагато лікарів, яких треба скорочувати.

Однак, це ще не значить, що це – погано. Ось деякі показники по країнах Європи: Латвія – 31, Швеція, Фінляндія – 33, Франція і Німеччина – 34, Італія – 37, Литва – 40, натомість Польща – 20, яка скоротила, а тепер запрошує лікарів і з України [18]. Тому, можливо, немає доцільності рівнятися на Польщу, чи на інші аналогічні країни, скорочуючи лікарів, і нашттовхуючись згодом на серйозні проблеми, що вже підтвердила існуюча пандемія.

Процеси реорганізації та оптимізації мережі медичних закладів в Івано-Франківській області спрямовані на підвищення доступності та ефективності медичної допомоги. Здійснимо аналіз ефективності роботи госпітальних округів на прикладі Івано-Франківської області за період 2021–2024 рр.

Аналіз ефективності роботи госпітальних округів Івано-Франківської області у 2021 році. На кінець 2021 року на території Івано-Франківської області функціонувало 113 зареєстрованих юридичних осіб комунальної форми власності відомчого підпорядкування ДОЗ ОДА [92]. Впродовж року припинено 4 ЗОЗ в т.ч. Городенківський, Долинський, Тисменицький тубдиспансери і Космацька дільнична лікарня, що в Косівському районі. При цьому оптимізоване число штатних посад і частково фізичних осіб зазначених тубдиспансерів увійшло до складу ОФПЦ. Обласна стоматологічна поліклініка повністю перейшла на госпрозрахунок з скороченням всіх бюджетних посад (117) та фізичних осіб (93).

Утворено у звітному році 1 новий ЗОЗ – юридична особа: Пасічнянський центр ПМД та 8 амбулаторій ЗПСМ, як структурних підрозділів різних закладів, зокрема, амбулаторії ЗПСМ в с. Жураки при Богородчанському центрі ПМСД, в с. Маркова при Солотвинській лікарні, в с. Добротів при Галицькому ЦПМСД, в сс. Солуків та Надіїв при Долинському ЦПМСД, в с. Пнів Пасічнянського центру ПМД, в с. Липівка Рогатинського ЦПМД і в с. Братківці Івано-Франківського ЦПМСД, додаток П.

Натомість скорочена мережа фельдшерсько-акушерських пунктів з 418 до 338. Усі наявні ФАП телефонізовані, однак у 26 з них не числилось на кінець року жодного медпрацівника. На базі 8 ФАП відкрито амбулаторії, на базі 68 ФАП – пункти тимчасового базування (зокрема в центрах ПМД: Долинському – 30, Тлумацькому – 20, Городенківському – 8, Бурштинському – 7, Більшівцівському – 3), на базі 4 ФАП (Солотвинська лікарня) – пункти здоров'я. Загальне число пунктів здоров'я зменшилось з 63 до 51. Зокрема 16 з них переведено в пункти тимчасового базування (Рогатин – 13, Бурштин – 2, Ланчин – 1) [92].

В кінці 2021 року в комунальних медичних закладах області зареєстровано 26168 штатних посад персоналу, з яких зайнятих – 23658 (90,4%), на яких трудиться 25180 працівників. Укомплектованість сягає 97,0%. За рік скорочено 1199 штатних посад – 4,4% від реєстрованих на початку 2021 року. З усіх 5487 працюючих в 2021 році лікарів 915 або 16,7% працювали на неповну посаду. В більшості закладів працюючі на 0,25 пос. це – поодинокі лікарі; більше від інших лише в обласній дитячій і Яблунівській лікарнях ( по 4), Калуській ЦРЛ (5), МЛ №1 (6), ОКЛ (8). Більше, ніж в інших закладах, працюючих на 0,5 пос. лікарів в ЦРЛ м.Калуша (25) і м.Коломиї (29), ЦМКЛ м. Івано-Франківська (34), обласної дитячої (26) та обласної клінічної (59) лікарень. Більше, ніж в інших закладах, працюючих на 0,75 пос. лікарів числилось в міській стоматполіклініці м.Івано-Франківська (24), Коломийській ЦРЛ (27), обласній клінічній лікарні (42). Із 25180 працівників закладів охорони здоров'я 3682 або 14,6% становили особи пенсійного віку [312].

Чисельність наявного населення області на 31.12.2021 року становила 1351822 чол. проти 1361109, тобто на 9287 або 0,68% менше, ніж у попередньому році. Природній приріст (в даному випадку скорочення) склало мінус 10045 чол.,

міграційний приріст – плюс 758 чол. За останні 10 років чисельність населення області зменшилась на 19,0 тис. чол., або на 1,37%, за останні 20 років – на 59,1 тис. чол., або на 4,16%, а з часів здобуття Незалежності, тобто за 30 років – на 90,4 тис. чол., або на 6,22%.

Це не мало, не багато, а майже 7% від нинішньої кількості населення. Спричинило таке скорочення населення зменшення народжувань і зростання смертей. Так, кількість народжувань за цей період зменшилась більш, ніж удвічі – з 21696 до 10545, а смертей збільшилось на чверть - з 16395 до 20590 [297].

Впродовж 2021 року чисельність населення області традиційно продовжувалась зменшуватись. Показник природного приросту (скорочення) за 2021 рік становить мінус 7,4‰, при мінус 5,5‰ за 2020 рік.

По Україні ці показники – значно гірші: мінус 10,7 проти мінус 7,8 проміле. Природний приріст населення зменшився у всіх 6 районах, природні втрати населення вагомо зросли.

За цей час припинені Калуський, Городенківський, Долинський та Тисменицький тубдиспансери, з частковим приєднанням до ОФПЦ. Стаціонарне відділення Косівського тубдиспансеру в 2021 році не працювало і не закрито, Коломийського (50 ліжок) – закрито з 01 квітня 2021 року. Коломийський і Косівський тубдиспансери працюють як амбулаторні заклади. В деяких ЦРЛ колишніх районів ліквідовані тубкабінети, що не сприятиме покращенню епідситуації по туберкульозу на тих територіях. В центральних районних лікарнях нових районів тубкабінети функціонують.

Аналіз ефективності роботи госпітальних округів Івано-Франківської області у 2022 році.

Ситуація щодо комунальних закладів змін практично не зазнала, крім їх структурних підрозділів. На кінець 2022 року на території області функціонувало 111 зареєстрованих юридичних осіб комунальної форми власності. Фактично припинені обласний центр громадського здоров'я та обласна науково-медична бібліотека.

В складі 52-х медичних закладів функціонували стаціонарні відділення, у 53-х закладах були розгорнуті денні стаціонари на 1483 ліжка, в т.ч. у 29 закладах, що

надають первинну меддопомогу і у 24-х, що надають спеціалізовану. Із усіх медичних закладів у 2022 році не фінансуються НСЗУ за пакетами ПМГ – бюро судово-медичної і медико-соціальної експертизи, центр служби крові, 3 санаторії з 4-х, інформаційно-аналітичний центр медичної статистики та обласна база спецмедпостачання. У 2022 році нових закладів охорони – юридичних осіб не створено [141].

Всі спеціалізовані комунальні заклади області об'єднані в єдиний госпітальний округ, в структурі якого за попереднім Планом розвитку ГО передбачено 5 кластерів: Івано-Франківський, Калуський, Коломийський, Надвірнянський і Косівсько-Верховинський з кластерними та іншими лікарнями, в т.ч. лікарнями громад та надкластерні заклади. Зміни передбачають можливість утворення двох і більше кластерних лікарень в одному кластері, нову інтерпретацію спеціалізованих центрів і надкластерних лікарень, нівелювання лікарень громад, внесення до кластерів закладів первинної ланки та ін.

На території області продовжували працювати державні заклади МОЗ України (6), заклади інших міністерств і відомств (9), приватні багатопрофільні і сімейні заклади, до реєстру яких в 2022 р. додалось ще 57 закладів (118 проти 61 на початок року), 35 стоматологічних центрів та фізичні особи-підприємці (315, з яких 250 – стоматологічного профілю) . Серед релокованих варто відмітити «Медичний центр «Гіппократ» (м. Сіверодонецьк, Луганська обл.), центр комплексної реабілітації для людей з інвалідністю «Донбас» (м.Краматорськ, Донецька обл.). Медичний центр «Добробут» (м. Київ) після декількох місяців роботи припинив свою діяльність в Івано-Франківську [167].

Особливих змін у переліку відомчих закладів не відбулося, за винятком утворення військового госпіталю МО України (військова частина) на 100 ліжок в зв'язку з воєнним станом та санаторію «Черче» Укрпрофоздоровниці, який фактично припинений.

Медична галузь області, як і в попередні роки, продовжує займати перші місця з показників забезпечення кадровими ресурсами, передусім лікарськими. За нашими даними і даними МОЗ показник забезпеченості лікарями в закладах системи МОЗ

України становить в області 45,9 на 10 тис. нас. (без державних – 40,5) при середньому по Україні 32,1 (без державних – 37,9), що в 1,4 разу вище. При цьому забезпеченість лікарями-лікувальниками (які надають лікувальну допомогу – без керівників та їх заступників, стоматологів, статистиків та ін.) на 10 тис. нас. теж значно вища (в 1,3 разу) і становить по області 32,5 проти 24,3 по Україні.

Хоча порівняно з більшістю Європейських країн це не є високим показником: у Франції – 31,7, Естонії – 34,7, Італії – 40,5, Литві – 42,7, Швейцарії – 43,5, Німеччині – 43,9. До деякої міри це пояснюється тим, що в динаміці з 2010 року Україна в системі МОЗ України втратила 27,0% лікарів (зменшення з 197,1 до 143,9 тис. осіб або 53,2 тис.). Івано-Франківська область (з 2013 року) втратила значно менше – лише 12,7% лікарів (678: з 7686 до 7008) [272].

У кінці 2022 року в комунальних медичних закладах області зареєстровано загалом 25558 штатних посад персоналу, з яких зайнятих – 22851 (89,4%), на яких трудиться 24346 працівників. Укомплектованість сягає 95,3%. Темпи річного скорочення штатів і кадрів є повільнішими, ніж в попередньому році. За рік скорочено 609 штатних посад, що майже вдвічі менше, ніж попереднього року (1199). Частка скорочених посад становить – 2,3% проти 4,4% в 2021 році. В 303 районів і міст сумарно скорочено 398 посад, що в 2,6 разу менше, ніж було скорочень в попередньому році (1023), відсоток скорочень при цьому зменшився з 5,5% до 2,3%. Число фізичних осіб працівників в районах і містах зменшилось порівняно з початком року на 691 (або на 4,0%) [272].

У 2021 році річне зменшення числа працівників становило 1048 осіб або 5,7%. В обласних закладах скорочено посад 212 (2,5%), що навіть більше, ніж в 2021 році (було 177 або 2,0%), фізичних осіб – 143 (1,8%) проти 235. Сумарно по області впродовж звітного року число працівників в комунальних закладах охорони здоров'я зменшилося з 25180 до 24346 (на 834 або на 3,3% (в 2021 р. – на 4,8%), в т.ч. лікарів – з 5487 до 5473 (лише на 14). При цьому число посад лікарів навіть на 16 збільшилось, що відбулось за рахунок обласних закладів, а в них – за рахунок збільшення числа інтернів-бюджетників з 71 до 108 [272].

У 2022 році 303 області було укладено 277 договорів з боку НСЗУ із 152

надавачами медичних послуг за 40 групами послуг. Договори уклали 99 закладів комунальної форми власності, 15 – приватної та 38 ФОП. Загальна договірна сума коштів на фінансування пакетів за Програмою медичних гарантій склала 5 млрд. 645,1 млн. грн., з них 5 млрд. 446,7 млн. грн. або 96,5% від всієї суми припадало на заклади комунальної форми власності.

Отримано проплачених НСЗУ коштів ЗОЗ області 5 млрд. 528,6 млн. грн., що на 116,5 млн. грн. або 2,1% менше договірних сум. Водночас, це дещо більше (на 812,4 млн.грн.), ніж у 2021 році: тоді заклади отримали 4 млрд. 716,2 млн.грн. Частка отриманих коштів закладами області становить 3,8% від отриманих коштів всіма закладами України [92].

Всього в 2022 році було підписано НСЗУ для комунальних закладів області 672 пакети ПМГ, в т.ч. 111 для обласних закладів і 559 для закладів районів і міст. З них 79 пакетів отримали заклади, що надають виключно первинну медичну допомогу [92]. В 2022 році проведена низка капітальних і поточних ремонтів в ЗОЗ області (обласна дитяча лікарня, обласний центр служби крові, ОФПЦ, клінічний центр психічного здоров'я, будинок дитини, центр паліативної допомоги, більше десятка амбулаторій та ін.

У 2022 році, незважаючи на воєнний стан, оснащення закладів охорони здоров'я області медичним обладнанням істотно покращилось. Зкладами отримано 1685 од. медичного обладнання на загальну суму 318,4 млн. гривень. З них 1010 одиниць придбано за рахунок коштів місцевих бюджетів та субвенції з державного бюджету на загальну суму 221,4 млн. грн [92].

У порядку благодійної допомоги отримано 512 од. обладнання, зокрема 37 апаратів ШВЛ, 3 наркозно-дихальні апарати, стаціонарний та 5 мобільних рентгенапарати, детектор рентген-випромінювання, 5 од. відеоендоскопічного обладнання, 22 апарати УЗД, 38 кисневих концентраторів, 67 моніторів пацієнта, 33 інфузомати, 11 електрокардіографів, 24 дефібрилятори, 2 мамографи, операційно-хірургічне, акушерсько-гінекологічне, лабораторне обладнання.

Окрім цього, за кошти спецфонду Держбюджету України придбано 163 одиниці медобладнання на загальну суму 32,6 млн. грн., зокрема 6 апаратів рентгенівських

діагностичних пересувних, 10 апаратів УЗД, 27 моніторів пацієнта, наркозно-дихальний апарат, 5 капнографів, 7 електрокардіографів, 13 інфузійних та 33 шприцеві насоси, 18 аспіраторів хірургічних з витратними матеріалами, 19 приладів для реанімації, 10 отоскопів/офтальмоскопів, 15 ларингоскопів [92].

Дані про число народжуваль і смертей не можуть бути проаналізовані з об'єктивних причин. З урахуванням Закону України «Про захист інтересів суб'єктів подання звітності та інших документів в період воєнного стану або стану війни» органами державної статистики призупинено оприлюднення відповідної статистичної інформації. Можна лише відмітити реальний спад народжуваності орієнтовно на 12%, як результат зменшення числа пологів у 2023 році на 1277 або на 12,1%. Структура інфекційної захворюваності порівняно з попереднім роком змінилася не радикально. Як і раніше, продовжився ріст кишкових інфекцій, причому доволі вагомо. Число сальмонельозів збільшилося на 23,6% (з 89 до 113), гастроентероколітів – на 69,5% (з 380 до 644), в т.ч. ротавірусних ентеритів у 3,4 разу (з 16 до 54). Майже половина випадків гастроентероколітів (302) припало на дітей [335].

Впродовж 2022 року забезпечено значно кращу готовність лікарень до прийому і надання медичної допомоги ковідним хворим. Насамперед, на щабель вищою стала забезпеченість стаціонарів кисневим обладнанням, медичним інвентарем, електрогенераторами тощо.

Напруженість ситуації із захворюваністю на респіраторну інфекцію Covid-19 в 2022 році помітно зменшилась. Робота профільних ліжок багатьох стаціонарних відділень різних лікарень, які були в 2021 році перепрофільовані на інфекційні для лікування ковідних хворих, повернулись в звичне русло. Порівняно з 2021 роком число госпіталізованих хворих на COVID-19 зменшилось у 2,3 разу з 31230 до 13322. При цьому число померлих від ковіду в стаціонарі зменшилось в 4,0 рази: з 2376 до 593. Показник летальності упав 7,6% до 4,45%.

Найбільше хворих на COVID -19 було госпіталізовано до Городенківської БЛЛ – 1124, обласної інфекційної лікарні – 1039, Івано-Франківської ЦМКЛ – 876, Коломийської інфекційної лікарні – 814, Калуської ЦРЛ – 766. Сумарно по районах

найбільше хворих лікувалось в закладах Івано-Франківського району – 4526 (1/3) або 81,7 на 10 тис. нас., Коломийського району – 2952 (понад 1/4) або 108,3 на 10 тис. нас. та Калуського району – 1907 (1/7) або 68,0 на 10 тис. нас. На ці 3 райони припадає 70,4% всіх госпіталізованих по області хворих, а без врахування обласних закладів – 79,7% від госпіталізованих в міські і районні заклади [302].

Однак, за 2022 рік обсяги проведених щеплень за більшістю видів були меншими, ніж в попередньому році.

Аналіз ефективності роботи госпітальних округів Івано-Франківської області у 2023 році.

Комунальним закладам медичної сфери області в 2023 році були виділені з боку НСЗУ кошти в сумі 5 млрд. 532,5 млн. грн., що більше, ніж в 2022 році на 85,8 млн. грн. або на 1,6%.

При цьому заклади, що надають первинну медичну допомогу, отримали 1 млрд. 18,7 млн. грн. – на 37,0 млн. грн. більше, спеціалізовані заклади – 4 млрд. 513,8 млн. грн., що на 48,8 млн. більше (1,1%) попереднього року [92].

Крім того, в 2023 році стосовно департаменту охорони здоров'я продовжували діяти 3 медичні регіональні Програми обласної ради, одна фінансова на підтримку КНП і одна спільна з департаментом соціалістики для учасників бойових дій і їх сімей. На їх виконання за планом було передбачено кошти у сумі 214,6 млн. грн., з яких спрямовано на реалізацію 214,0 млн. грн. або 99,7%.

Мережа закладів охорони здоров'я в 2023 році зазнала певних структурних змін. Припинено всього 8 закладів, з них 6 – обласного підпорядкування шляхом приєднання: 2-х ЗОЗ до ОФПЦ, а саме обласної клінічної інфекційної лікарні та прикарпатського клінічного шкірно-венерологічного центру; 3-х ЗОЗ до прикарпатського обласного клінічного центру психічного здоров'я, а саме прикарпатського наркологічного центру та 2-х психіатричних закладів, що в Івано-Франківську та Підмихайлівцях; 1-го ЗОЗ – обласного дитячого санаторію «Сніжинка» до обласної дитячої клінічної лікарні з утворенням на його базі реабілітаційного центру.

На виконання 174-ої Постанови КМУ (2023 р.) був сформований проект



спроможної мережі, погоджений на рівнях ОДА (ОВА) та МОЗ України (табл. 4.7).

Таблиця 4.7

**Надкластерні і кластерні заклади спроможної мережі госпітальних округів  
Івано-Франківської області у 2023 р.\***

Надкластерні - 7	Кластерні - 10
Багатопрофільні - 2 Обласна клінічна лікарня Обласна дитяча клінічна лікарня	Ів.-Франківська ЦМКЛ Ів.-Франківська МКЛ №1 ІФМДЛ
Монопрофільні - 5 Прикарпатський онкоцентр Обласний перинатальний центр Обласний клінічний кардіоцентр Обласний фтизіопульмонологічний центр Прик. центр психічного здоров'я	ІФМПЦ Бурштинська ЦМЛ Калуська ЦРЛ Долинська БЛ Коломийська ЦРЛ Городенківська БЛЛ Надвірнянська ЦРЛ Косівська ЦРЛ Верховинська БЛ

\*Джерело: власна розробка автора

У 6 кластерах, які відповідають адміністративному районуванню області, спроможна мережа ЗОЗ Івано-Франківського кластеру налічує 31 заклад спеціалізованих лікарень і спеціалізованих центрів та центрів ПМСД, і передбачає 7 надкластерних, 10 кластерних і 14 загальних лікарень. А також заклади, що надають первинну медичну допомогу (42) (табл. 4.8).

Водночас функціонує 13 лікарняних закладів, які не увійшли до спроможної мережі. На кінець 2023 року з НСЗУ шляхом підписання договорів на отримання пакетів Програми медичних гарантій працювало в області 152 заклади охорони здоров'я проти 155 в 2022 р., в т.ч. 90 – комунальної форми власності (проти 99) і 62 проти 56 – інших форм власності (19 – приватної і 43 ФОП). На 2024 рік пакетних закладів зменшилось на 9. Це – заклади з припиненням діяльності (5 обласних, міська стоматполіклініка і центр святого Луки), також облстоматпліклініка і стоматполіклініка Калуша.

**Загальні заклади спроможної мережі госпітальних округів Івано-Франківської області станом на 2023 р.\***

Загальні заклади спроможної мережі - 14	
Богородчанська ЦРЛ	Болехівська ЦМЛ
Галицька лікарня	Рожнятівська БЛ
Рогатинська ЦРЛ	Перегінська лікарня
Тлумацька ЦМЛ	Калуська МЛ
Солотвинська лікарня	Снятинська БЛ
Лисецька лікарня	Заболотівська БЛ
Тисменицька МЛ	Яремчанська ЦМЛ

*\*Джерело: узагальнено на основні нормативно-правових документів*

На первинній ланці всіма закладами укладено з лікарями і населенням 1 млн. 245 тис. декларацій (на 6 тис. більше), з яких 1 млн. 143,5 тис. – комунальними закладами (на 4 тис. менше). Близько 101 тис. декларацій укладено приватними закладами і ФОП. Частка охоплення населення області деклараціями становить 92,3% при 78,1% по Україні. Із числа задекларованих 665,2 тис. (53,43%) жінок, 579,8 тис. (46,57%) – чоловіків. Сімейними лікарями укладено 60,5% декларацій, терапевтами – 28,1%, педіатрами – 11,4%.

Всього було підписано з НСЗУ для комунальних закладів області 706 пакетів ПМГ, проти 683 в 2022 р. в т.ч. 111 для обласних закладів (в 2022 р. – 110) і 595 для закладів районів і міст (в 2022 р. 573).

Аналіз фінансово-економічного стану закладів охорони здоров'я Івано-Франківського госпітального округу у 2021 – 2023 рр.

Аналізуючи фінансово-економічний стан закладів охорони здоров'я Івано-Франківського госпітального округу за показниками 2021 – 2023 років, необхідно зазначити, що в цей період їхня робота ускладнилася не тільки реформами, що продовжуються, а й епідеміологічною критичною ситуацією, що почалася в 2020 році, а також початком повномасштабного вторгнення Росії в Україну у 2022 році.

З початку пандемії COVID-19 у 2020 році, заклади охорони здоров'я зіштовхнулися із суттєвими викликами, включаючи необхідність значних витрат на забезпечення медичного персоналу необхідними для покриття потреб у обладнанні та ліках. Збільшилася потреба у реанімаційних ліжках та апаратах ШВЛ, що вимагало додаткових фінансових вкладень.

З початком повномасштабного вторгнення Росії в Україну у 2022 році ситуація у сфері медичного забезпечення регіону ускладнилася ще більше. Медичні установи змушені були адаптуватися до нових умов, забезпечуючи медичну допомогу як громадянському населенню, а й пораненим військовим. Це призвело до перерозподілу фінансових ресурсів та збільшення витрат на лікування та реабілітацію постраждалих.

За період із 2021 по 2023 роки спостерігається збільшення загальних витрат на медицину. Нівелюючи всі труднощі, фінансування медичних установ залишалось пріоритетом для державних та місцевих органів влади. Обсяги фінансування на одного пацієнта в деяких випадках зросли, що позитивно позначилося на якості медичних послуг. В умовах підвищеного навантаження та епідеміологічної загрози важливим аспектом залишалася кадрова забезпеченість.

В Івано-Франківському госпітальному окрузі спостерігалось збереження та навіть збільшення кількості медичних працівників, незважаючи на складнощі, пов'язані з реформами та зовнішніми факторами. Особлива увага приділялася підтримці та захисту медичного персоналу.

Незважаючи на безліч викликів, з якими зіткнулася система охорони здоров'я Івано-Франківського госпітального округу, було зроблено значних зусиль для підтримки та покращення її фінансово-економічного стану.

В комунальних закладах області забезпеченість фізичними особами працівників станом на 30.06.2023 складає: всього контингенту – 177,3 на 10 тис. населення; лікарями – 40,3 на 10 тис. населення; середнім медперсоналом – 76,4 на 10 тис. населення. Показники забезпечення кадрами станом на 30.06.2023 р. представлені у таблиці 4.9.

**Показники забезпечення кадрами станом на 30.06.2023 р.\***

Райони	Всього фізичних осіб	в.т.ч.		Показник забезпеченості на 10 тис. населення		
		Лікарі	Сер. мед-персонал	Всього осіб	Лікарі	Сер. мед-персонал
Івано-Франківський	6266	1632	2716	113,2	29,5	49,0
Калуський	3721	813	1701	132,7	28,9	60,7
Коломийський	3137	736	1485	115,1	27,0	54,5
Надвірнянський	1561	330	709	121,3	25,6	55,1
Косівський	1143	222	511	136,8	26,6	61,2
Верховинський	345	67	167	113,9	22,1	55,1
По районах і містах	16173	3800	7289	119,9	28,2	54,0
По області	23925	5446	10309	177,3	40,3	76,4

\*Джерело: власна розробка автора

На первинці працює 1090 лікарів і 2155 середніх медпрацівників, в спеціалізованих закладах – 3848 лікарів і 7217 середніх медпрацівників. Лікарів хірургічного профілю числиться в спеціалізованих закладах 1087. З усіх лікарів вищу кваліфікаційну категорію мають 1771 (32,5%), першу – 1197 (22,0%), другу – 631 (11,6%). У звітному році з НСЗУ шляхом підписання договорів на отримання пакетів Програми медичних гарантій працювало в області 155 медичних закладів, в тому числі, 99 – комунальної форми власності і 56 – інших форм власності (16 – приватної і 40 ФОП).

На первинній ланці всіма закладами укладено з лікарями і населенням 1 млн. 239,2 тис. декларацій, з яких 1 млн. 149,5 тис. – комунальними закладами. Близько 89,7 тис. декларацій укладено в приватних закладах і ФОП. Частка охоплення населення області деклараціями становить 91,8% при 78,5% по Україні [141].

Підписано НСЗУ для комунальних закладів області 683 пакети ПМГ, в. ч. 110

для обласних закладів і 573 для закладів районів і міст. У I півріччі 2023 року, незважаючи на війну, ЗОЗ отримали 657 одиниць медичного обладнання на загальну суму 146,9 млн. грн. з різних джерел фінансування. В 2022 році бригадами швидкої допомоги обслужено 163,0 тис. викликів, в I півріччі 2023 року – 83,6 тис. викликів.

В стаціонарах області в 2022 році проліковано 262836 хворих, в т. ч. 15085 внутрішньо-переміщених осіб. В I півріччі 2023 р. відповідно 153923 хворих і 5330 ВПО. Окрім того в ц.р. стаціонарно оздоровлено 6820 військовослужбовців [92].

Медичну допомогу жінкам надавали 2 перинатальні центри (міський Івано-Франківський і обласний), стаціонарні відділення 15 лікарень в районах і містах області та амбулаторно-поліклінічні підрозділи цих та інших закладів. В 2022 році прийнято 9317 пологів, за 6 міс. 2023 р. – 4216. В області в 4-х комунальних закладах успішно проводяться коронарографії та стентування вінцевих судин. Торік здійснено 1392 стентування, з яких 902 ургентно, за 6 міс. ц.р. – 867, з яких ургентно 489 [92].

Також стентування проводиться в клініці ТОВ «Сімедгруп». В області амбулаторну стаціонарну реабілітацію надають 21 медичний заклад, у 15-ти з яких – і стаціонарну також (393 ліжка). Стаціонарну паліативну допомогу надають 35 закладів охорони здоров'я (477 ліжок), мобільні паліативні бригади функціонують в 45 закладах. В 2022 році в хірургічних стаціонарах здійснено 71201 операцій, за 6 міс. 2023 р. – 38770.

В поліклінічних умовах – відповідно 60116 та 28517 операцій. Летальність – невисока – 1,39% в 2022 р., і 1,12% – в ц.р. Здійснено в ц.р. 3 пересадки нирок та відібрано для трансплантації в інших центрах країни 7 органів: 3 нирки, 3 печінки, 1 серце [92].

Станом на 31.12.2023 року лікарнях Івано-Франківського госпітального округу госпіталізованих військовослужбовців в стаціонарах лікарняних закладах за 2023 р. становило 5538 осіб і з них 12 померло, а 5532 військовослужбовці були виписані у зв'язку з одужанням чи на домашній догляд. Івано-Франківський госпітальний округ отримав за епізод з 2021 до 2023 років збільшення навантаження щодо пацієнт потоку, важких хворих, поранених, важко травмованих та інших категорій громадян

у 245% більше ніж у період 2018-2020 років [92].

Попри те, що бойові дії і втрати і поранення наші військовослужбовців та цивільне населення несуть з 2014 року.

Впродовж 2023 року в комунальних закладах охорони здоров'я області, продовжувалось оздоровлення військовозобов'язаних, військових і воїнів, здебільшого потерпілих від наслідків бойових дій. Стаціонарно проліковано 12742 військових, з яких 26 померло. Це – поодинокі випадки.

Сумарний показник летальності від всіх госпіталізованих військових є низьким – 0,20%. Заклади з найбільшим числом пролікованих в стаціонарі військовослужбовців впродовж 2023 року представлені у таблиці 4.10.

Таблиця 4.10

**Заклади з найбільшим числом пролікованих в стаціонарі  
військовослужбовців впродовж 2023 року\***

Заклади	Виписано військово- службовців	Померло військово- службовців	Частка їх від усіх госпіталізованих по області військових (виписаних і померлих)	Частка їх від усіх стаціонарних пацієнтів закладу (виписаних і померлих)
ОКЛ	3075	11	24,2%	9,2%
Калуська ЦРЛ	1233	1	9,7%	8,0%
Ів.Фр. міська лікарня №1	1087	3	8,6%	13,0%
ОГГВ	1044	0	8,2%	36,0%
Центр психічного здоров'я	985	1	7,7%	12,3%
Тлумацька ЦРЛ	876	1	6,9%	12,8%
Ів.Фр. ЦМКЛ	705	1	5,5%	4,2%
Надвірнянська ЦРЛ	677	1	5,3%	6,2%
Коломийська ЦРЛ	660	3	5,2%	4,1%
Разом по 9 зкладах	10342	22	81,3%	8,4%
Всього по області	12716	26	100%	4,1%

\*Джерело: власна розробка автора

Найбільше військових лікувалось в обласній клінічній лікарні – 3086, Калуській

ЦРЛ – 1234, міській лікарні №1 – 1090, ОГГВ – 1044, облпсихцентрі – 985, Тлумацькій ЦМЛ – 877, також центральних лікарнях Івано-Франківській, Коломийській ЦРЛ, Надвірнянській – по 660-700 хворих. На ці 9 лікарень припало 81,3% всього контингенту госпіталізованих в наші заклади військових. Водночас, це становить 8,4% від всіх госпіталізованих пацієнтів у ці заклади. Як видно, найбільша частка ліжок була зайнята військовими в ОГГВ (36,0%), міській лікарні №1, Тлумацькій ЦМЛ і центрі психічного здоров'я (по 12-13%) [92].

Впродовж 2023 року продовжувалося нарощування обсягів проведення хірургічних операцій в стаціонарах області. В деякій мірі цьому сприяло поступлення для хірургічного лікування ВПО і особливо військових.

Обсяги оперативних втручань загалом по області порівняно з попереднім роком в стаціонарі збільшилися з 69849 до 78331 операції, тобто на 8482 або на 12,1%. На обласні заклади припало 41,1% від усіх операцій, на заклади районів – 58,9%. Із 78331 стаціонарних операцій найбільше - 19438 або 24,8% виконано в обласній клінічній лікарні (тобто майже четверта частина). Серед операцій обласних закладів – це 60,3%. На другому місці по числу операцій серед усіх закладів – Івано-Франківська ЦМКЛ – 7560 або 9,7% від усіх і 16,4% від числа операцій в районах, на третьому – Коломийська ЦРЛ з 6104 операціями – відповідно 7,8% і 13,2%.

В обласних закладах проведено 32221 операцію проти 28860 в 2022 р., в т.ч. в ОКЛ – 19438 (+3135), в обласній дитячій лікарні – 4306 (+948), онкоцентрі – 4096 (+699), ОПЦ – 2550 (-521), кардіоцентрі – 759 (-23), госпіталі ветеранів війни – 986 (+225), ОФПЦ – 86 (+25). Інтенсивні показники хірургічної активності відносно чисельності населення найвищі в Івано-Франківському (399,5) та Коломийському (368,2 на 10 тис. нас.) районах, найнижчі – у Надвірнянському (207,9) та Калуському (272,3 ) при середньообласному по районах –341,8 [92].

В структурі районів заклади регіонів з низькою і високою хірургічною активністю подані в таблиці 4.10. Померло після проведених операцій в 2023 році 398 осіб проти 340 в попередньому році, показник післяопераційної летальності зріс мінімально – з 0,49% до 0,51%, що значно нижче, ніж було по Україні в 2022 р. – 0,79%.

Негативним явищем стаціонарної хірургії є нарощування операцій на шкірі та підшкірній клітковині, більшість з яких є прерогативою поліклінічної хірургії, а частина – хірургії одного дня. В обласних закладах порівняно з попереднім роком таких операцій здійснено на 805 або на 24,9% більше, в районах – на 2129 або на 35,9%. Рожнятівська лікарня провела таких операцій в 3,5 разу більше, Косівська, Рогатинська, Снятинська і Болахівська – вдвічі більше, інші лікарні – на 20-70%.

Найбільше хворих, зокрема і військових проліковано на реабілітаційних ліжках Тлумацької ЦМЛ (відповідно 766 та 734), Івано-Франківської міської лікарні №1 (647 та 495), Калуської ЦРЛ (630 та 453), Івано-Франківської ЦМКЛ (543-151) [92]. Вкрай позитивним для області є створення центру досконалості з реабілітації на базі обласної клінічної лікарні, який вже демонструє найкращі підходи до надання реабілітаційної допомоги: мультидисциплінарний підхід, пацієнтоцентричність та найсучасніші доказові методи реабілітації, і де проходить навчання фахівців з реабілітації. Таких центрів в Україні лише шість. В 22 закладах з підрозділами амбулаторної реабілітації функціонують 3 профільних центри, 10 відділень, 9 кабінетів.

Проліковано амбулаторно 10622 пацієнти, з яких 992 ВПО та 628 військових. Амбулаторно найбільше пацієнтів пройшло реабілітацію у відділенні Калуського міського центру ПМСД (1528, в т.ч. 28 військових), кабінетах ОГГВ (1267, в т.ч. 324 військових), відділенні Коломийської ЦРЛ (відповідно 867 і 51), кабінеті Городенківської БЛІЛ (відповідно 723 і 12), відділенні Івано-Франківського центру ПМКДД (відповідно 506 і 22), і відділенні Надвірнянської ЦРЛ (відповідно 495 і 94 [92]).

В дитячих закладах реабілітовано дітей: в кабінетах Надвірнянської дитячої лікарні – 1505, відділенні Івано-Франківської МДЛ – 1147, центрі медико-соціальної реабілітації ОДКЛ – 842. Найбільше ВПО пройшло амбулаторну реабілітацію в Калуському центрі ПМСД – 356, Коломийській ЦРЛ – 135, Івано-Франківській і Надвірнянській дитячих лікарнях – по 134. Принагідно слід відмітити, що крім комунальних закладів, активно реабілітацією, здебільшого військових, займаються релокований з Луганська реабілітаційний центр «Донбас», що в Івано-Франківську, перший приватний шпиталь №1 Станіслава Онищука, що в Лисці, реабілітаційний



центр Юди Тадея, що в Івано-Франківську, ЛДЦ «Оксфорд медікал», що в Буковелі.

Надання реабілітаційних послуг є пріоритетним питанням і у наданні медичної допомоги дітям. Станом на 31.12.2023 розгорнуто 45 дитячих ліжок відновного лікування, на яких за рік проліковано 287 дітей. Потреба в реабілітації – в рази вища і нараховує понад 800 дітей з дитячим із характерними паралітичними станами, понад 500 дітей з синдромами відновного періоду перинатального ураження нервової системи. Сотні дітей з психотравмами, невротами (в т.ч. ВПО) потребують психосоціальної реабілітації. Створення центру реабілітації для дитячого населення «Діти війни» на базі припиненого санаторію «Сніжинка» в значній мірі змогло б вирішити зазначені проблеми.

Подальшого розвитку набула і паліативна допомога. Пакети паліативної допомоги, яких всього підписано 84 були надані в 2023 році з боку НСЗУ 56-ом закладам області (проти 53 в 2022 р.). З них 28 закладів мали пакети і амбулаторної і стаціонарної допомоги, 21 заклад - по 1 пакету на мобільну (амбулаторну) допомогу, і 7 закладів – по 1 пакету на стаціонарну.

Число хоспісно-паліативних ліжок порівняно з аналогічним періодом минулого року збільшилось на 119 і досягло 478 проти 374 в 2022 р. (з будинком дитини – 493), з яких 27 – дитячих (15 з них – в будинку дитини) [92]. В квітні 2023 р. Постановою КМУ № 362 «Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 15 липня 1997 р. № 765» в областях, де не ведуться бойові дії відновлена акредитація ЗОЗ.

Експертними групами Акредитаційної комісії при ДОЗ ОДА у звітному році акредитовано 14 закладів, що надають первинну і спеціалізовану медичну допомогу. Експертними групами ГАК акредитація закладів у області не проводилась, хоча передбачалась для Прикарпатського онкоцентру і кількох приватних закладах. Вона перенесена на цей рік.

На березень ц.р. числиться 35 закладів, у яких згідно отриманого акредитаційного сертифікату термін дії вже закінчився. Серед них 14 закладів первинної медичної допомоги, 12 – спеціалізованої в районах, 7 – обласної спеціалізованої і 2 санаторії.

Крім того, числиться 16 закладів, які взагалі жодного разу не проходили акредитацію: 11 центрів ПМСД (ПМД), 3 амбулаторії ЗПСМ і 2 обласних заклади (будинки дитини і центр ЕМД і МК). У період із 2021 по 2023 роки фінансово-економічний стан медичних закладів Івано-Франківського госпітального округу зіткнувся із значними викликами.

Основними чинниками, що вплинули на фінансово-економічну стабільність, стали медична реформа, пандемія COVID-19 і повномасштабне вторгнення Росії в Україну. Незважаючи на складні умови, обсяги фінансування на одного пацієнта збільшилися, що позитивно позначилося на якості медичних послуг.

Заклади охорони здоров'я змогли адаптуватися до нових умов, забезпечуючи медичну допомогу як цивільному населенню, так і пораненим військовим.

Важливим аспектом залишалася кадрова забезпеченість, що сприяло ефективному функціонуванню системи охорони здоров'я за умов підвищеного навантаження. Фінансові ресурси були перерозподілені для покриття додаткових витрат, пов'язаних з епідеміологічною ситуацією та військовими діями.

Інвестиції в модернізацію медичних установ та закупівлю обладнання сприяли покращенню умов роботи медичного персоналу та підвищенню доступності медичних послуг для населення.

Загалом фінансово-економічний стан закладів охорони здоров'я Івано-Франківського госпітального округу демонструє позитивні зміни завдяки вжитим заходам та підтримці з боку державних та місцевих органів влади.

Аналіз ефективності роботи госпітальних округів Івано-Франківської області у 2024 році. У 2024 році на реалізацію програми медичних гарантій закладено близько 159 млрд гривень, що на 16 млрд гривень більше, ніж у 2023 р., у тому числі 5,2 млрд гривень — на реімбурсацію лікарських засобів. Деякі дані щодо роботи з НСЗУ в 2022–2023 рр. представлені у таблиці 4.11.

## Деякі дані щодо роботи з НСЗУ в 2022–2023 рр.\*

Показники	2022	2023
<b>Підписано договорів з НСЗУ:</b>	<b>155 закладів</b>	<b>152 закладів</b>
в т.ч. закладами комунальної форми власності	99 закладів	90 закладів
- закладами приватної форми власності	16 закладів	19 закладів
- ФОП	40	43
<b>Укладено декларацій з населенням:</b>	<b>1 млн. 239,2 тис.</b>	<b>1 млн. 245,0 тис.</b>
в т.ч. комунальними закладами	1 млн. 149,5 тис.	1 млн. 143,5 тис.
інших форм власності і ФОП	89,7 тис.	101,5 тис.
<b>Охоплення населення деклараціями:</b>	91,8% (по Україні – 78,5%)	92,3% (по Україні – 78,1%)
<b>З охоплених деклараціями:</b>		
- чоловіків	46,65% (577,3тис.)	46,57% (579,8тис.)
- жінок	53,35% (661,9тис.)	53,43% (665,2тис.)
<b>Частка укладених декларацій:</b>		
- сімейними лікарями	60,15%	60,5%
- терапевтами	28,29%	28,13%
- педіатрами	11,56%	11,37%

\*Джерело: власна розробка автора

Впродовж 2023 року в напрямку завдань з подальшого реформування сфери охорони здоров'я продовжувався розвиток і удосконалення структури багатьох

медичних закладів та оснащення їх сучасною апаратурою і обладнанням. Відкрито спеціалізований центр муковісцидозу, реабілітаційне відділення в Лисецькій лікарні, 5 гінекологічних кабінетів безбар'єрного доступу для маломобільних верств населення у закладах рододопомоги Івано-Франківська, Надвірні, Городенки, Коломиї, відділення комбінованих методів лікування онкологічних захворювань на 30 ліжок з операційною та палатою інтенсивної терапії як філії Краматорського центру «Захід» на базі Вигодської лікарні.

Станом на 31 грудня 2023 р. за Реєстр-програмою «Медичні кадри» в комунальних медичних закладах області зареєстровано 25204,25 штатних посад всього персоналу (проти 25558,0 на кінець 2022 р.), що менше на 354 посади (на 1,4%), на яких трудиться 23649 працівників (проти 24346 на кінець 2022 р.). – менше на 697 (2,8%). Порівняльна оцінка з ситуацією по державі є неможливою, так як МОЗ України не оприлюднює дані про число всіх працівників в ЗОЗ. За рік сумарне зменшення штатних посад становить 1,4%, в т.ч. в закладах районів і міст – 72 посади (0,4%), в обласних закладах – 282 посади (3,4%) від зареєстрованих на кінець 2022 року. Зменшення числа фізичних осіб – більш вагоме, і становить 697 ос. (2,9%), в т.ч. 436 в закладах районів і міст (2,6%) і 261 в обласних закладах (3,3%) [141].

Впродовж звітнього року число посад лікарів в комунальних закладах і надалі продовжувало незначно збільшуватись: з 6052 до 6183 або на 131 (2,2%), що спричинено вимогами пакетів ПМГ. Число посад збільшилось як в закладах охорони здоров'я районів і міст, так і в закладах обласного рівня. Однак, збільшення фізичних осіб лікарів стосується лише обласних закладів – на 51 особу (3,2%). Натомість, в закладах районів і міст число лікарів зменшилось з 3865 до 3830 (на 35 або 1,0%) [141], незважаючи на збільшення числа посад в штатних розписах. Сумарно збільшення лікарів становить лише 16 осіб. Водночас, зареєстроване деяке зменшення числа середніх медичних працівників, відповідно посад на 210 (2,1%) і фізосіб – на 402 (3,8%), як в закладах районів і міст, так і в обласних закладах.

Динаміка кадрів зокрема, лікарів і середнього медперсоналу представлена у таблиці 4.12.

Таблиця 4.12

## Динаміка кадрів, зокрема, лікарів і середнього медперсоналу\*

Категорії працівників	Штатні посади				Фізичні особи			
	на 31.12. 2022 р.	на 31.12. 2023 р.	Різниця +-	%	на 31.12. 2022 р.	на 31.12. 2023 р.	Різниця +-	%
<b>Всі працівники, область</b>	<b>25558,00</b>	<b>25204,25</b>	<b>-353,75</b>	<b>-1,38</b>	<b>24346</b>	<b>23649</b>	<b>-697</b>	<b>-2,86</b>
- обласні заклади	8310,75	8028,75	-282	-3,39	7847	7586	-261	-3,33
- районні і міські	17247,25	17175,50	-71,75	-0,42	16499	16063	-436	-2,64
<b>Лікарі, область</b>	<b>6051,75</b>	<b>6183,00</b>	<b>+131,25</b>	<b>+2,16</b>	<b>5473</b>	<b>5489</b>	<b>+16</b>	<b>+0,3</b>
- обласні заклади	1745,00	1816,25	+71,25	+4,08	1608	1659	+51	+3,17
- районні і міські	4306,75	4366,75	+60,00	+1,4	3865	3830	-35	-0,91
<b>Середні медпрацівники, область</b>	<b>10217,75</b>	<b>10007,25</b>	<b>-210,50</b>	<b>-2,06</b>	<b>10509</b>	<b>10107</b>	<b>-402</b>	<b>-3,83</b>
- обласні заклади	3010,50	2876,00	-134,50	-4,47	3100	2972	-128	-4,13
- районні і міські	7207,25	7131,25	-76,00	-1,05	7409	7135	-274	-3,7

\*Джерело: власна розробка автора

Число працюючих пенсійного віку становило на кінець 2023 року 4082 або 17% від усіх працівників комунальних закладів охорони здоров'я (з «декретними»), що на

264 (на 6,9%) більше, ніж на кінець 2022 року. Тоді їх частка від усіх працюючих становила 16,0%. З усіх пенсіонерів – 1275 лікарів (на 7 більше), 904 – середні медпрацівники (на 52 більше).

Частка лікарів-пенсіонерів становить по області, як і торік 23% (в обласних закладах – 22%, в районах – 24%). Частка пенсіонерів з числа середнього медперсоналу становить 9% [92].

За обліковою документацією закладів охорони здоров'я самостійно обчислені показники народжуваності, враховуючи число пологів. Таким чином кількість народжувань в медзакладах області за 2023 рік становить 8297 проти 9434 в 2022 р., що на 1137. З них 145 за припискою матері – іногородні, тому в статистику області увійшло 8152 народжування. Без врахування іногородніх рівень народжуваності знизився на 13,6%.

Ситуація із захворюваністю на респіраторну інфекцію Covid-19 та лікуванням захворілих впродовж звітного року була стабілізована.

Захворюваність у порівнянні з попередніми роками помітно спала. Зареєстровано 10,9 тис. випадків проти 67,3 тис. в 2022 р., що у 6 разів менше. Число госпіталізацій зменшилось з 13119 до 3436, тобто у 3,8 разу [302].

Для стаціонарного лікування ковідних хворих було визначено 28 лікарняних закладів. Стан госпіталізації хворих з діагнозом Covid-19 в закладах з найбільшим числом пролікованих хворих представлено у таблиці 4.13.

Число померлих в стаціонарі від ковіду зменшилось у 6 разів: з 593 до 100, в т.ч. на першій добі від поступлення – з 54 до 7. Коефіцієнт летальності упав з 4,5% до 2,9%. В 13 із 28 закладів, в яких лікувались хворі на Covid-19, летальність була відсутньою. Натомість в ОКЛ, Івано-Франківських ЦМКЛ і МКЛ №1, Коломийській і Галицькій лікарні зареєстровані порівняно високі рівні летальності – в межах 19,4%-6,6% при середньому по області – 2,9% [92].

**Госпіталізація хворих з діагнозом Covid-19 в закладах з найбільшим  
числом пролікованих хворих\***

Назва ЗОЗ	2022 рік		2023 рік	
	Вибули з стаціонару	Померли	Вибули з стаціонару	Померли
<b>Всього по області, в т.ч.:</b>	<b>13119</b>	<b>593</b>	<b>3436</b>	<b>100</b>
Городенківська БЛЛ	1124	41	775	5
ОКІЛ	1039	17	456	8
Коломийська ІЛ	814	16	304	5
Ів.Фр. МДКЛ	658	0	259	0
ОФПЦ	535	17	249	4
Ів.Фр.ЦМКЛ	876	89	237	23
Надвірнянська ЦРЛ	772	25	236	3
Ів.Фр.МКЛ №1	670	62	226	20

*\*Джерело: власна розробка автора*

В 2023 році була активізована робота щодо активного виявлення туберкульозу загально-соматичною мережею шляхом обстеження на МБТ. Число обстежених осіб порівняно з 2022 р. збільшилась мало не вдвічі: з 1499 до 2173 або на 674 (45,0%). Виявлено 198 випадків захворювання проти 104 в попередньому році. Позитивна динаміка стосується закладів усіх 6 районів області. Низка інших показників щодо результатів протитуберкульозної діяльності – теж не є сприятливими: збільшення випадків бацилярного, ВІЛ-асоційованого туберкульозу, рецидивів.

В області в усі попередні роки рівні захворюваності на рак завжди були нижчими від середніх по Україні. За 2 останні роки ситуація докорінно змінилась, і за результатами 2023 року маємо приблизно на третину вищу захворюваність, ніж по державі. В зв'язку з військовими діями виявлення онкології в Запорізькій, Донецькій, Миколаївській, Херсонській областях впало в 1,5 – 2,2 разу, в Харківській – у 5 разів,

в Луганській – майже в 10 разів. Тому, значне перевищення рівня захворюваності в нашій області над середньоукраїнським спричинене не ситуацією у нас, а ситуацією в Україні. Виявленість злоякісних новоутворів і відповідно захворюваність на рак в 2023 році помітно збільшились, на відміну від 2022 року, коли відмічався деякий спад захворюваності.

У порівнянні з попереднім роком виявлено на 614 випадків або на 15,3% більше, ніж торік: 4631 проти 4017. Водночас на 72 випадки (7,7%) збільшилось і число занедбаних випадків: з 939 до 1011, хоча питома вага занедбаності знизилась з 25,0 до 23,5% [59].

В зв'язку з відсутністю профілактичної роботи в закладах первинної ланки активне виявлення злоякісних новоутворень у населення впало в останні роки до рекордно-мінімальних величин, і за останній рік і надалі зменшилось з 1,3 до 0,8%. Тому, є сподівання, що нещодавно проведена в ОДА нарада з головами територіальних громад області та керівниками центрів первинної медико-санітарної допомоги на рівні профільного заступника голови ОДА (ОВА) позитивно вплине на активізацію раннього скринінгу онкологічних захворювань та вжиття заходів на максимальне охоплення населення кожної громади онкопрофілактичними оглядами.

Тим більше, що Національна стратегія контролю злоякісних новоутворень на період до 2030 року, яка повинна ось-ось бути затверджена Кабміном на виконання Рішення Ради Нацбезпеки, введеного Указом Президента України в грудні 2023 р. визначила основні цілі та завдання держави у цій сфері і зрушення безперечно будуть.

Щодо лікування онкохворих то є цілком обнадійливі сподівання на прогрес, так як незабаром в Прикарпатському онкоцентрі буде встановлено лінійний прискорювач, який вкрай потрібен для впровадження сучасних методик лікування раку. З іншого боку на базі Вигодської міської лікарні розпочала функціонувати філія Краматорського ТМО як центр комплексних методів лікування онкології, куди було не тільки релоковало техніку і спеціалістів, а й за час в евакуації вибудовано новий формат роботи та створено ефективну ланку держлікарні на заході України з трьома повноцінними філіями.

В контексті реформ в більшості закладів продовжувала здійснюватись



перепрофілізація окремих ліжок в зв'язку з сучасними вимогами розвитку окремих профілів та спеціалізацій, зокрема реабілітаційного та паліативного спрямування.

Найпомітніше збільшилось число ліжок профілів відновного лікування, зокрема для дорослих на 120 ліжок (на 50,4%) та для дітей на 30 ліжок (на 200,0%), паліативних – на 117 ліжок (на 38,5%), також інших профілів – неврологічного, нейрохірургічного та деяких інших.

Низка стаціонарів зареєструвала бюджетні реанімаційні ліжка, які до 2023 року у всіх закладах були позабюджетними.

В 2023 році стаціонарну медичну допомогу в комунальних медичних закладах отримали 310809 хворих, що на 48932 або 18,7% більше, ніж в попередньому році (261877), в т.ч. 50311 дітей (в 2022 р. - 40698), частка яких склала 16,2%. Показник госпіталізації зріс з 19,4 до 23,0 на 100 мешканців проти 14,0 по Україні за 2022 рік [141].

Більшість основних показників діяльності стаціонарів та використання ліжкового фонду за 2023 рік помітно покращилась. Букачівської (203,0), ОФПЦ (202,9), Отинійської (194,3), Болехівської (145,4 дня). Наявність обов'язкового резерву ліжок не пояснює такої ситуації, так як він незначний і до того ж частково чи повністю використовувався, в т.ч. військовими, яких госпіталізували доволі багато, в деяких закладах – від 10 до 20% складу хворих.

Цікаво, що ці ж лікарні мали найнижчі показники використання ліжкового фонду і попереднього року. Варто зауважити, що низка стаціонарів була навіть перевантаженою з показниками понад 380 днів роботи ліжка в році, що теж вважається негативним явищем: лікарні Верховинська, Снятинська, Кутська, Івано-Франківські міські дитяча і №1, обласна клінічна, ОГГВ при нормативі 340 днів.

Із 306836 пролікованих (вибулих) у 2023 р. в стаціонарах області хворих 10433 становили *внутрішньо-переміщені особи*, що становить 3,4%. Це значно менше, ніж за аналогічний період 2022 р., коли було проліковано 15681 ВПО, а їх частка від усіх стаціонарних хворих становила 6,8%. Померло з них 148 хворих проти 215 торік. Летальність внутрішньо-переміщених осіб склала 1,42%, що дещо вище, ніж в 2022 р. (1,37%) і вище, ніж усього контингенту мешканців, пролікованих в стаціонарі

(1,18%).

Найбільше внутрішньо-переміщених осіб лікувалось в стаціонарах обласної клінічної та обласної дитячої лікарень: відповідно 560 та 1005, онкоцентрі – 661, Івано-Франківській ЦМКЛ – 644, а з районних лікарень – в Коломийській центральній – 524 і Калуській центральній – 466 [141].

В закладах і підрозділах рододопомоги у внутрішньо-переміщених жінок прийнято 398 пологів, що вдвічі менше, ніж у 2022 р. (764), в т.ч. 160 – в обласному перинатальному центрі, 95 – в Івано-Франківському перинатальному центрі, 55 – в Коломийській ЦРЛ. Крім того, деякі ВПО проживали в попередні роки і проживають в приміщеннях окремих закладів охорони здоров'я. Таких осіб станом на 1 березня ц.р. числилось 106, в т.ч. 33 дітей.

Дані про надання медичної допомоги ВПО в стаціонарах лікарняних закладів області в 2023 році представлені у таблиці 4.14.

Таблиця 4.14

**Дані про надання медичної допомоги ВПО в стаціонарах лікарняних закладів області в 2023 році\***

Заклади з найбільшим числом стаціонарних хворих з числа ВПО	Число госпіталізованих пацієнтів	Число прийнятих пологів
Обласна дитяча клінічна лікарня	1005	–
Прикарпатський онкоцентр	661	–
Центральна міська клінічна лікарня	644	–
Обласний центр психічного здоров'я	576	–
Обласна клінічна лікарня	560	–
Коломийська ЦРЛ	524	55
Ів.Фр. міська дитяча клінічна лікарня	467	–
Калуська ЦРЛ	466	27
Ів.Фр. міський перинатальний центр	392	95
Обласний перинатальний центр	361	160
Всього по області	10041	398

\*Джерело: власна розробка автора

Аналіз ефективності роботи госпітальних округів на Івано-Франківщині показав

значне поліпшення якості послуг та збільшення обсягів фінансування на одного пацієнта. Незважаючи на тимчасові фінансові труднощі, пов'язані з адаптацією до нової системи, було досягнуто позитивних результатів у модернізації медичних закладів та покращення умов роботи медперсоналу. Істотну увагу було приділено фінансуванню інфраструктурних проектів. Збільшення кількості медичних працівників в умовах реформ та зовнішніх факторів підтверджує стабільність медичної системи регіону. Значний вплив на систему охорони здоров'я зробили епідемія COVID-19 та повномасштабне вторгнення Росії, що зажадало додаткових фінансових ресурсів та зусиль для забезпечення медичної допомоги. Загалом реформи та стратегічне планування сприяли підвищенню ефективності та доступності медичних послуг в Івано-Франківській області, незважаючи на безліч викликів та складнощів.

## Висновки до розділу 4

1. Аналіз стану та забезпечення фінансування медичних закладів після створення госпітальних округів показує, що реформа дала позитивні результати. Інтенсифікація рівня якості послуг та збільшення обсягів фінансування свідчать про правильність обраного напрямку реформ. Необхідно продовжувати роботу в цьому напрямі з огляду на виявлені проблеми та накопичуючи позитивний досвід для подальшого вдосконалення системи медицини, що є важливим кроком на шляху до підвищення доступу до медичних послуг для населення. Надалі необхідно продовжувати моніторинг та оцінку результатів реформи, щоб забезпечити стійкий розвиток медицини.

2. Проведений аналіз показав, що створення госпітальних округів в Україні, зокрема в Івано-Франківській області, сприяло підвищенню якості послуг. Одним із ключових досягнень реформи став більш рівномірний розподіл фінансових ресурсів між регіонами, що дозволило скоротити диспропорції у забезпеченні медичних установ. В результаті цих змін обсяги фінансування на одного пацієнта в окремих варіантах збільшилися, що позитивно позначилося на якості послуг. Централізований підхід до розподілу фінансових ресурсів також сприяє модернізації медичної інфраструктури. Залучення приватних інвестицій та державних коштів дозволило оснастити медичні установи необхідним обладнанням та покращити умови роботи медичного персоналу. Важливим аспектом стало фінансування інфраструктурних проектів, спрямованих на оновлення медичних установ та підвищення доступності медичних послуг для населення.

3. Процеси реорганізації та оптимізації мережі медичних закладів в Івано-Франківській області, незважаючи на виклики, пов'язані з пандемією COVID-19 та військовими діями, показали високу адаптивність та здатність оперативно реагувати на кризові ситуації. Медичні установи регіону змогли забезпечити необхідну медичну допомогу як цивільному населенню, так і пораненим військовослужбовцям, що потребувало значних зусиль та додаткових фінансових ресурсів. Кількість медичних

працівників у регіоні не лише зберігалася, а й у деяких випадках збільшувалася, що підтверджує стабільність медицини регіону. Особлива увага приділялася підтримці та захисту медичного персоналу, що сприяло підвищенню мотивації та ефективності їхньої роботи.

4. Фінансово-економічний аналіз показав, що загальні витрати на систему охорони здоров'я в досліджуваному регіоні зросли, що свідчить про підвищену увагу розвитку цієї сфери зі сторони органів влади. Важливим досягненням стало збільшення фінансування інфраструктурних проектів, що дозволило значно покращити рівень послуг.

Наукові результати, висвітлені в розділі 4, опубліковано в працях автора [302; 308; 314; 315; 325; 326; 327; 410].

## РОЗДІЛ 5

### ВЕКТОРИ ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМУ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ГОСПІТАЛЬНИМИ ОКРУГАМИ ЧЕРЕЗ ЕФЕКТИВНУ СИСТЕМУ ВЗАЄМОДІЇ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### 5.1. Вдосконалення нормативно-правового механізму державного управління через ефективну систему взаємодії закладів охорони здоров'я

У сучасних умовах не існує відповідного законодавчого забезпечення досліджуваного процесу. Оскільки 2020 рік являється переломним для даного етапу реформування, де на початку 2021 року, вдасться поміти, чи зміг уряд країни усунути наявні перешкоди в системі функціонування госпітальних округів, тому що наявність даних перешкод може спричинити негативні наслідки на підтримці принципів високої якості та доступності медичної допомоги.

Для системного удосконалення нормативно-правового забезпечення необхідним є покращення законодавства за такими блоками:

*Загальні блоки:* Блок I. Прийняття Медичного кодексу України. Блок II. Прийняття додаткових базових законодавчих документів для подальшої реалізації медичної реформи;

*Спеціалізовані блоки:*

Блок I. Удосконалення законодавства у сфері забезпечення прав пацієнтів;

Необхідно враховувати нові якісні стандарти для сільської місцевості та впровадження передових технологій. І, крім того, конкретизувати пункти щодо оформлення та ведення клінічних протоколів та стандартів у медичних установах і акредитації медичних закладів; а також впровадити відповідні законодавчі акти щодо створення і застосування клінічних протоколів та процедуру моніторингу якості медичних послуг.

Блок II. Прийняття законопроекту удосконалення закону «Про державні

фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів»; Прийняття ЗУ «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування».

Блок III. Законодавство щодо громадського контролю госпітальних округів. Доповнити Закон України «Про звернення громадян» чіткими вимогами щодо неупередженості осіб, допущених до розгляду звернення, що включає заборону дискримінації, прозорість процесу та незалежність і обґрунтованість рішення посадової особи на підставі діючого законодавства. Внести до Кодексу України про адміністративні правопорушення інформації щодо своєчасності та повноти надання інформації пацієнту про стан його здоров'я, а також процедуру запобігання та вирішення питання неправильного внесення даних в електронну медичну систему.

Блок IV. Законодавство у сфері інклюзивності та екологічності медичних закладів у межах госпітальних округів;

Розробка Єдиного державного стандарту архітектурно-планувальних рішень медичних закладів, що має включати деінституціалізацію, застосування мультидисциплінарного принципу надання допомоги, створення терапевтичного ландшафту та порядок і джерела фінансування реконструкції старих медичних установ.

Блок V. Законодавство у сфері медичного забезпечення ветеранів та учасників бойових дій;

Удосконалення передбачає заміну діючої процедури отримання дозволу на підставі висновку військово-лікарської комісії на чіткий механізм та критерії, що мають бути прописані у ЗУ «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей», що дозволять уникнути бюрократії та тривалого розгляду кожної справи. У окремих випадках, що не будуть передбачені Законом, процедура розгляду справи військово-лікарською комісією залишиться незмінною.

Блок VI. Удосконалення окремих Положень роботи Госпітальних округів. Вважаємо за необхідність розробити Положення про взаємодію Госпітальних округів із Громадськістю:

1. Забезпечити готовність системи екстреної та первинної медичної допомоги до реалізації своїх функцій через проведення всебічної підготовчої роботи.

на державному, регіональному та місцевому рівнях. Підсилити методологічну підтримку госпітальних рад щодо організації їх діяльності;

2. Провести комплексну підготовчу роботу до реформування вторинної допомоги на державному, регіональному та місцевому рівнях. Врегулювати питання взаємодії госпітальної ради з місцевими радами та громадськістю;

3. Підготувати плани розвитку ГО, що включають будівництво/добудову додаткових приміщень з урахуванням економічно обґрунтованих потреб відповідних територіальних громад;

4. Провести ефективну систему інформування та комунікацій, підвищити рівень обізнаності про необхідність і переваги реформ;

5. Врегулювати питання взаємодії госпітальної ради з місцевими радами, а також з громадськістю. Забезпечити прозорість і підзвітність процесів;

6. Забезпечити підготовку та перепідготовку медичних кадрів, розробити та впровадити нормативну базу для визначення їхніх компетенцій. Підсилити методологічну підтримку госпітальним радам щодо організації їх діяльності;

7. Врегулювати питання взаємодії госпітальної ради з місцевими радами, а також з громадськістю. Забезпечити прозорість і підзвітність процесів;

8. Забезпечити підготовку та перепідготовку медичних кадрів, розробити та впровадити нормативну базу для визначення їхніх компетенцій. Підсилити методологічну підтримку госпітальним радам щодо організації їх діяльності;

9. Розробити та впровадити дієву систему акредитації ЗОЗ, яка забезпечить незалежну та об'єктивну оцінку якості послуг (рис. 5.1).

Блок I. Затвердження Медичного кодексу України. Необхідність прийняття кодифікованого акту, а саме Медичного кодексу України, можна обґрунтувати кількома важливими аспектами. Потреба у комплексному та всебічному реформуванні медичної системи, що повинно забезпечити її ефективність та доступність для всіх верств населення. Сучасне законодавство має численні колізії, що ускладнюють правове регулювання медичної сфери. Крім того, важливою є розробка стратегічних напрямів розвитку галузі, сприяла інтеграції новітніх медичних технологій та забезпеченню права на медицину.



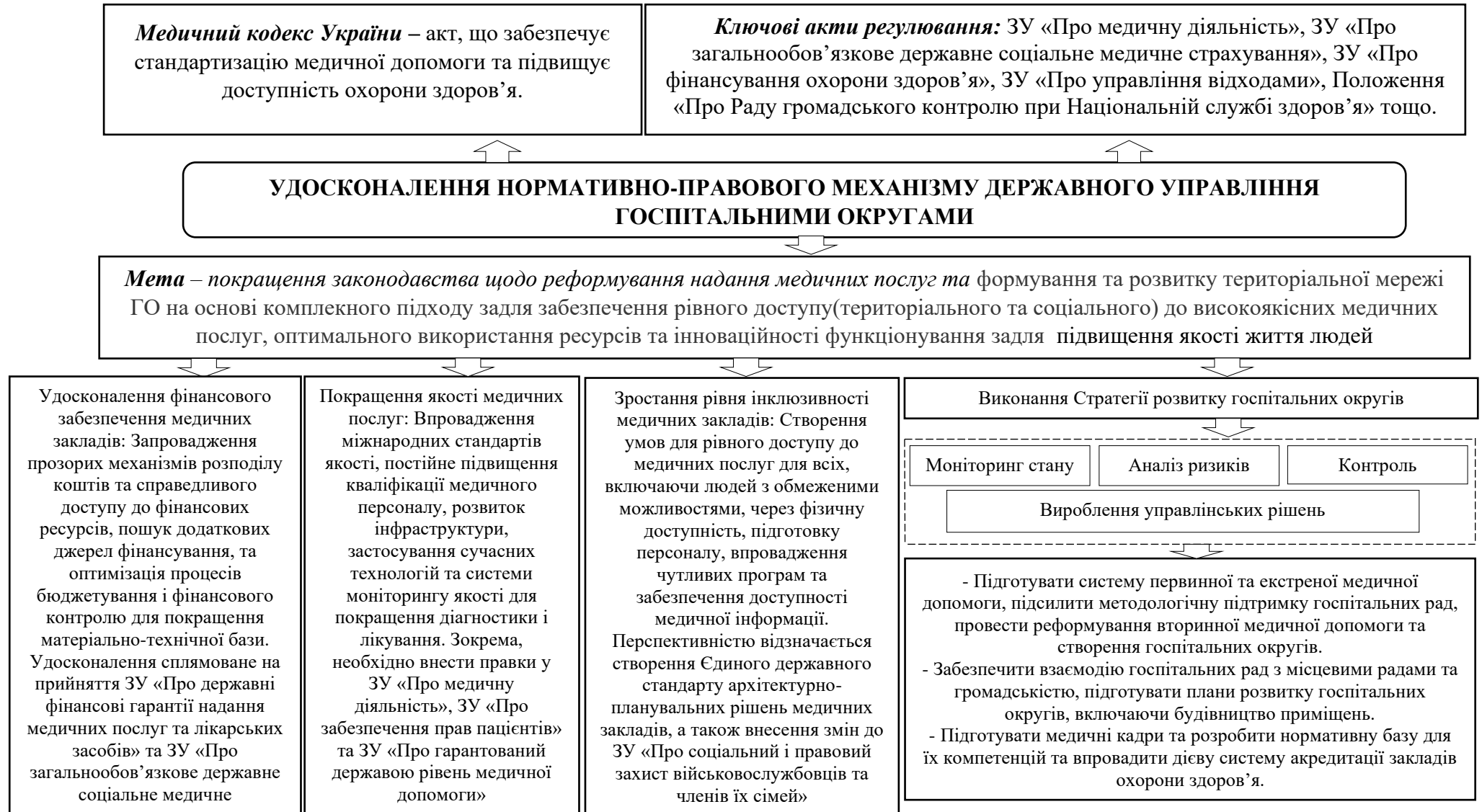


Рис. 5.1. Стратегія удосконалення нормативно-правового механізму управління госпітальними округами\*

\*Джерело: власна розробка автора

Удосконалена структура Медичного Кодексу України має виглядати наступним чином:

Розділ 1. «Загальні положення», в яких визначено гарантії забезпечення основних прав людини на основі недоторканності загальнодержавного принципу, що проникає в усі аспекти державної політики.

Розділ 2. «Організаційно-функціональне забезпечення медичної системи».

Розділ 3. «Питання безпечності» повинен визначати правовий статус пацієнтів, медичних і фармацевтичних працівників та забезпечують санітарний захист території. Повинні бути передбачені норми, що регламентують дотримання спеціалізованих санітарних вимог, профілактичні заходи та популяризацію здорового способу життя, з посиланням на головне законодавство.

Розділ 4. «Розвиток медичних технологій та інновацій» має включати положення, що визначатимуть аспекти використання медичних інновацій, зокрема технологій діагностики, лікування та моніторингу стануть безпечними; а також норми щодо біоетики в медичній практиці, забезпечення етичних стандартів у використанні новітніх технологій.

Розділ 5. «Фінансування та управління в медичній системі» передбачає положення про адміністрування фінансів у медичній сфері та механізми моніторингу та контролю за їх використанням, а також норми щодо ефективного управління фінансовими ресурсами, бюджетування, контролю за їх використанням.

Розділ 6. «Медична освіта та підвищення кваліфікації» містить нормативно-правові акти щодо ліцензування медичної освіти, атестацію медичних працівників, етичних аспектів професійної діяльності та розвиток ініціативи з постійної професійної підготовки.

Розділ 7. «Структура та функціонування госпітальних округів» містить норми, що регулюють організацію і діяльність адміністративних одиниць в медичних установах. Вони встановлюють правила формування госпітальних округів та призначення їхніх керівників, а також процедуру взаємодії між округами та центральним керівництвом госпіталю.

Розділ 8. «Міжнародна співпраця в медичній сфері» передбачає норми,

процедури та механізми взаємодії з міжнародними організаціями та стандартизацію процедур міжнародної співпраці в медичній галузі.

Розділ 9. «Контроль і нагляд за дотриманням законодавства в медичній сфері» передбачає положення про право на отримання якісної та безпечної медичної допомоги, а також механізми реагування на порушення медичними установами.

Розділ 10. «Прикінцеві положення» міститиме додаткові норми, які регулюватимуть взаємини в деяких сферах медичних послуг.

Регулювання функціонування та меж впливу медичних закладів різних форм власності також потребує окремої уваги, оскільки сприятиме створенню єдиних стандартів та умов медичних послуг. Важливо забезпечити баланс між державними та приватними інтересами.

Блок II. Прийняття додаткових базових законодавчих документів для подальшої реалізації медичної реформи;

Теоретико-методологічні основи госпітальних округів базуються на кількох ключових концепціях та принципах, які забезпечують їхнє функціонування.

1. Системний підхід. Госпітальні округи розглядаються як складні системи, що включають різні рівні медичних закладів, які взаємодіють між собою для забезпечення комплексного медичного обслуговування. Системний підхід дозволяє розглядати госпітальні округи як цілісні структури.

2. Принцип інтеграції. Важливим аспектом функціонування госпітальних округів є інтеграція медичних закладів різного рівня та спеціалізації. Це передбачає координацію діяльності лікарень, поліклінічних відділень, амбулаторій для забезпечення безперервності та послідовності надання медичних послуг.

3. Раціональне використання ресурсів. Госпітальні округи спрямовані на оптимальне використання фінансових, матеріальних та кадрових ресурсів. Це досягається через централізацію управління, зменшення дублювання функцій.

4. Забезпечення доступності та якості медичних послуг. Основною метою створення госпітальних округів є підвищення доступності та якості медичних послуг по території округу, впровадження сучасних медичних технологій та підвищення кваліфікації медичного персоналу.

В основі запровадження системи госпітальних округів в Україні лежить мета, що полягає у створенні ефективної мережі медичних закладів, здатних надавати невідкладну медичну допомогу кожному громадянину у найкоротші терміни. Основна ідея полягає в тому, що визначення госпітальних округів не базуватиметься на адміністративних межах, зосереджуючись на реальних потребах пацієнтів, забезпечуючи доступність послуг. Ключовим принципом нової системи є те, що пацієнти мають можливість отримати вторинну медичну допомогу, не витрачаючи на дорогу більше однієї години.

Тобто мережа медичних закладів має бути оптимально розміщена, аби гарантувати мінімальну тривалість дороги до найближчого закладу охорони здоров'я. Крім забезпечення доступності, ця система мала враховувати специфіку регіонів, такі як густина населення, географічні особливості та інфраструктурні умови.

Проте, не зважаючи на перспективність існуючих заходів та нормативно-правового механізму, існують проблеми з реалізацією системи госпітальних округів: не всі регіони отримали необхідне фінансування, спостерігаються затримки у впровадженні інфраструктурних проектів, а також бракує кадрів у віддалених районах.

У даному контексті ключовими напрямками удосконалення нормативно-правової складової механізму державного управління госпітальними округами включають:

Блок I. Удосконалення законодавства у векторі забезпечення прав пацієнтів;

Основним законодавчим актом, що визначає права пацієнтів, є Конституція України, яка визнає право кожної людини на життя, особисту недоторканність, недоторканість житла, таємницю листування, а також свободу вираження своїх поглядів і переконань. Наступним важливим джерелом є Цивільний кодекс України, який закріплює ряд прав фізичної особи як учасника цивільно-правових відносин. Також окремі права пацієнтів містяться в Основах законодавства України про охорону здоров'я (ст. 6) та в інших законах і підзаконних нормативно-правових актах, зокрема ЗУ «Про донорство крові та її компонентів», ЗУ «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини», ЗУ «Про імплантацію електро

кардіостимуляторів» тощо, які встановлюють правові засади, що забезпечують захист прав пацієнтів у різних аспектах медичної допомоги та медичних процедур.

У даному контексті необхідно розробити та прийняти ЗУ «Про порушення законної діяльності медичних працівників» та «Про правила призначення лікарських засобів», Декларацію «Про захист гідності медичних працівників від публічної образи», Наказ «Про забезпечення прав пацієнтів на інформацію», Постанови «Про достовірність даних в електронній медичній системі», «Про захист медичної таємниці при внесенні даних в електронну медичну систему» та «Про достовірність даних в електронній медичній системі»; а також конкретизувати пункти Постанови «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» щодо оформлення та ведення клінічних протоколів у медичних установах та акредитації медичних закладів.

Реформування правових документів у галузі медицини та регулювання діяльності госпітальних округів передбачає впровадження комплексного підходу, що має на меті поліпшення якості та доступу до послуг для всіх соціальних груп. Даний процес не тільки прагне зберегти, але й значно покращити стан загального здоров'я громадян через впровадження ефективних реформ, ключовими принципами яких є забезпечення рівних можливостей у доступі до допомоги та забезпечення її якості за рахунок строго контролю фінансових та інституційних процесів.

Крім того, для зміцнення захисту прав осіб з хронічними захворюваннями і осіб, які потребують щотижневих відвідувань медичного працівника, необхідно створити самостійну службу, відокремлену від органів та організацій, яка відповідатиме за виконання державної політики.

Необхідно скорегувати проект закону, що регулює починання Президента України щодо забезпечення медичних послуг, враховуючи нові якісні стандарти для сільської місцевості та впровадження передових технологій. Також слід забезпечити дані заклади Інтернетом та потрібним обладнанням для здійснення лабораторних досліджень та отримання швидких консультацій щодо вибору ефективного методу лікування.

Блок II. Законодавство у галузі фінансування та соціального страхування;

Для забезпечення ефективної діяльності медичної системи необхідно взяти низку стратегічних заходів. Належне фінансування цільових програм і структурних елементів стосовно медицини є необхідним для забезпечення сталого розвитку системи, що включає не лише забезпечення достатнього фінансування для медичних установ, але й стимулювання інновацій та покращення інфраструктури, має враховувати сучасні виклики і стандарти, щоб уникнути юридичних неузгоджень і забезпечити відповідність чинному законодавству та Конституції України, що дозволить зміцнити правовий фундамент у галузі медичних послуг і забезпечити їх ефективне функціонування на користь громадян.

Прийняття ЗУ «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування» є надзвичайно важливим для України з огляду на те, що в даному напрямку існують лише законопроекти. У даному контексті С. Козьменко та І. Охріменко висловили думку, що ці проекти не зможуть забезпечити виконання цілей та завдань загальнообов'язкового державного медичного страхування через ряд суттєвих недоліків. Основна проблема полягає в тому, що немає цілісного та всебічного підходу до реформування механізму фінансування медичної системи із акцентом на обов'язкове медичне страхування. Багато аспектів або взагалі не охоплені, або висвітлені лише частково.

Деякі законопроекти містять положення, які суперечать одне одному навіть у межах одного документа, що свідчить про відсутність координації та систематичного підходу до розробки законодавчих актів. Відсутність чіткого та злагодженого механізму фінансування, а також недостатня увага до ключових елементів медичного страхування, роблять ці законопроекти малоефективними. Таке реформування вимагає комплексного підходу, який забезпечить узгодженість і взаємодію всіх складових системи, від фінансування до досягнення доступності та якості медичних послуг для всіх громадян України [111].

У контексті удосконалення госпітальних округів імплементація законопроекту стосовно некоректного використання фінансів у медицині, а також накладення суворих санкцій за порушення фінансової дисципліни має на меті забезпечення ефективного управління бюджетними коштами та запобігання фінансовим

зловживанням.

Цей законопроект передбачає введення строгих норм і механізмів контролю за використанням коштів, спрямованих на здоров'я населення, що має виключити можливість їх недопустимого витрачання чи використання з іншими цілями. Крім того, він націлений на зменшення корупційних ризиків і забезпечення прозорості у фінансових операціях медичних установ.

Блок III. Законодавство щодо громадського контролю госпітальних округів;

Громадський контроль є ключовим механізмом забезпечення високої якості медичних послуг, захисту прав пацієнтів, а також забезпечення підзвітності та прозорості медичних установ. Для підвищення рівня громадського контролю та прозорості роботи медичних закладів було прийнято Положення від 23.04.2024 №437-2024-п «Про Раду громадського контролю при Національній службі здоров'я». Це положення встановлює основні принципи та механізми взаємодії громадськості з органами охорони здоров'я, спрямовані на підвищення підзвітності та якості надання медичних послуг. Удосконалення законодавчої бази в цій сфері є необхідним для створення умов, за яких громадськість зможе ефективно впливати на діяльність госпітальних округів, сприяти їх розвитку та підвищенню якості медичної допомоги.

Впровадження незалежного громадського контролю є ключовим елементом у процесі розвитку та реформування української медицини. Основною метою такого контролю є покращення якості роботи медичних установ і забезпечення високого рівня медичної допомоги пацієнтам у всіх медичних закладах [359]. Зокрема, запропоновані зміни передбачають створення спеціальних громадських комісій, які здійснюватимуть контроль якості та безпеки медичної діяльності.

Такі комісії повинні формуватися рішенням органів місцевого самоврядування і функціонувати на безперервній основі. До складу комісій мають входити сім осіб, серед яких троє представників громадських організацій, а також четверо мешканців відповідної територіальної громади. Юридичний статус громадських комісій та регламент їх контролюючої діяльності повинні бути визначені Типовим положенням, затвердженим Кабінетом Міністрів України. Це забезпечить чітке регулювання діяльності комісій та сприятиме їх ефективному функціонуванню.

Крім того, необхідністю наразі є внесення змін до ЗУ «Про звернення громадян» щодо чіткості представлених вимог до неупередженості осіб, допущених до розгляду звернення, що включає заборону дискримінації, прозорість процесу та незалежність і обґрунтованість рішення посадової особи на підставі діючого законодавства. Також необхідно внести статті щодо своєчасності та повноти надання інформації пацієнту про стан його здоров'я, вирішення питання неправильного внесення даних в електронну медичну систему до Кодексу України про адміністративні правопорушення.

Інтеграція незалежного громадського контролю сприятиме прозорості та підзвітності діяльності медичних закладів, що, у свою чергу, підвищить якість надання медичних послуг та забезпечить захист прав пацієнтів. Такий контроль стане важливим механізмом зворотного зв'язку між пацієнтами та системою охорони здоров'я, що дозволить оперативно виявляти та вирішувати проблемні питання, підвищуючи ефективність та якість медичної допомоги [336].

Блок IV. Законодавство у сфері інклюзивності та екологічності медичних закладів у межах госпітальних округів;

Для забезпечення безбар'єрного доступу до медичної допомоги необхідно виконати план заходів з реалізації Національної стратегії зі створення безбар'єрного простору в Україні. Це включає фізичні аспекти, такі як пандуси і підйомники, а також розробку програм підготовки персоналу для взаємодії з людьми з різними видами інвалідності, що підвищує загальну культуру прийому і підтримки пацієнтів.

Першочерговою метою удосконалення законодавства є імплементація Закону про громадське здоров'я, який забезпечить правову базу для удосконалення та зміцнення медичної галузі. Також необхідно внести зміни до законодавчих та нормативно-організаційних актів щодо процедури створення госпітальних округів, які забезпечують доступність високоякісних медичних послуг на рівнях вторинної та третинної медичної допомоги. У забезпеченні доступності важливо враховувати економічно обґрунтовані потреби відповідних територіальних громад при оцінці необхідної кількості медичних установ.



Крім того, для забезпечення інклюзивності медичних закладів у межах госпітальних округів необхідно реалізувати низку відповідних нормативно-правових актів, а саме: ЗУ «Про реконструкцію медичних закладів», ЗУ «Про стандартизацію медичної інфраструктури» та Постанова «Про затвердження Єдиного державного стандарту архітектурно-планувальних рішень медичних закладів».

Законодавчі підходи до забезпечення екологічності регламентуються Державними санітарно-протиепідемічними правилами і нормами, затвердженими наказом МОЗ України від 06.09.2022 № 1602, а також Законом України від 29.06.2024 № 2320-IX «Про управління відходами», Наказом МОЗ України від 08.06.2015 № 325 «Про затвердження Державних санітарно-протиепідемічних правил і норм щодо поводження з медичними відходами», Розпорядженням КМУ від 17.09.2020 № 820-р «Про схвалення Національної стратегії управління відходами в Україні до 2030 року». Питання сортування та переробки залишаються актуальними через недостатню адаптацію системи до сучасних потреб та викликів. Наприклад, раніше використовували шприци розбиралися, і пластик передавався на повторну переробку, проте нині це заборонено задля підвищення безпеки медичного персоналу.

Незважаючи на це, існує нагальна потреба у вдосконаленні навичок обробки медичних відходів до рівня автоматизму, ретельного документування процесів, ведення реального моніторингу та визначення подальших кроків і доповнень до законодавства на основі зібраних даних. Зростання кількості медичних відходів, спричинене прогресом у медичній галузі, вимагає впровадження нових стандартів, зокрема рекомендовано замінити внутрішньом'язові та внутрішньовенні введення препаратів на таблетовані форми, де це можливо.

Це дозволить зменшити кількість утворюваних відходів, що також є важливим аспектом вирішення проблеми їхнього поводження. Перегляд протоколів, необхідність доопрацювання кожного з них відповідно до вимог часу, що допоможе уніфікувати підходи до екологічності та ефективності медичних процедур та послуг, забезпечуючи сталий розвиток медичної системи в Україні.

Блок V. Законодавство у сфері медичного забезпечення ветеранів та військовослужбовців.

Важливою складовою соціального захисту є забезпечення військовослужбовців кваліфікованою медичною допомогою, включаючи лікування поранених, реабілітацію та психологічну підтримку. Отже, військовослужбовці повинні бути забезпечені медичною допомогою під час навчальних, перевірочних та спеціальних зборів, а також на безоплатну психологічну допомогу, що є важливим аспектом їхнього соціального забезпечення та підтримки в умовах виконання військових обов'язків.

Досліджуючи проблему, яку аналізує О. П. Сайнецький, зазначається, що особи, що перебувають в особливих умовах, відрізняються своїм життєвим становищем від інших. Саме цим особам слід надавати особливий рівень медичного забезпечення як конкретний захід соціального захисту в умовах виникнення ризиків воєнного часу. На думку М. І. Іванченка, Україна, перебуваючи у воєнному стані, потребує не лише адаптації, але й впровадження передових концепцій у лікувальні, оздоровчі та профілактичні заходи для військовослужбовців.

Це вимагає від лікувальних закладів розробки організаційної моделі, що забезпечує швидкість і ефективність діагностичних процедур, надання терапевтичної допомоги та проведення профілактичних заходів. Організаційна структура повинна бути спрямована на відновлення здоров'я військовослужбовців з високим рівнем якості та відповідальності медичного персоналу, що передбачає постійний розвиток медичних послуг, щоб вони відповідали сучасним стандартам і потребам військовослужбовців. Такий підхід дозволяє забезпечити надійний соціальний захист і підтримку під час воєнних дій, забезпечуючи військовослужбовцям необхідні умови для швидкого одужання та повернення до службових обов'язків.

Проте навіть при певних позитивних зрушеннях у вдосконаленні медичного обслуговування військовослужбовців та їх сімей на рівнях держави і військових структур, залишаються відкриті питання щодо відповідності сучасним стандартам щодо обсягу та якості медичних послуг, лікування та реабілітації. Це свідчить про недостатній розвиток та впровадження системних рішень і програмних документів, необхідних для досягнення відповідних стандартів у військовому медичному забезпеченні.

Крім того, у вересні 2023 року в Україні була створена Тимчасова слідча комісія ВРУ з метою розслідування можливих порушень законодавства щодо фінансування медичного забезпечення військовослужбовців у медичних закладах. За результатами роботи комісії до кінця 2023 року було підготовлено та направлено 236 звернень до відповідних урядових структур щодо недостатнього фінансування програми медичного обслуговування. Комісія встановила порушення конституційних прав військовослужбовців на медичну допомогу через недостатність коштів за ключовими напрямками.

Рекомендації комісії щодо збільшення фінансування вже враховано у Постанові КМУ від 22.12.2023 №1394 «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2024 році». Також виявлено невідповідності харчування у комунальних медичних закладах, що потребує удосконалення відповідно до встановлених стандартів. Таким чином, законодавство у сфері медичного забезпечення ветеранів та учасників бойових дій потребує системного удосконалення, зокрема вирішення пробелми неналежного фінансування [91; 286].

Блок VI. Удосконалення окремих Положень роботи Госпітальних округів.

Є низка проблем у нормативно-правовому врегулюванні організаційних і процедурних аспектів діяльності Госпітальних рад [316]:

1. Невідповідність Примірного положення про госпітальний округ Постанові Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1094, яка затверджує порядок проведення конкурсу на посаду керівника державного або комунального медичного закладу.

2. Невідповідність Примірного положення Закону України «Про доступ до публічної інформації», Закону України «Про місцеве самоврядування» та регламентам місцевих рад.

3. Відсутність узгодження Положення із Законом «Про доступ до публічної інформації» щодо публікації інформації про кандидатів до складу Госпітальної ради.

4. Неможливість використання формули для визначення кількості членів Госпітальної ради для Київського госпітального округу.

5. Недостатня врегульованість процедури оновлення кількісного складу Госпітальної ради.

6. Відсутність чітко визначеного механізму співпраці Госпітальної ради з місцевими радами щодо затвердження їхніх пропозицій [316].

Питання взаємодії Госпітальної ради з місцевими радами щодо розробки проектів рішень на основі пропозицій, поданих Госпітальною радою, є дискусійним. Це може призвести до затримок у реалізації планів розвитку через місцеві ради. Положення про госпітальний округ передбачає, що учасники округу повинні керуватися Законом України «Про співробітництво територіальних громад», проте жодних роз'яснень або рекомендацій для Госпітальних рад щодо застосування цього закону не надано [316].

Крім визначених проблем та неточностей законодавства щодо організації Госпітальних рад та загалом функціонування госпітальних округів, процес реформування не позбавлений потенційних ризиків, які можуть ускладнити його ефективно впровадження (табл. 5.1). У даному контексті, слід зазначити, що необхідно комплексно вирішувати фінансування та ресурсного забезпечення госпітальних округів, задля запобігання дефіциту коштів та матеріальних ресурсів, які необхідні для їх успішного функціонування. Також важливо забезпечити широку громадську підтримку та участь у процесі реформування, щоб забезпечити прозорість та відкритість в управлінні медичними закладами та зміцнити довіру громадськості до нової системи організації охорони здоров'я.

Результати проведеного дослідження показали, що чинне нормативно-правове забезпечення формування госпітальних округів і механізму взаємодії медичних установ всередині одного госпітального округу є фрагментарним та недостатньо скоординованим. Це зумовлює відсутність єдиного підходу до організації роботи округів, що негативно впливає на ефективність їх функціонування.

Недостатня узгодженість нормативних актів, відсутність чітких інструкцій і механізмів взаємодії між медичними закладами створює труднощі в реалізації реформи та досягненні її цілей.

**Ризики та напрямки мінімізації потенційних ризиків при формування  
госпітальних округів\***

№ п/п	Ризики функціонування госпітальних округів	Нормативно-правові заходи для покращення роботи ГО
1.	Неспроможність системи екстреної допомоги до виконання передбачених функцій	Забезпечити готовність системи екстреної та первинної медичної допомоги до реалізації визначеного функціоналу на державному, регіональному та місцевому рівнях. Активізувати методологічне забезпечення для підтримки госпітальних рад в контексті організації їх діяльності
2.	Ліквідування додаткових джерел фінансування із місцевих бюджетів для ЗОЗ, котрі спеціалізуються на медичній допомозі вторинного рівня	Забезпечити проведення системної підготовчої діяльності до реформування системи вторинної медичної допомоги. Вирішити проблемні аспекти взаємодії госпітальних рад із громадськістю та радами місцевого самоврядування.
3.	Проблемність ефективного розміщення усіх необхідних структур комплексу лікарняної установи інтенсивної допомоги	Забезпечити підготовку планів стратегічного розвитку ГО, що передбачають облаштування додаткових приміщень з урахуванням економічно обґрунтованих потреб відповідних територіальних громад
4.	Відторгнення або ігнорування динаміки у галузі населенням та медичним персоналом, керівниками ЗОЗ	Реалізувати інноваційні методи комунікаційно-інформаційного забезпечення, підвищити рівень обізнаності про необхідність і переваги реформ
5.	Опір місцевої влади, громадськості, опозиції, науковців, журналістів до інноваційних рішень у галузі	Забезпечити прозорість і підзвітність процесів. Реалізувати інноваційні методи комунікаційно-інформаційного забезпечення
6.	Відсутність кадрового забезпечення належного рівня компетентності, управлінців в галузі, а також нормативної бази, яка детермінує їхні компетенції згідно сучасних вимог	Організувати системну перепідготовку медичних кадрів та підвищення кваліфікації; розробити та впровадити нормативну базу для визначення їхніх компетенцій.
7.	Неефективність системи акредитації ЗОЗ	Впровадити дієву систему акредитації ЗОЗ, яка забезпечить незалежну та об'єктивну оцінку якості надання лікувальних послуг

\*Джерело: власна розробка автора

Для покращення ситуації необхідно провести систематичний перегляд та вдосконалення нормативної бази, забезпечити інтеграцію різних елементів системи, а також розробити чіткі правила і процедури для ефективної взаємодії медичних установ у межах госпітальних округів.

Необхідність прийняття Медичного кодексу України обумовлена не лише потребою у комплексному реформуванні системи охорони здоров'я, а й забезпеченням ефективності та доступності медичної допомоги для всіх громадян.

Основними напрямками удосконалення нормативно-правової бази державного управління госпітальними округами є створення відповідного законодавства щодо прав пацієнтів, фінансування та соціального страхування, громадського контролю, інклюзивності та екологічності медичних закладів у межах округів, а також медичного забезпечення ветеранів та учасників бойових дій. Необхідність системних змін у законодавчій базі та їхня комплексна реалізація є критичною для забезпечення стабільності та ефективності нової моделі управління медичною сферою країни.

## **5.2. Вдосконалення організаційно-управлінської складової механізму державного управління через ефективну систему взаємодії закладів охорони здоров'я**

Сьогодні є актуальна потреба у розробленні, оптимізації та інтеграції інноваційних управлінських підходів в контексті госпітальних округів, що повинні враховувати як специфіку регіонів, так і загальні тенденції розвитку лікувальних послуг. Серед пріоритетів медичної допомоги, є наявність гарантій для пацієнтів її кваліфікованого надання та загальної доступності для громадян. Реформа медичної галузі в Україні стала необхідною через неефективність попередньої медичної системи, що зумовлювалося недостатнім фінансуванням, застарілим обладнанням та нестачею медичного персоналу.

Реформа націлена на створення ефективної мережі медичних закладів для надання медичної допомоги.

В рамках першого етапу реформи були створені госпітальні округи з урахуванням таких факторів, як фінансова підтримка, рівень забезпеченості та розвитку медичних закладів, територіальне розташування і густота населення. У цьому контексті формування та розвиток госпітальних округів мають здійснюватися з урахуванням:

- критеріїв завантаженості лікувальних закладів;
  - демографічних даних;
  - розрахунків планових маршрутів;
  - інституційної спроможності управлінської системи [305].
- Напрями створення та подальшого розвитку госпітальних округів включають організацію мережі медичних закладів для забезпечення наступних цілей:
- реалізації державної політики в галузі медицини;
  - оптимізації взаємодії між учасниками госпітального округу, таких як первинна, високоспеціалізована (третинна) медична допомога, паліативна допомога, медична реабілітація та фармацевтичні послуги;

- поступового формування мережі установ для забезпечення своєчасного та якісного доступу населення до вторинної (спеціалізованої) та екстреної медичної допомоги;
- ефективного освоєння ресурсного забезпечення медичної системи та інвестицій для розвитку надійної мережі медичних закладів;
- забезпечення транспортної доступності;
- модернізації системи надання вторинної (спеціалізованої) та екстреної медичної допомоги [320].

У даному контексті важливо визначити напрямків реструктуризації сектора медицини, що дозволять максимізувати соціальний ефект від реформ для населення (рис. 5.2). Впровадження інноваційних організаційно-управлінських механізмів у діяльність госпітальних округів дозволить оптимізувати діяльність госпітальних округів, забезпечити прозорість та підзвітність управлінських рішень, підвищити рівень медичної допомоги та задовольнити потреби населення у медичних послугах. Значення удосконалення організаційно-управлінського механізму державного управління госпітальним округом полягає не лише в підвищенні ефективності функціонування медичних закладів, але й у сприянні соціального розвитку регіонів, покращенні здоров'я населення та зміцненні довіри до системи медицини. Концептуальний організаційно-управлінський механізм державного управління системою взаємодії медичних установ в межах госпітального округу, що враховує функції відповідних державних інституцій має формуватися таким чином, щоб охоплювати взаємозв'язки мережі госпітальних округів та принципи взаємодії між медичними закладами. Схема концептуального функціонально-організаційного механізму (рис. 5.3) включає комплекс заходів, спрямованих на функціонування медичних закладів у межах госпітального округу.



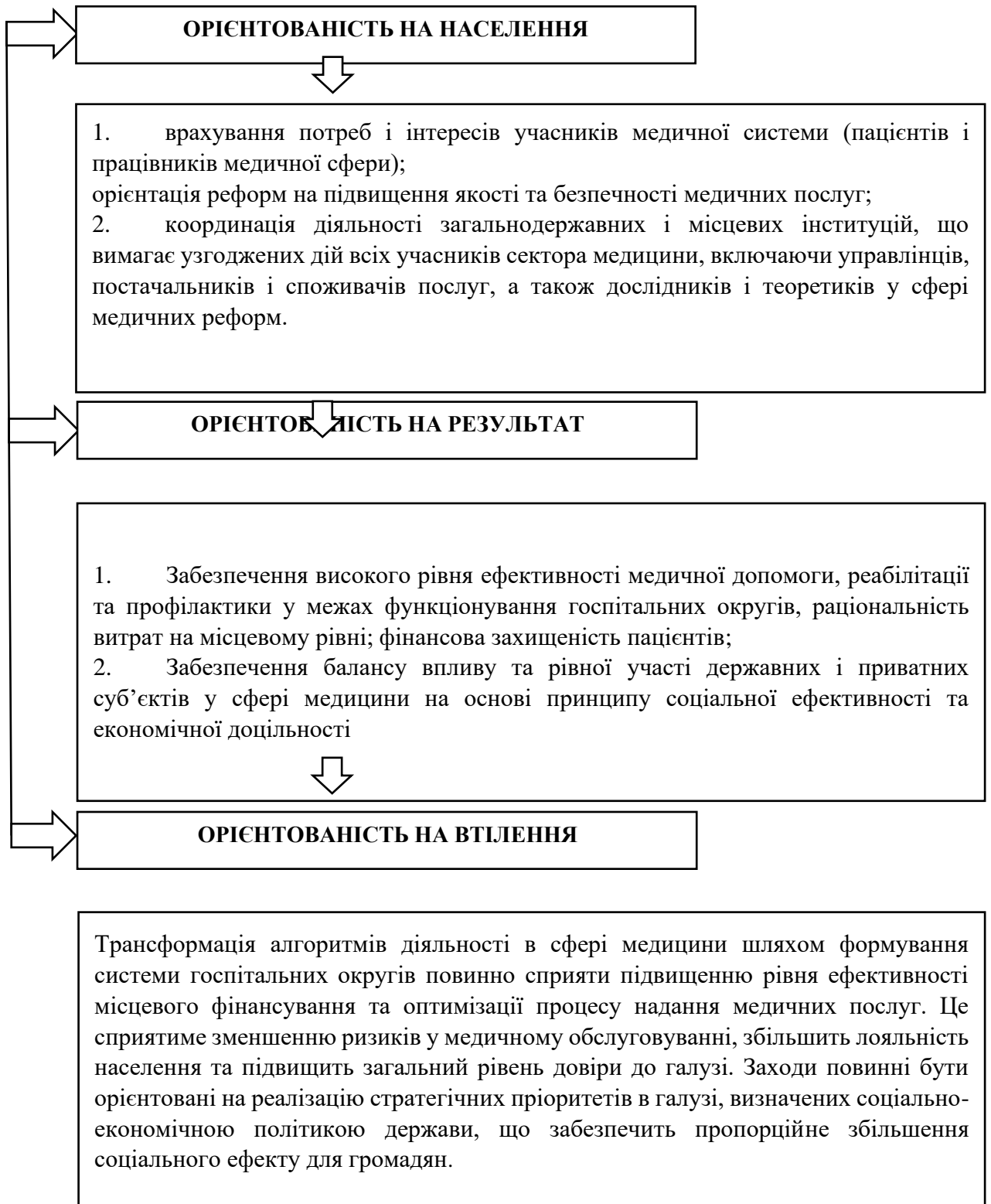


Рис. 5.2. Основні напрямки реструктуризації галузі охорони здоров'я в аспекті підвищення соціального ефекту для населення\*

\*Джерело: складено автором за даними [171]

Цей механізм передбачає створення і підтримку нормативно-правової бази, яка регулює діяльність медичних установ, організацію систематичного підвищення

професійної кваліфікації медичного персоналу. Основна мета цих заходів полягає у забезпеченні доступності та якості медичної допомоги для населення окремої території.

Централізоване управління охороною здоров'я в Україні охоплює різноманітні суб'єкти та механізми, кожен з яких відповідає за конкретні аспекти надання медичних послуг. У даному контексті Верховна Рада України виступає ініціатором та регулятором у сфері законодавчої бази охорони здоров'я. Вона приймає закони та нормативно-правові акти, які регулюють управління медичними закладами, стандарти медичної практики та умови їх функціонування. Натомість Кабмін забезпечує координацію та управління госпітальними округами, що включає організацію мережі медичних закладів у межах округу, забезпечення фінансування та реалізацію програм підтримки медичних закладів у відповідь на потреби місцевого населення. У свою чергу МОЗ України відповідає за розробку та впровадження нормативних актів, які регулюють медичну практику та ліцензування медичних установ, забезпечує реалізацію послуг з охорони здоров'я на державному рівні, включно із контролем за якістю медичної допомоги та доступністю послуг для всіх громадян. За встановлення стандартів акредитації та оцінку якості медичних закладів відповідає Незалежна агенція з оцінки якості, що також координує роботу експертних груп, які здійснюють перевірку та оцінку дотримання медичними закладами встановлених стандартів.

Також місцеві органи самоврядування, такі як відділи охорони здоров'я та об'єднані територіальні громади, активно підтримують медичні заклади регіонів. Вони розробляють та впроваджують місцеві програми з підтримки охорони здоров'я, організовують допомогу в умовах пандемій та кризових ситуацій, а також беруть участь у міжнародних спонсорських проектах. Такий інтегрований підхід до управління охороною здоров'я забезпечує систематизацію та координацію діяльності всіх рівнів управління, що сприяє підвищенню ефективності обслуговування у сфері охорони здоров'я та оптимізації стану здоров'я населення України. Проте деякі аспекти, наприклад, стандартизація, управління ресурсами та обмін інформацією, що потребують удосконалення.



Рис. 5.3. Концептуальний функціонально-організаційний механізм державного управління системою взаємодії медичних закладів в межах госпітального округу\*

\*Джерело: власна розробка автора

Зокрема, для забезпечення розвитку механізмів співпраці та партнерства між різними закладами охорони здоров'я пропонується впровадження механізмів стимулювання, таких як гранти та фінансова підтримка, що спрямовані на співпрацю між медичними закладами, для фінансування спільних досліджень, розвиток освітніх програм або створення об'єднаних центрів досліджень та розвитку.

Для формування партнерських зв'язків між медичними закладами та іншими зацікавленими сторонами, включаючи урядові органи, громадські організації та приватний сектор, важливим удосконаленням є розробка відповідних механізмів обміну досвідом та ресурсами, що спрямовані на поліпшення медичної практики та клінічного управління. Також необхідно створити єдині стандарти діагностики та лікування для певних медичних станів або захворювань, що дозволить забезпечити системність у наданні медичної допомоги та знизити ризик помилок через стандартизацію процесів; а також впровадити спільні програми моніторингу якості медичної допомоги та здійснення аудитів, спрямованих на постійне поліпшення професійної діяльності медичного персоналу і вдосконалення результатів лікування. Крім механізмів співпраці та партнерства, важливо забезпечити комплексний підхід до управління системою взаємодії медичних закладів, підвищуючи ефективність їх роботи, якість медичних послуг та задоволеність пацієнтів.

Основними завданнями в межах управління такою взаємодією є:

1. Впровадження централізованих інформаційних систем є ключовим кроком для забезпечення ефективного обміну даними між медичними установами. Дані системи дозволяють оперативно обробляти та передавати дані про пацієнтів, що підвищує швидкість реагування на медичні потреби, уникнення дублювання діагностики та лікування, а також забезпечує надання інформованого рішення медичним працівникам. Впровадження таких систем сприяє підвищенню ефективності та якості медичних послуг у госпітальному оточенні;

2. Впровадження централізованих інформаційних систем є ключовим кроком для забезпечення ефективного обміну даними між медичними установами, що дозволяють оперативно обробляти та передавати дані про пацієнтів, підвищувати

швидкість реагування на медичні потреби, а також уникати дублювання діагностики та лікування;

3. Розробка та впровадження єдиної системи стандартів послуг з охорони здоров'я має на меті забезпечити безперервність лікування на всіх рівнях медичного обслуговування. Такі стандарти включають у себе узгоджені протоколи діагностики, лікування та реабілітації, які забезпечують однакові умови для пацієнтів незалежно від медичного закладу. Загалом якісна система стандартів дозволить зменшити медичні помилки, підвищити прозорість процесів реалізації медичних послуг та покращити клінічні результати лікування;

4. Впровадження мультидисциплінарних команд головним чином спрямоване на координацію та інтеграцію різних спеціалістів для комплексного лікування пацієнтів з різними медичними потребами. Мультидисциплінарні команди включають лікарів різних спеціальностей, медичних сестер, фізіотерапевтів та інших фахівців, які спільно вирішують клінічні завдання, розробляють індивідуальні плани лікування та забезпечують безперервність догляду, що підвищує координацію між медичними закладами, знижує час на організацію послуг та забезпечує високу якість медичного обслуговування;

5. Раціональний розподіл фінансових, матеріальних та кадрових ресурсів між медичними закладами госпітального округу є стратегічно важливим кроком для забезпечення їх максимально ефективного використання, що включає оптимізацію фінансових потоків, забезпечення необхідних медичних приладів і лікарських засобів, а також розумне розподілення медичного персоналу з урахуванням потреб пацієнтів. Такий підхід дозволяє знижувати витрати, підвищувати ефективність лікування та забезпечувати сталість медичного обслуговування усіх населених пунктів округу;

6. Впровадження механізмів спільного використання обладнання та інфраструктури сприяє зниженню витрат та підвищенню якості послуг у госпітальному окрузі, а саме: створення центрів обміну медичним обладнанням, спільне використання діагностичних установ та лікувальних приміщень між різними закладами охорони здоров'я; що сприяє зниженню витрат на закупівлю обладнання

та його технічне обслуговування, а також забезпечує доступ пацієнтів до сучасних технологій діагностики та лікування;

7. Розміщення медичних закладів в госпітальному окрузі з урахуванням географічних та демографічних особливостей включає аналіз демографічної структури та медичної потреби населення, що дозволяє оптимально розташовувати медичні установи для максимального зручності та доступності пацієнтам і, таким чином, сприяє зменшенню часу на дорогу пацієнтів;

8. Впровадження інноваційних технологій фінансового моніторингу, контролю та планування, у тому числі, впровадження автоматизованих систем обліку, бюджетування та фінансового моніторингу, що забезпечують прозорість та ефективність використання бюджетних коштів;

9. Розробка і реалізація механізмів фінансового стимулювання для медичних закладів а саме: встановлення прозорих критеріїв оцінки результативності закладів, що дозволяють визначити премії чи додаткові фінансові заохочення за досягнення цілей якості лікування, зниження рівня ускладнень та інші показники. Якісна імплементація даних механізмів стимулює конкуренцію та підвищення якості медичних послуг усередині госпітального округу;

10. Створення системи безперервного професійного розвитку медичних працівників є важливим аспектом підвищення кваліфікації та компетентності медичного персоналу в госпітальному окрузі сприяє оновленню знань медичного персоналу, впровадженню новітніх медичних технологій та підвищує якість надання медичних послуг на всіх рівнях. Дана система має включати організацію тренінгів, семінарів, курсів підвищення кваліфікації та науково-практичних конференцій з актуальних медичних тем;

11. Організація системи обміну практиками між медичними закладами госпітального округу сприяє впровадженню передових медичних практик, забезпечує стаке підвищення рівня медичної освіти та зменшення відстаней у використанні ресурсів, спрямованих на надання медичних послуг. Вона включає створення мережі медичних установ для обміну інноваціями, розробку спільних клінічних протоколів та програм, а також організацію науково-практичних конференцій та симпозіумів;

12. Стимулювання активної участі місцевих громад у формуванні та реалізації медичних програм, консультації з пацієнтами щодо їх потреб, залучення медичних працівників до процесу управління та удосконалення сервісів, а також співпраця з іншими організаціями та громадськими ініціативами для забезпечення збалансованого підходу до здоров'я населення є важливим аспектом демократизації управління в галузі медицини;

13. Інтеграція механізмів громадського контролю та зворотного зв'язку спрямоване на врахування потреб та очікувань населення у процесі надання медичної допомоги, що передбачає створення платформ для звернень громадян та збору їхніх відгуків щодо якості та доступності медичної допомоги, організацію громадських обговорень щодо покращення сервісів та взаємодії з медичними закладами;

14. Проведення освітніх та інформаційних кампаній є ключовим аспектом підвищення обізнаності населення щодо профілактики захворювань та можливостей отримання медичної допомоги. Освітні кампанії спрямовані на підвищення свідомості населення щодо важливості здорового способу життя, ранньої діагностики та доступних методів лікування, що сприяє попередженню захворювань та зменшенню інцидентів серед мешканців госпітального округу;

15. Впровадження сучасних інформаційних технологій, наприклад, електронних медичних карт, онлайн платформ для запису на прийоми та консультації, мобільних додатків для моніторингу стану здоров'я та спільного доступу до медичних даних, сприяє зниженню адміністративних витрат, покращенню доступності медичних послуг та забезпечує швидкий обмін необхідною інформацією між усіма учасниками медичного процесу;

16. Створення та впровадження системи моніторингу і оцінки ефективності медичних закладів передбачає визначення та використання ключових показників ефективності (KPI), що включає регулярний збір даних, їх аналіз та формування звітів для управлінського прийняття рішень. Впровадження такої системи дозволяє ідентифікувати проблемні зони, оптимізувати процеси та підвищувати загальну ефективність роботи медичних закладів;

17. Регулярні аудити та оцінка результатів діяльності медичних закладів спрямовані на постійне вдосконалення якості медичних послуг. Такі аудити включають перевірку відповідності медичних закладів встановленим стандартам, аналіз фінансової діяльності, перевірку ефективності використання ресурсів та оцінку задоволеності пацієнтів. На основі результатів аудитів формуються рекомендації щодо покращення роботи медичних закладів, впровадження нових підходів та усунення виявлених недоліків;

18. Стимулювання впровадження новітніх медичних технологій та інноваційних рішень у практику медичних закладів включає інвестиції у нове медичне обладнання, впровадження передових методів діагностики та лікування, розвиток телемедицини та інших цифрових рішень. Такі інновації дозволяють покращити точність діагностики, забезпечити швидший доступ до медичної допомоги та підвищити задоволеність пацієнтів;

19. Підтримка наукових досліджень та розробок у сфері медицини, створення лабораторій та дослідницьких центрів, стимулювання співпраці між медичними закладами та науковими установами. Результати наукових досліджень допомагають впроваджувати новітні методи лікування, розробляти ефективні профілактичні заходи та підвищувати загальний рівень медичної науки.

Удосконалення організаційно-управлінського механізму державного управління госпітальним округом передбачає створення ефективних механізмів керування та контролю. Це включає встановлення чітких процедур і механізмів для керування та контролю за функціонуванням централізованої інформаційної платформи, що об'єднує всі заклади охорони здоров'я в госпітальному окрузі. Призначення відповідальних осіб, регулярний моніторинг виконання стандартів обміну інформацією та своєчасне виявлення потенційних проблем є необхідними складовими цього процесу.

Забезпечення інтеперабельності є ключовим аспектом, що передбачає впровадження технічних рішень та засобів, які гарантують сумісність та інтеграцію існуючих інформаційних систем медичних закладів. Даний підхід дозволяє забезпечити безперервність обміну інформацією між медичними установами, що є



критично важливим для ефективного управління госпітальним округом та якості надання послуг.

Існуючі ініціативи, анонсовані Міністерством охорони здоров'я, зумовлюють необхідність подальшого вдосконалення, оскільки вони не досягають очікуваних результатів. Тому важливо розвивати механізми співпраці та партнерства між різними закладами охорони здоров'я, що включає стимулювання обміну найкращими практиками, розробку та впровадження спільних клінічних протоколів медичної допомоги. Такі заходи сприятимуть створенню більш ефективної та злагодженої медичної системи в межах госпітального округу, що, у свою чергу, підвищить якість медичних послуг.

Також в рамках управління системою взаємодії медичних закладів важливо відзначити актуальність якісного інформаційного забезпечення. Для забезпечення дієвого механізму державного управління ефективною взаємодією ЗОЗ в межах госпітального округу варто створити централізовану інформаційну платформу. Вона передбачає розроблення і впровадження централізованої інформаційної системи, яка об'єднуватиме всі заклади охорони здоров'я в госпітальному окрузі.

Дана платформа має забезпечувати можливість обміну медичною і адміністративною інформацією між закладами та відповідними органами державного управління. Визначити стандарти та процедуру обміну інформацією шляхом розроблення уніфікованих стандартів та процедур обміну медичною інформацією між закладами охорони здоров'я, включаючи формати даних, правила конфіденційності та безпеки.

У даному контексті методи обміну інформацією між медичними закладами та установами в межах госпітальних округів охоплюють широкий спектр ефективних стратегій та інструментів комунікації, які можна умовно розділити за такими напрямками:

- електронні медичні записи та інформаційні системи (впровадження єдиних електронних медичних записів для всіх медичних закладів госпітального округу сприяє швидкому та зручному обміну інформацією між лікарями та іншим медичним персоналом);
- телекомунікації та телемедицина (використання відео-конференційних

систем для проведення віртуальних консультацій між лікарями різних медичних закладів дозволяє швидко обмінюватися думками та рекомендаціями щодо діагностики та лікування пацієнтів);

- інтернет-платформи та портали для обміну інформацією (створення спеціалізованих онлайн-платформ та порталів, де медичні працівники можуть обмінюватися досвідом, клінічними протоколами, результатами досліджень та іншою корисною інформацією);

- медичні конференції та семінари (систематична організація медичних конференцій, семінарів та круглих столів з участю лікарів з різних медичних закладів сприяє обміну досвідом та підвищенню кваліфікації медичного персоналу);

- групи експертів та робочі групи (створення груп експертів з різних спеціалізацій та робочих груп з розробки імплементації нових медичних стандартів та процедур для спільної роботи над конкретними проблемами);

- інформаційні бюлетені та розсилки (регулярне надсилання інформаційних бюлетенів, розсилок електронних листів та новин медичним працівникам госпітального округу для оновлення їх професійних знань та навичок); співпраця на міжвідомчому рівні (встановлення механізмів співпраці між відомствами та установами охорони здоров'я на рівні управління для координації дій та обміну інформацією);

- застосування соціальних мереж (використання соціальних мереж для створення професійних спільнот із метою обговорення актуальних питань, досвіду та найкращих практик);

- міжособистісні контакти та наради (організація регулярних особистих зустрічей, нарад та засідань для прямого обміну інформацією та дискусії над актуальними питаннями медичної практики);

- формування медичних мереж та асоціацій (створення медичних мереж та асоціацій, які об'єднують різні медичні заклади госпітального округу для спільної роботи над питаннями покращення медичної допомоги та управління).

Застосування зазначених стратегій та інструментів комунікації сприятиме удосконаленню організаційно-управлінського механізму державного управління

госпітальними округами, оскільки забезпечує більш ефективний обмін інформацією та тіснішу співпрацю між медичними установами.

Також їхнє застосування дозволяє оптимізувати процеси надання медичної допомоги, підвищити її якість та швидкість, а також забезпечити кращий контроль та координацію дій медичного персоналу. Уніфікація інформаційних потоків і співпраця між закладами сприятиме більш раціональному використанню ресурсів, зменшенню витрат і запобіганню дублюванням. Крім того, залучення місцевих громад до процесу прийняття рішень покращить відповідність медичних послуг потребам населення.

Основні напрями вдосконалення надання медичних послуг у госпітальному окрузі включають впровадження ефективних механізмів координації та співпраці між медичними установами для забезпечення безперервного та якісного надання медичних послуг. Важливою складовою є проведення регулярних навчань, семінарів та тренінгів, що дозволяє підтримувати знання та навички відповідно до сучасних стандартів і вимог медичної практики.

Крім того, критичним завданням є забезпечення сталого фінансового розвитку. Це включає оптимізацію фінансових потоків, раціональне використання ресурсів та залучення додаткових джерел фінансування, що гарантуватиме стабільне функціонування медичних установ. Важливо також підвищити рівень інформаційної підтримки управлінських процесів у госпітальному окрузі для покращення прозорості та ефективності функціонування медичної системи [137].

Натомість використання сучасних інформаційно-комунікаційних технологій для збору, обробки та аналізу даних сприятиме ефективному управлінню та прийняттю обґрунтованих рішень.

У свою чергу моніторинг та оцінка роботи установ охорони здоров'я є критично важливими для підтримки високого рівня якості наданих послуг. Впровадження системи регулярного контролю та аналізу показників ефективності роботи медичних установ дозволяє своєчасно виявляти та усувати недоліки в їхньої діяльності.

Реалізація зазначених напрямів вдосконалення сприятиме покращенню стану медичної системи в форматі госпітального округу. Проте організаційно-управлінський механізм охорони здоров'я у контексті ефективного функціонування

госпітальних округів потребує усунення прогалин у інформаційній сфері та системі взаємодії для покращення надання якісних медичних послуг. У даному контексті слід сформуванати систему громадського контролю діяльності Госпітального округу, що наведено на рисунку 5.4.

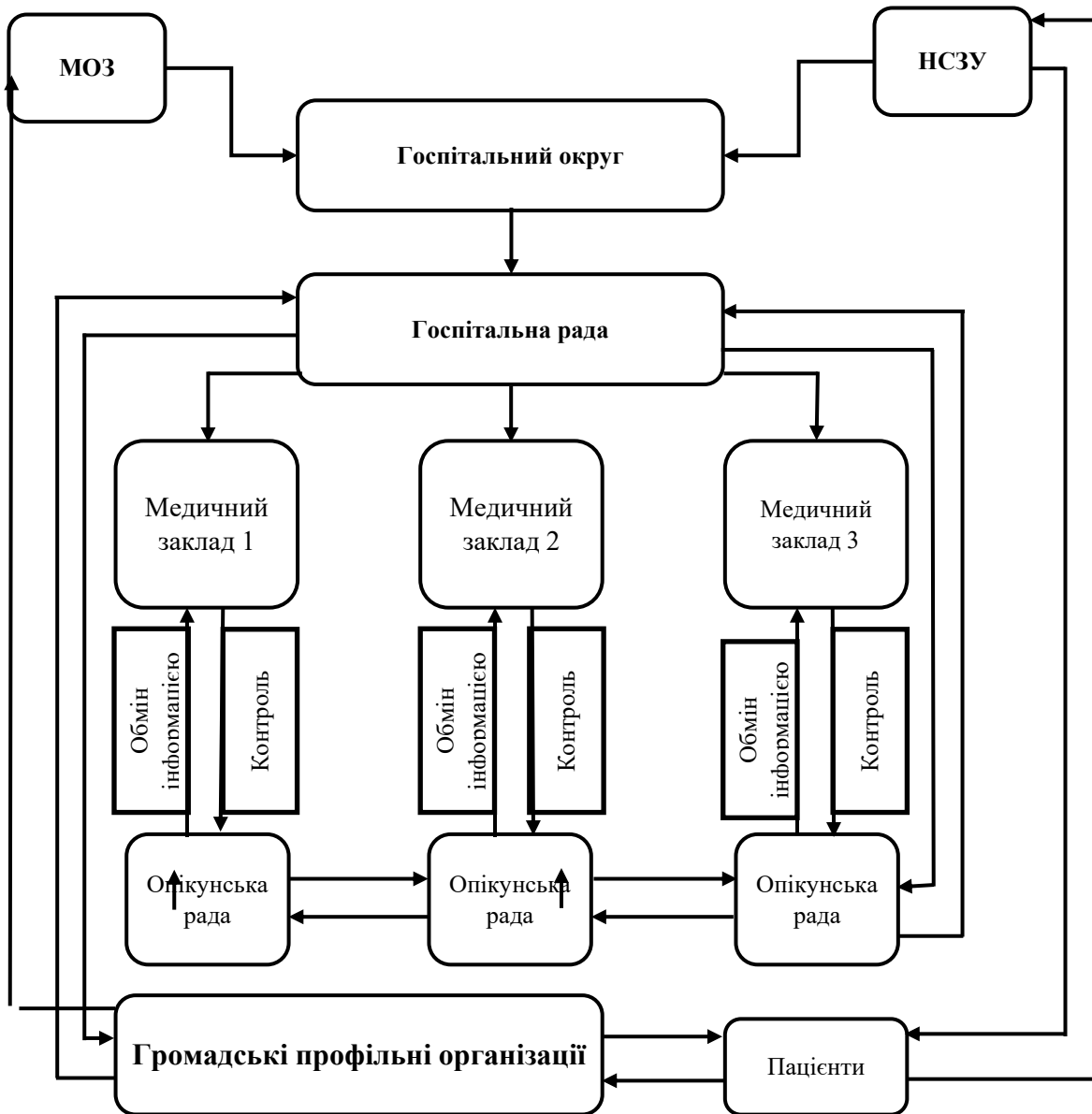


Рис. 5.4. Система громадського контролю діяльності Госпітального округу\*

\*Джерело: власна розробка автора

Система громадського контролю в госпітальному окрузі повинна стати ключовим елементом організаційно-управлінського механізму державного управління госпітальним округом. Вона включає в себе взаємодію різних структур і учасників, спрямовану на забезпечення та підтримку високих стандартів медичного

обслуговування. У цій системі ключові ролі відіграють Міністерство охорони здоров'я (МОЗ), що встановлює стратегічні напрямки розвитку системи, і НСЗУ, яка забезпечує стандартизацію та фінансову підтримку медичних закладів.

Елементом системи громадського контролю пропонуємо зробити Громадські профільні організації (ГО «Українська асоціація громадського здоров'я», ГО «Український офіс здоров'я», ТОВ «Український центр охорони здоров'я (УНС)»). Організації отримують інформацію від пацієнтів, зокрема пропозиції та скарги, залучають експертів для вивчення окремих питань. Пропонуємо:

1. Активно залучати представників ГО та експертне середовище до засідань опікунських рад (до вирішення кожного питання).
2. Активно залучати ГО та експертне середовище до засідань госпітальних рад (до вирішення кожного питання).
3. Активно залучати ГО та експертне середовище до нарад в НСЗУ (до вирішення кожного питання).

У даному контексті опікунські ради та громадські профільні організації виступають представниками громадськості, що захищають інтереси пацієнтів та впливають на прийняття рішень у медичних закладах. Тож, взаємодія учасників даної системи сприяє створенню відкритої та прозорої системи управління, де громадськість активно бере участь у прийнятті рішень, забезпечує контроль за якістю медичних послуг і сприяє взаємодії всіх зацікавлених сторін для досягнення спільних цілей у покращенні медичної допомоги.

Крім того, громадський контроль діяльності госпітального округу передбачає формування налагоджених зв'язків медичних закладів з громадськістю. Якісне впровадження компонентів взаємодії медичних установ із громадськістю має здійснюватися спеціалізованим відділом зв'язків з громадськістю.

Даний відділ має активно сприяти створенню позитивного іміджу закладу через усну рекламу, формувати у суспільстві позитивне сприйняття якості медичних послуг, забезпечувати високу задоволеність пацієнтів та ефективну комунікацію щодо наданих послуг. Крім того, відділ має підтримувати мотивацію та відданість персоналу, сприяючи сталому економічному зростанню в межах доступних ресурсів.

Таким чином, пропонується реалізувати Положення «Про взаємодію госпітального округу з громадськістю», що наведено у Додатку Р. В умовах високої мінливості тенденцій та концепцій рекламних і маркетингових стратегій, а також зростання впливу соціальних медіа з їхнім широким охопленням, створення спеціалізованого відділу зв'язків з громадськістю стає обов'язковим. Також слід врахувати особливості окремого медичного закладу та компоненти взаємодії громадського округу із громадськістю (рис. 5.5), що включають усі аспекти двосторонніх зв'язків між установою та громадою [389].



Рис. 5.5. Компоненти взаємодії громадського округу (лікарні) із громадськістю\*

\*Джерело: сформовано автором за даними [384]

Слід відзначити, що ефективність програм зв'язків з громадськістю не обмежується лише внутрішньою комунікацією, а й поширюється на зовнішнє середовище. Внутрішньо програми орієнтовані на підтримку високого рівня мотивації персоналу, здатного забезпечувати пацієнтів щирими, позитивними та індивідуалізованими послугами. Зовнішньо ж вони спрямовані на формування позитивного іміджу діяльності та політики медичного закладу серед громадськості.

Для досягнення успішної комунікації з громадськістю, як внутрішньої, так і зовнішньої, необхідні спеціалісти зі зв'язків з громадськістю (PR), які мають чітко визначені обов'язки. PR-спеціалісти повинні мати здатність спокійно та впевнено

взаємодіяти з громадськістю, а також бути підготовленими до ефективного реагування на будь-які несприятливі ситуації. Також для налагодження зв'язків з громадськістю в лікарні було запропоновано методи та напрями вдосконалення надання медичних послуг лікарнями та центрами в межах госпітальних округів (рис. 5.6). Налагодження зв'язків з громадськістю є фундаментом функціонування багатьох аспектів нашого суспільства, що має особливе значення в галузі медицини, де пацієнти можуть почуватися беззахисними та стурбованими, а якісна комунікація з боку медичного персоналу сприяє наданню безпечної та ефективної медичної допомоги. Впровадження методів покращення зв'язків з громадськістю та напрямів вдосконалення надання медичних послуг у лікарнях сприятиме створенню сприятливого середовища для пацієнтів і персоналу. Це підвищить рівень задоволеності та довіри пацієнтів, покращить якість, зміцнить імідж закладів охорони здоров'я. Комплексний підхід, що поєднує увагу до міжособистісної взаємодії та системних ЗМІ. Крім того, варто відзначити інші аспекти, що позитивно впливають на розподіл інформації між учасниками даної взаємодії, наступні реформаційні заходи повинні бути орієнтовані на:

- по-перше, підвищенні ефективності роботи персоналу ;
- по-друге, важливо впорядкувати інформаційні потоки для впровадження сучасних теоретико-методологічних підходів та практичних рішень для покращення взаємодії.

- по-третє, слід забезпечити рівний доступ до послуг.

- по-четверте, необхідно керуватись принципами соціальної справедливості.

Ефективне управління фінансовими потоками забезпечить стабільну якість медичних послуг.

- по-п'яте, координація дій учасників є критично важливою для стабілізації функціонування госпітальних округів. Це, дозволить ефективно реагувати на виклики та потреби сучасної медичної практики, сприяючи сталому розвитку медичних установ.



Рис. 5.6. Напрями покращення зв'язків з громадськістю в госпітальних округах\*

\*Джерело: власна розробка автора

Однією з ключових причин низької якості медицини в Україні є відсутність системи прозорого управління медичними закладами. У бюджетних установах управління відбувається за традиційною схемою, де головний лікар одночасно вирішує адміністративні питання і продовжує медичну практику.



Така система ускладнює покращення обслуговування, оптимізацію фінансування та підвищення якості медичних послуг. Відсутність зовнішньої конкуренції додатково ускладнює ефективність системи. Зміна такої системи не можлива без чіткого алгоритму цілеспрямованих дій.

Слід зауважити, що чіткості можливо досягти за умови встановлення прозорості правової та економічної бази для розвитку платних медичних послуг.

Держава має забезпечити мінімальний рівень безкоштовних медичних послуг для населення, а додаткова медична допомога має надаватись за винагороду. Пацієнти, медичні заклади та держава повинні усвідомити, що розвиток платної медицини не лише допоможе згладжувати фінансові труднощі в охороні здоров'я, але й гарантуватиме необхідні передумови для розвитку цього сектору, покращуючи доступ до високоякісних медичних послуг.

У контексті забезпечення фінансової стійкості медичних установ і госпітальних округ важливо акцентувати увагу на удосконаленні інформаційно-комунікаційного механізму державного управління. Вдосконалення даного механізму дозволить оптимізувати процеси управління, забезпечити точність та своєчасність інформаційного обміну між різними рівнями управління та медичними закладами, що є критичним для успішного функціонування медичної системи в умовах сучасного соціально-економічного середовища.

Перша дієва концепція архітектури інформаційної екосистеми «HMIS» була впроваджена у діяльність інституцій Полтавської.

На основі даної розробки було сформовано нову концепцію, що враховує поточні потреби госпітальних округів в удосконаленні ментального здоров'я громади, залученні громадськості та забезпечення інклюзивності медичних послуг (рис. 5.7).

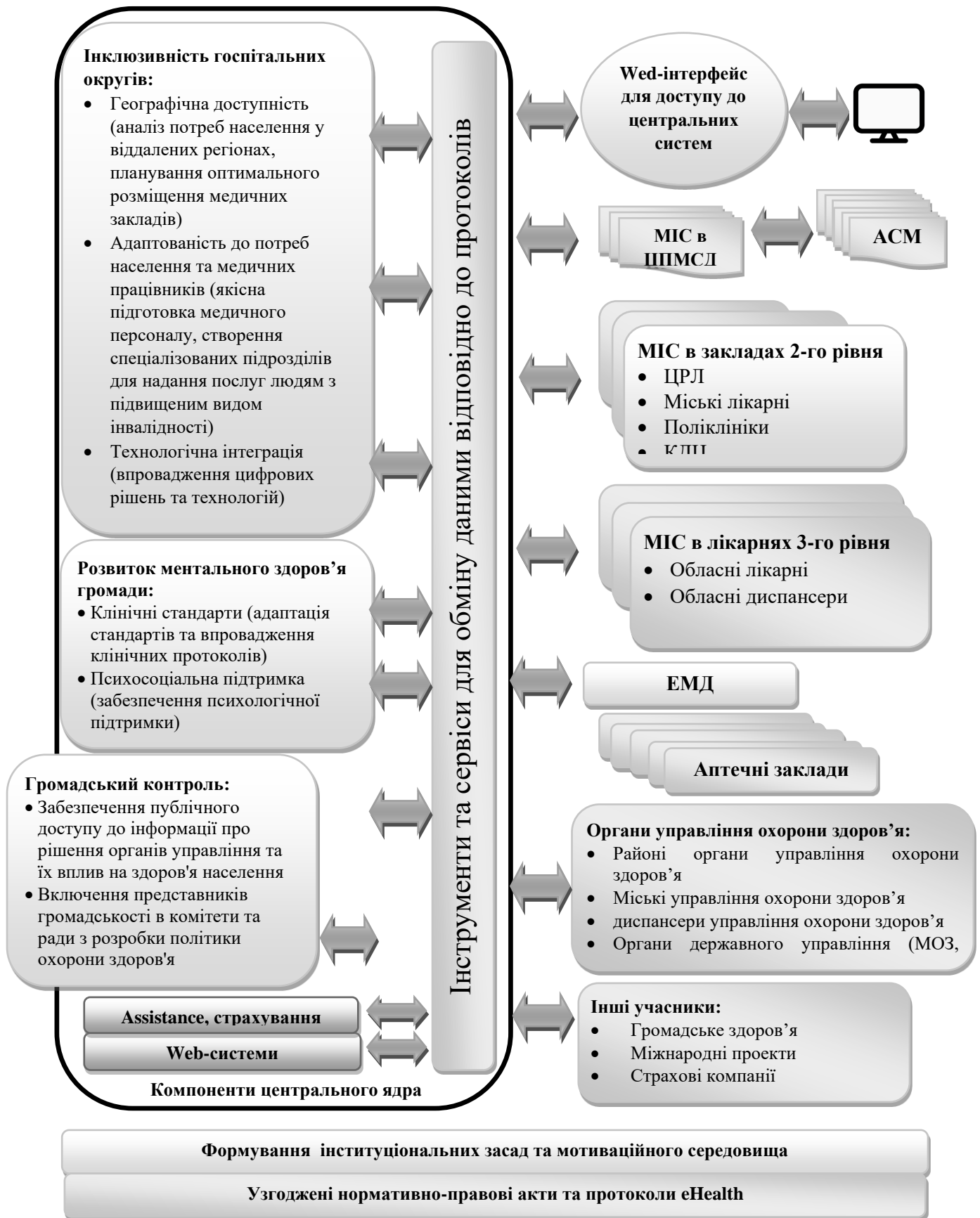


Рис. 5.7. Концепція архітектури інформаційної екосистеми у аналізі витрат госпітального округу\*

\*Джерело: побудовано автором за даними [9; 277]

Отже, для удосконалення інформаційно-комунікаційного механізму державного управління госпітальними округами необхідно забезпечити правильну реалізацію та подальшу ефективність функціонування електронних медичних записів (EMR), інтегрованих інформаційних систем, телемедицини, впровадити аналітичні платформи і системи збору даних, забезпечити прозорість та підзвітність через використання інформаційних систем, створити єдину електронну платформу для комунікації, розробити та реалізувати eHealth-ініціативи, забезпечити кібербезпеку та онлайн-навчання для медичного персоналу (табл. 5.2).

Таблиця 5.2

**Напрямки удосконалення інформаційно-комунікаційного механізму державного управління госпітальними округами України\***

Напрямок	Характеристика	Засоби
Електронні медичні записи (EMR)	Швидкий та безпечний обмін медичною інформацією між медичними закладами для зменшення помилок та поліпшення координації лікування.	Впровадження спеціалізованих систем EMR, які інтегрують дані з різних медичних установ та забезпечують захист конфіденційності даних.
Інтегровані інформаційні системи	Автоматизація адміністративних процесів, таких як облік медичних послуг, управління персоналом і фінансовий облік, для зниження витрат та підвищення ефективності управління.	Впровадження інтегрованих ERP-систем, які забезпечують комплексний управлінський облік і взаємодію з іншими IT-рішеннями, включаючи системи управління медичними закупівлями.
Телемедицина	Забезпечення доступу до допомоги у всіх регіонах та підвищення якості медичних послуг.	Розробка платформ для відеоконсультацій і телемедичних послуг, що забезпечують безпечний обмін медичною інформацією і дотримання вимог конфіденційності.
Аналітичні платформи та системи збору даних	Моніторинг ключових показників здоров'я населення, оцінка ефективності медичних програм і швидка реакція на епідеміологічні загрози.	Використання сучасних BI-систем (Business intelligence systems) для збору, обробки і аналізу даних з медичних закладів, що дозволяє вчасно реагувати на здоров'я населення і покращувати медичні програми.
Інформаційні системи для прозорості і підзвітності	Забезпечення доступу громадськості до інформації про надані медичні послуги та використання бюджетних коштів.	Розробка онлайн-платформ для публічного доступу до даних про надані медичні послуги і витрати, що забезпечує прозорість і

		підзвітність в державному управлінні.
Єдина електронна платформа для комунікації	Полегшення управління потоками пацієнтів і зменшення навантаження на медичні заклади через уніфіковану систему комунікації.	Впровадження CRM-систем та електронних платформ для обміну інформацією між медичними закладами різних рівнів.
eHealth-ініціативи	Залучення пацієнтів до управління власним здоров'ям та покращення доступності медичних послуг.	Розробка мобільних додатків для моніторингу здоров'я, електронних рецептів і онлайн-консультацій, що підтримують інтерактивну взаємодію з пацієнтами.
Кібербезпека	Захист медичних даних і забезпечення конфіденційності інформації про пацієнтів.	Впровадження сучасних систем кібербезпеки для захисту електронних медичних записів та особистих даних пацієнтів.
Онлайн-навчання для медичного персоналу	Постійне оновлення знань та навичок медичного персоналу через доступ до онлайн-платформ для навчання.	Впровадження платформ e-learning для медичних працівників, що дозволяють здійснювати дистанційне навчання і професійний розвиток.

*\*Джерело: власна розробка автора*

Рекомендацій щодо впровадження цифрових рішень з точки зору державного управління, які полягають в наступному:

1. Створення законодавчої основи та удосконалення існуючих нормативно-правових актів (рекомендується розробити та прийняти відповідні законодавчі акти, які визначатимуть правові аспекти впровадження цифрових медичних карток та телемедицини, включаючи захист персональних даних та права пацієнтів);

2. Створення інформаційної інфраструктури (необхідно розробити централізовану інформаційну систему для зберігання та обміну медичною інформацією між медичними закладами, яка буде підтримувати цифрові медичні картки та телемедицину);

3. Стандартизація та інтероперабельність (важливо встановити стандарти для формату та обміну медичної інформації, що дозволить різним медичним закладам взаємодіяти між собою та обмінюватися даними без перешкод);

4. Навчання та підготовка персоналу (необхідно провести навчання медичного та адміністративного персоналу з використання електронних медичних

карток та інших цифрових рішень, що включатиме як технічні аспекти, так і аспекти безпеки даних);

5. Залучення зацікавлених сторін (важливо залучити медичні заклади, громадські організації, інформаційні технологічні компанії та інших зацікавлених сторін до процесу розробки та впровадження електронних медичних карток та телемедицини);

6. Моніторинг та оцінка ефективності (необхідно встановити систему моніторингу та оцінки ефективності впроваджених цифрових рішень, яка буде включати аналіз впливу на якість медичної допомоги, ефективність управління та задоволеність пацієнтів);

7. Заохочення та підтримка інновацій (впровадження інновацій у сфері медичних технологій, включаючи стимулюючі програми та фінансову підтримку для медичних закладів);

8. Забезпечення доступності та рівності (при впровадженні електронних медичних карток та телемедицини, забезпечуючи доступність цифрових рішень для всіх шарів суспільства);

9. Забезпечення стабільності та безпеки системи (необхідно забезпечити стабільність та безпеку інформаційних систем, використовуючи сучасні технології захисту даних та здійснюючи постійний моніторинг потенційних загроз);

10. Стимулювання використання (державні програми та ініціативи для медичних закладів, які активно використовують електронні медичні картки та телемедицину, можуть сприяти швидшому впровадженню цифрових рішень у медичній системі).

Розробка і впровадження централізованої інформаційної системи, що об'єднує всі заклади охорони здоров'я в госпітальному окрузі, є стратегічним кроком удосконалення державного управління в сфері охорони здоров'я. Ця платформа призначена для забезпечення ефективного обміну медичною та адміністративною інформацією між закладами та компетентними органами.

Важливим етапом є визначення стандартів та процедур обміну інформацією, включаючи формати даних, правила конфіденційності та заходи безпеки.

Для забезпечення ефективності та надійності функціонування платформи необхідно встановити механізми керування та контролю, що включають призначення відповідальних осіб, моніторинг дотримання стандартів обміну інформацією та реагування на можливі проблеми.

Окрім цього, важливим аспектом є забезпечення інтероперабельності між різними інформаційними системами медичних закладів, що забезпечить безперервність обміну інформацією та зменшить ризик виникнення технічних перешкод.

Розвиток механізмів співпраці та партнерства, включаючи стимулювання співпраці між різними закладами охорони здоров'я, сприятиме обміну найкращими практиками, розробці спільних клінічних протоколів та програм, що спрямовані на підвищення якості медичної допомоги і задоволення потреб пацієнтів.

Залучення стейкхолдерів та громадськості є важливим елементом у розробленні та впровадженні механізмів координації та обміну інформацією в сфері охорони здоров'я.

Врахування думок і потреб різних зацікавлених сторін, включаючи пацієнтів, медичних працівників, громадські організації та інші зацікавлені групи, сприяє створенню більш ефективних і адаптованих до потреб систем управління та обслуговування здоров'я.

Даний процес сприяє покращенню якості медичних послуг, забезпеченню більшої відкритості і прозорості у вирішенні клінічних та організаційних завдань, а також сприяє впровадженню інновацій та покращенню загального здоров'я населення.

Крім того, необхідним етапом у впровадженні механізму координації функціонування та розвитку медичних установ є створення системи звітності та оцінки результатів. Даний процес включає розробку та визначення ключових показників ефективності і якості надання послуг з охорони здоров'я, що дозволяє здійснювати об'єктивну оцінку його функціонування та досягнення мети покращення медичного обслуговування.

Натомість фінансова підтримка та належне ресурсне забезпечення є критичними для успішного впровадження і дієвого функціонування механізму координації дій і обміну інформацією між медичними установами.

Гарантування наявності достатніх фінансових ресурсів та необхідних матеріально-технічних засобів дозволяє зміцнити інфраструктуру, забезпечити сталість функціонування системи.

Визначені концептуальні засади утворюють стратегічний фундамент для створення ефективного та систематизованого механізму координації дій та обміну інформацією між медичними закладами із позиції державного управління. Їх імплементація передбачає не лише підвищення ефективності управлінських процесів і оптимізацію використання ресурсів, але й забезпечення високої якості медичних послуг для населення; та ініціює необхідність ретельного аналізу та оцінки результативності, встановлення стандартів інформаційного обміну та розвитку механізмів фінансової підтримки для стійкого функціонування системи.

Впровадження запропонованих методів та напрямів реформування позитивно вплине на ефективність роботи медичних закладів. Даний підхід сприятиме покращенню комунікації та взаємодії між учасниками медичного процесу, забезпеченню рівності у питаннях доступності медичних послуг для населення, а також стабільному фінансовому розвитку медичних установ.

Визначені заходи допоможуть підвищити професіоналізм медичного персоналу, оптимізувати управління ресурсами та забезпечити раціональне використання інформаційних потоків. У результаті, це приведе до зниження соціальної диференціації, підвищення рівня життя населення та загального покращення стану медичної системи. В цих умовах, соціальний ефект буде результатом адекватного реагування регуляторів на потреби населення і раціонального використання ресурсів галузі.

### **5.3. Вдосконалення фінансово-економічної та інформаційно-комунікаційної складової механізму державного управління через ефективну систему взаємодії закладів охорони здоров'я**

Сучасні виклики і глобалізаційні процеси впливають на необхідність застосування інтегрованого підходу до управління госпітальними округами. Одним із основних аспектів цього процесу є впровадження ефективного фінансово-економічного та інформаційно-комунікаційного механізму державного управління. У даному контексті фінансово-економічний механізм охоплює управління фінансовими ресурсами, планування та контроль витрат, оптимізацію бюджетних потоків, а також забезпечення стійкого фінансового розвитку медичних установ. Важливу роль відіграє впровадження сучасних методів фінансового менеджменту, які дозволяють ефективно використовувати наявні ресурси та залучати додаткові джерела фінансування.

Необхідність розробки та впровадження удосконалень обумовлена головним чином потребою у заміні радянської системи на більш функціональні моделі фінансування, а також великою кількістю зруйнованих та занедбаних медичних закладів. Тому у 2016 році Уряд України визначив одним із пріоритетних завдань трансформацію системи охорони здоров'я, спрямовану на покращення показників здоров'я населення та захист громадян від значних фінансових витрат на медичні послуги. Основні напрями реформування охоплюють підвищення ефективності, оновлення застарілої радянської системи та поліпшення доступу до якісної медичної допомоги.

Загальна стратегія реформування акцентується на зміні фінансового забезпечення системи охорони здоров'я з метою прискорення змін у наданні медичних послуг. Економічно-політичні виклики, фінансова криза та хронічне недофінансування медичної галузі спричинили значне погіршення показників здоров'я населення. Запровадження реформ спрямоване на подолання цих негативних тенденцій.



Згідно зі світовим досвідом, що узагальнений у документах ВООЗ, стає очевидним, що за умов обмеженості фінансових і кадрових ресурсів пріоритетним напрямком для розвитку національної медичної системи має стати зміцнення вторинної медичної допомоги. У процесі необхідно сконцентрувати увагу на потребах громадян, запобіганні поширенню інфекційних захворювань, попередженні хронічних хвороб, зниженні рівня смертності та збільшенні середньої тривалості життя. Також необхідно впроваджувати профілактичні та лікувальні заходи щодо соціально небезпечних захворювань, що стане важливою складовою підвищення ефективності медичного обслуговування і покращення загального стану здоров'я населення.

Забезпечення первинної медико-санітарної, амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги (багатопрофільні лікарні та поліклініки) здійснюються коштами Державного бюджету України (стаття 87, частина перша, пункт 8) [33].

Згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28.10.2002 р. № 385, медичні заклади класифікуються на різні типи в залежності від їхнього призначення і спеціалізації. Багатопрофільні лікарні надають допомогу з різних лікарських спеціальностей, включаючи госпіталі для ветеранів війни, дитячі лікарні на водному транспорті, регіональні та міські дитячі лікарні, лікарні для професійних захворювань, пологові будинки різного рівня, спеціалізовані медичні центри та інші установи, спрямовані на забезпечення високоякісної медичної допомоги населенню.

У лікувальній системі існує унікальний механізм організації фінансів, який відрізняється від інших галузей за рахунок комбінації соціальної справедливості та економічної ефективності. Соціальний вплив охорони здоров'я проявляється у покращенні загального стану здоров'я населення, зниженні захворюваності та передчасної смертності, а також у збільшенні задоволеності населення медичним обслуговуванням.

Економічна ефективність характеризується раціональним використанням фінансових, трудових та матеріальних ресурсів суспільства для досягнення визначених цілей [369, с. 177; 320, с. 14]. Фінансове забезпечення системи відбувається у більшості за рахунок коштів державного та місцевого бюджетів, а

додаткові ресурси залучаються з інших джерел з метою забезпечення оптимального фінансового забезпечення системи (рис. 5.8.).

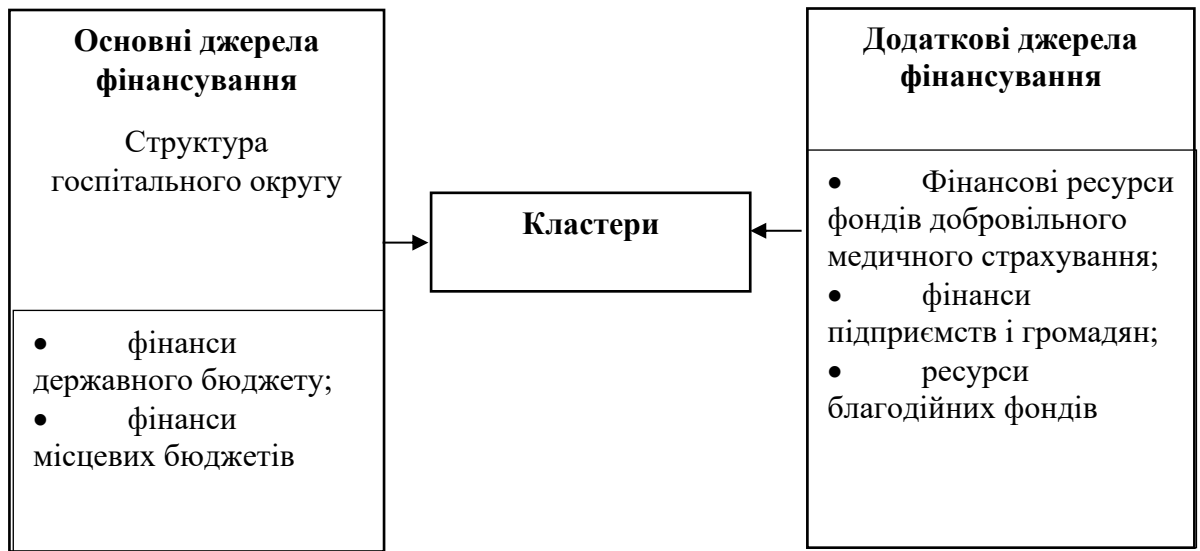


Рис. 5.8. Фінансові джерела забезпечення кластерів\*

\*Джерело: власна розробка автора

У процесі фінансування державного бюджету наочно відображається його основна мета — спрямування ресурсів на виконання ключових функцій, необхідних для забезпечення ефективної державної діяльності. Аналіз корисності цих функцій для населення передбачає оцінку їх впливу на покращення якості життя та соціальний розвиток громадян. Стратегічні напрями розвитку визначаються через фінансові алокації, спрямовані на підтримку сталого економічного зростання, соціальної стабільності та підвищення конкурентоспроможності країни, що враховується у контексті відповідних тенденцій і динаміки соціального і економічного розвитку [308, с. 193].

Умови фінансового забезпечення кластерів в Україні є системою, що потребує забезпечення узгодженості та розробки відповідних удосконалень. Найбільш пріоритетною проблемою в медичній системі зараз є недостатність фінансових ресурсів і неефективне використання вже наявних коштів. У сучасних умовах медичні установи вимагають додаткових інвестицій і раціонального управління фінансовими

потоками. Проблема фінансування мультипрофільних закладів не може бути вирішена виключно за рахунок засобів обов'язкового медичного страхування, тому для забезпечення достатнього рівня фінансування необхідно поєднувати різні джерела фінансування, розвивати систему добровільного медичного страхування і використовувати кошти, що отримуються від підприємницької діяльності.

У даному контексті ключовим напрямком є впровадження страхової медицини, зрозумілої як населенню, так і медичним працівникам. Крім того, розв'язання цих проблем в значній мірі залежить від необхідності модифікації механізмів фінансування. Умови обмеженості державних фінансових ресурсів вимагають стимулювання розвитку платних медичних послуг понад рівень безкоштовної медичної допомоги, наданої населенню, що можливо лише за рахунок встановлення регулятивних механізмів для функціонування ринку тих медичних послуг, які не є предметом державного обслуговування. Для цього необхідно зняти необґрунтовані обмеження на підприємницьку діяльність медичних установ і сприяти розвитку приватного сектору в галузі, забезпечивши водночас ефективний контроль і регулювання цієї діяльності.

Фінансове забезпечення медичної системи визначається станом публічних (включаючи державні та місцеві) фінансів, фінансовою стійкістю комерційних суб'єктів, а також фінансовими ресурсами домогосподарств. Основними аспектами є взаємодія між державними та місцевими фінансами, а також взаємодія ринків, держави та міжнародних організацій. Крім того, важливою є співпраця і конкуренція між державними та приватними секторами, а також врахування міжнародних та національних аспектів глобалізаційних процесів.

Шляхом розумного розподілу грошових потоків від держави, суб'єктів господарювання та населення формуються фінансові ресурси для досягнення стратегічних цілей у цій критичній галузі. У даному контексті забезпечення фінансування державних медичних закладів основною мірою залежить від коштів, що надходять з державного та місцевого бюджетів. Недостатність централізованих ресурсів функціонує як важливий фактор, що обмежує розвиток сектору охорони здоров'я. У той же час, децентралізовані джерела фінансування демонструють

недостатній рівень розвитку і не виконують значущої ролі у фінансовому забезпеченні вітчизняних багатопрофільних медичних установ.

Ресурсне забезпечення із державного та місцевого бюджетів формує кластери, що забезпечують доступ населення до державних медичних послуг, сприяють проведенню реформ у секторі медицини та гарантують адекватну оплату праці у даній сфері.

У 2019 році Україна займала 101 місце за тривалістю життя і 75 місце за фінансуванням медицини серед 184 країн, що вказує на актуальність необхідності реформи [99]. Концепція останньої визначає стратегічні напрями фіскальної політики для забезпечення оптимального використання обмежених бюджетних ресурсів та ефективного управління медичною сферою [207].

Для підвищення ефективності фінансування та оптимізації розподілу державних фінансових ресурсів для підвищення ефективності та якості медичних послуг госпітальних округів необхідним є враховувати ефективність управління в госпітальних округах (рис. 5.9.).

Аналіз поточного фінансового стану госпітальних округів і осмислення сучасних реформ і пропозицій щодо вдосконалення системи та методів їх фінансування дозволяють розробити рекомендації щодо оптимізації розподілу державних фінансових ресурсів з метою підвищення ефективності та якості медичних послуг.

I. Встановлення прозорих критеріїв фінансування. Для оптимізації розподілу державних фінансових ресурсів між госпітальними округами і підвищення ефективності медичних послуг необхідно розробити прозорі та об'єктивні критерії фінансування. Дані критерії повинні враховувати різноманітні аспекти, що впливають на потреби населення та доступність медичних послуг.

Основні критерії фінансування для розподілу державних фінансових ресурсів між госпітальними округами включають:

- фінансову здатність округу, яка включає доходи на душу населення, обсяги податкових надходжень та інші фінансові показники, що відображають економічний потенціал.



Рис. 5.9. Підвищення ефективності фінансування та оптимізації розподілу державних фінансових ресурсів для підвищення ефективності та якості медичних послуг госпітальних округів\*

\*Джерело: власна розробка автора

– обсяг витрат на медичні послуги в межах різних округів (витрати на оплату персоналу, закупівлю медичного обладнання та лікарських засобів, подальший розвиток медичних закладів).

– оцінку необхідності фінансування інфраструктурних проєктів в галузі охорони здоров'я, таких як будівництво та модернізація медичних установ та дорожній ремонт.

- визначення ефективності витрат шляхом аналізу показників ефективності, таких як відношення витрат до результатів, управлінська ефективність та оптимізація процесів.

- рівень фінансової стійкості, враховуючи їхню здатність до самостійного фінансування та необхідність додаткової підтримки з боку держави.

Запропоновані критерії фінансування враховують ключові аспекти та необхідність оцінювання поточних потреб і можливостей медичних закладів в межах госпітальних округів. Використання цих критеріїв сприятиме справедливому розподілу коштів, підвищенню якості медичного обслуговування на рівні госпітальних округів. Крім того, вони дозволять державі ефективно реагувати на зміни у соціально-економічному середовищі та здійснювати контроль за витратами, спрямованими на здоров'я населення, що є важливим аспектом забезпечення сталого розвитку системи охорони здоров'я.

## II. Формування ініціатив до ефективності;

Для формування ініціатив до ефективності медичних установ через впровадження системи ключових показників ефективності (КПІ) та бенчмаркінгових показників є важливим кроком у стимулюванні до вдосконалення та оптимізації їхніх процесів. До таких показників необхідно включити відсоток успішних медичних операцій, пацієнтів без ускладнень після виписки, задоволеності пацієнтів, а також витрати на одного пацієнта, та відсоток використання медичного обладнання та ліжок.

Аналіз даних показників стимулюють медичні заклади до вдосконалення своїх процесів, сприяють оптимізації витрат та забезпечують високий стандарт надання медичних послуг, а саме: дозволяють визначати та вимірювати ключові показників ефективності; оцінювати результативність медичних установ у наданні медичних послуг; встановлювати цілі та стандарти за допомогою бенчмаркінгових показників, що стимулює медичні установи до досягнення високих стандартів якості та ефективності; виявляти та усувати неупорядкованість у процесах; забезпечувати прозорість в діяльності медичних установ перед громадськістю та регуляторами. Отже, впровадження об'єктивних механізмів оцінки дозволяє не лише

визначати рівень досягнутого успіху, а й ідентифікувати області для подальшого удосконалення, що є важливим для забезпечення ефективного функціонування медичної системи та задоволення потреб суспільства в якісній медичній допомозі.

### III. Підтримка інновацій та технологічного розвитку;

Фінансова підтримка інновацій та технологічного розвитку в медичній галузі сприяє значному покращенню якості медичних послуг. У даному контексті інноваційні медичні технології дозволяють покращувати процеси діагностики та лікування захворювань, що покращує прогнози та результати лікування. Натомість інноваційні методи зменшують ризики під час процедур, підвищуючи безпеку пацієнтів і знижуючи витрати на подальше лікування у випадку ускладнень. Використання сучасних технологій сприяє оптимізації лікувальних процесів, скорочуючи час проведення процедур та період госпіталізації, що підвищує доступність медичних послуг.

Крім того, фінансова підтримка інновацій зміцнює науково-технічний потенціал країни. Передові технології також підвищують конкурентоспроможність медичних установ, роблячи їх привабливішими для пацієнтів і фахівців. Загалом, впровадження інноваційних медичних технологій покращує якість медичної допомоги, ефективність використання ресурсів та рівень задоволеності пацієнтів, що є стратегічно важливим для забезпечення сталого здоров'я населення в межах госпітальних округів.

### IV. Моніторинг та оцінка результатів фінансування;

Процес моніторингу та оцінки результатів фінансування медичних послуг включає кілька етапів, що забезпечують ефективність та відповідність витрат державних фінансових ресурсів вимогам якості. Після отримання результатів розрахунку ключових показників ефективності (KPI), здійснюється регулярний збір даних з госпітальних округів, включаючи медичні заклади та пацієнтів, з використанням інформаційних систем та електронних медичних карток. Зібрані дані аналізуються для виявлення трендів та відхилень, а результати порівнюються з попередніми періодами та встановленими в ході бенчмаркінгу.

На основі аналізу готуються регулярні звіти, що містять інформацію про досягнення, проблеми та рекомендації. Таким чином, забезпечується прозорість процесу через публічне оприлюднення звітів, що підвищує підзвітність медичних установ. Крім того, збір зворотного зв'язку від медичних працівників і пацієнтів дозволяє коригувати фінансові стратегії та методи, сприяючи покращенню якості медичних послуг.

#### V. Розвиток громадської участі та транспарентності

Розвиток громадської участі та транспарентності є ключовими для підвищення легітимності та ефективності розподілу державних фінансових ресурсів. В даному контексті участь представників громадськості в комісіях та робочих групах, що займаються розподілом фінансових ресурсів, сприятиме прозорості процесу та врахуванню інтересів різних груп населення; а проведення регулярних опитувань та збору зворотного зв'язку від громадян щодо якості та доступності медичних послуг в межах різних госпітальних округів дозволить коригувати фінансові стратегії та методи.

Забезпечення прозорості передбачає регулярне оприлюднення звітів про розподіл фінансових ресурсів, досягнення цілей та результати фінансування, а також створення доступних інформаційних платформ, де громадяни можуть ознайомитися з планами фінансування, звітами та іншими документами. Прозорі процедури прийняття рішень з чіткими критеріями та методами розподілу фінансових ресурсів допоможуть уникнути корупційних ризиків та забезпечити справедливий розподіл фінансування.

Таким чином, розвиток громадської участі та транспарентності підвищує легітимність рішень, оскільки громадськість відчуває себе частиною процесу та має можливість впливати на нього, що підвищує довіру до державних інституцій і сприяє більш ефективному використанню ресурсного забезпечення. Також, це дає змогу населенню контролювати процеси розподілу фінансів, знижуючи ризики нецільового використання коштів та підвищуючи ефективність їх використання.



## VI. Стимулювання профілактичних заходів;

Збільшення фінансування на профілактичні заходи, такі як вакцинація, скринінги, та пропаганда здорового способу життя, сприяє ранньому виявленню хвороб, що дозволяє знизити витрати на лікування. Також, важливим є підвищення обізнаності населення про важливість профілактики та залучення громадян до активної участі у підтримці свого здоров'я, що сприяє зниженню захворюваності та підвищенню тривалості активного життя. У свою чергу рівень обізнаності та фінансування зменшує навантаження на медичні заклади та покращує економічні і соціальні показники країни.

## VII. Розвиток мережевих та кооперативних моделей.

Розвиток мережевих та кооперативних моделей між медичними закладами вважається перспективним напрямком для оптимізації ресурсів та покращення доступності медичних послуг для населення. Створення таких моделей сприяє зближенню закладів, об'єднанню їхніх зусиль у використанні медичних ресурсів і покращенні якості надання послуг через спільне впровадження сучасних медичних технологій та стандартів. Введення системи спільної плати стимулюватиме ефективне використання медичних ресурсів та відповідального споживання послуг пацієнтами. Отже, дана система сприяє економічній стимуляції для медичних закладів, зокрема через підвищення їхньої фінансової стійкості та здатності до інновацій, а також сприяє покращенню якості медичної допомоги шляхом зниження часу очікування та підвищення задоволеності пацієнтів.

Удосконалення фінансування повинно ґрунтуватися на стратегічному плануванні, що передбачає довгострокові цілі, орієнтовані на досягнення економічної ефективності та соціальної справедливості (рис. 5.10).

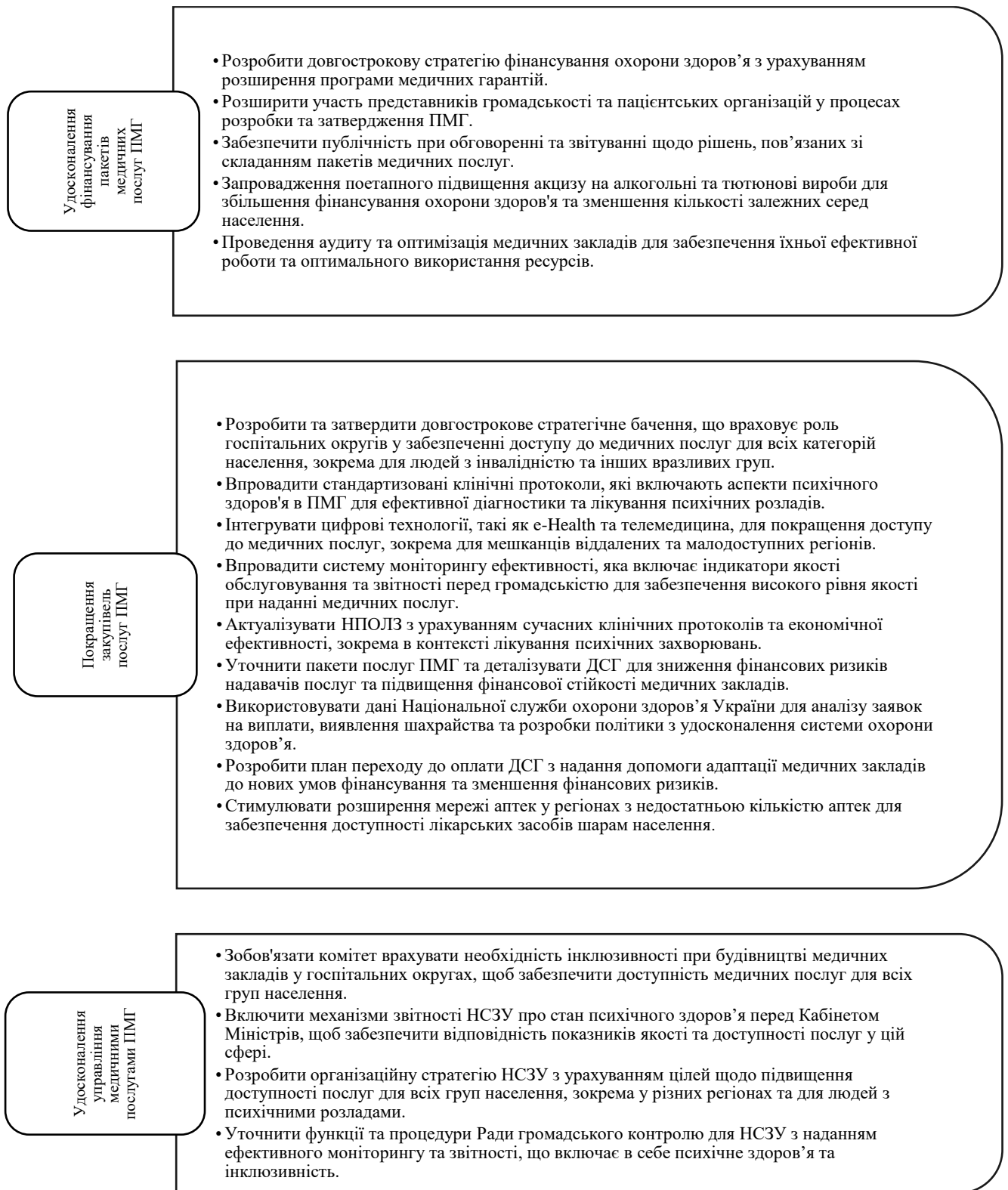


Рис. 5.10. Стратегічні пріоритети та орієнтири матеріально-технічного забезпечення системи охорони здоров'я в Україні\*

\*Джерело: власна розробка автора

Удосконалення фінансування полягає в розробці довгострокової стратегії фінансування, яка забезпечує стабільність та прозорість фінансування охорони здоров'я, враховуючи розширення програми медичних гарантій. І, крім того, напрямок передбачає запровадження публічної обговорення та звітності щодо рішень підвищити прозорість та участь громадськості в процесі.

Натомість покращення закупівель послуг ПМГ полягає в розробці та затвердженні стратегічні бачення щодо закупівлі медичних послуг, зокрема через госпітальних округів, у забезпеченні доступу до послуг для всіх категорій населення. Впровадження стандартизованих клінічних протоколів, включаючи аспекти психічного здоров'я, інтеграцію цифрових технологій та систему моніторингу ефективності підвищення якості та доступності медичних послуг. Також важливим є удосконалення управління медичними послугами ПМГ, що полягає у створенні організаційної стратегії з урахуванням інклюзивності та психічного здоров'я.

Додатковими джерелами фінансування багатoproфільних закладів охорони здоров'я в умовах обмеженого бюджету є впровадження обов'язкового та добровільного медичного страхування, співплатежів, інноваційного фінансування, підтримка благодійних фондів, залучення інвестицій та удосконалення інфраструктури. Тому важливо проаналізувати дані пропозиції детальніше:

1. Обов'язкове медичне страхування передбачає надання медичних послуг через страховими компанії, які мають відповідну ліцензію для здійснення такої діяльності. Така система страхування має бути поетапно впроваджена, спрямована на створення сучасної соціальної інфраструктури, пристосованої до вимог ринкової економіки. Вона має створити прозорі механізми взаємодії у соціально-економічних, фінансових і правових відносинах між виробниками медичних послуг та їх споживачами.

Обов'язкове медичне страхування гарантує покриття додаткових витрат на лікування, які не покриваються державним фінансуванням у випадку, якщо у населення виникає потреба у фінансових ресурсах. Для ефективного розподілу ризику затрат на лікування серед більшої кількості застрахованих осіб необхідно створити страхові об'єднання. Отже, чим більше внесків отримує страховик, тим

ефективніше функціонує страхова система, забезпечуючи відшкодування несподіваних витрат під час медичного обслуговування.

2. Добровільне медичне страхування, є важливим альтернативним механізмом фінансування медичної допомоги. Цей тип страхування надає можливість страхувальникам отримати повне або часткове відшкодування вартості медичних послуг у відповідності до умов укладеного договору зі страховиком. Однак для осіб з низьким доходом та малозабезпечених населених пунктів, добровільне страхування залишається недосяжним. З огляду на те, що підприємства та установи активно залучаються до добровільного медичного страхування своїх працівників і виступають спонсорами госпітальних округів, зростання доходів працівників підприємств і установ розширює їх можливості для участі в добровільному медичному страхуванні. Часто іноземні компанії, разом з роботою, надають своїм працівникам поліси добровільного медичного страхування як один з бонусів.

3. Фінансування медичних послуг в Україні організоване залученням бюджетних коштів та співфінансуванням з боку домогосподарств. Дана система часткових співплатежів застосовується тоді, коли пацієнт ініціює отримання медичної допомоги та має можливість скористатися різноманітними медичними послугами в комфортних умовах, включаючи аналізи, лікування та діагностику.

4. Надання медичних послуг і їх якість у медичних закладах безпосередньо залежать від інфраструктурних умов, що утворюють основу для ефективної лікувальної практики. Управління господарськими аспектами будь-якої організації, включаючи медичні установи, вимагає фасиліті-менеджменту, що спрямоване на зменшення витрат на утримання приміщень, оптимізацію закупівель будівельних матеріалів, раціональне використання медичних ресурсів та матеріальних цінностей. Впровадження фасиліті-менеджменту в обслуговування медичної інфраструктури обґрунтоване економічною необхідністю забезпечення ефективного функціонування госпітальних округів або окремих медичних закладів і забезпечення якісної медичної допомоги.

5. Благодійництво та благодійна діяльність є одним із потенційних джерел фінансування системи охорони здоров'я, забезпечуючи нерегулярні, але значимі

внески через благодійні фонди та внески фізичних та юридичних осіб. Даний вид зборів має стратегічне значення як інвестиції у соціальну сферу загалом і в сектор охорони здоров'я зокрема, сприяючи розвитку та покращенню медичних умов. Регулювання благодійної діяльності в Україні відбувається відповідно до Закону України «Про благодійництво та благодійні організації», що визначає основні принципи, форми та напрями діяльності благодійних організацій.

6. Залучення приватного бізнесу та інвестицій до сфери охорони здоров'я, традиційно монополізованої державними установами, передбачає створення конкурентного ринку та демонополізацію медичних послуг для населення через механізми державно-приватного партнерства. Дана стратегія вимагає активного залучення приватних осіб та існуючих госпітальних округів до комерційних ініціатив, оскільки основна мета полягає у зміцненні конкуренції та створенні високоякісних медичних установ для підвищення ефективності системи здоров'я.

7. Інноваційний підхід до фінансування охорони здоров'я виявив свою ефективність у світовій практиці, тому є перспективним і в українському контексті. Наприклад, в США система додаткового фінансування на суму 10 млрд. дол. США щорічно забезпечується за рахунок збільшення податків на авіаквитки, тютюнові вироби та операції з іноземною валютою.

#### **5.4. Вдосконалення сталості, інклюзивності та ментальної спрямованості госпітальних округів**

Удосконалення та сталий розвиток госпітальних округів є однією з головних задач сучасної системи медичної допомоги. В умовах стрімких соціально-економічних змін та зростаючих вимог до якості медичних послуг, особливої уваги потребує забезпечення інклюзивності та екологічності у функціонуванні госпітальних округів. Екологічний підхід до функціонування медичних закладів є критично важливою з позиції їх впливу на навколишнє середовище та сталого розвитку в цілому. Лікарні споживають значні обсяги енергії, води та інших ресурсів,

що призводить до значних викидів вуглекислого газу ( $\text{CO}_2$ ) та інших шкідливих речовин. Наприклад, велика кількість енергії використовується для опалення, кондиціонування повітря та роботи медичного обладнання, що сприяє збільшенню вуглецевого сліду. Ефективне управління енергетичними і ресурсними процесами в лікарнях може значно знизити їх вплив на навколишнє середовище. У даному контекст використання енергоефективних технологій, встановлення систем енергозбереження та використання відновлюваних джерел енергії сприятимуть суттєвому скороченню енергетичних витрат та викидів  $\text{CO}_2$ . Інтеграція екологічно чистих технологій у процеси управління відходами та обробку стічних вод дозволяє мінімізувати деструктивний вплив на поверхневі водні ресурси та ґрунтові води. Здоров'я пацієнтів та робочих умови медичного персоналу безпосередньо залежать від якості середовища, у якому функціонують лікарські заклади. Покращення якості повітря, управління відходами та використання зелених технологій не тільки сприяє нівелюванню негативного впливу медичних закладів на навколишнє середовище, а й покращує загальний стан здоров'я та благополуччя співробітників та пацієнтів.

Такий підхід відповідає сучасним вимогам управління лікарськими закладами та сприяє досягненню сталого розвитку в медичній галузі. Одним із ключових аспектів забезпечення стійкості та успішного функціонування є оптимізація процесів закупівель, управління відходами, а також впровадження нових екологічних стандартів. Для цього необхідно систематизувати і удосконалити принципи закупівельних процедур, ефективно управляти відходами з урахуванням екологічних вимог та інтегрувати екологічні ініціативи в стратегію управління. Тому було сформовано ключові фактори та завдання при забезпеченні стійкості лікарень (рис. 5.11). Ретельне впровадження запропонованих заходів не лише забезпечить ефективність інституційної діяльності, а й підвищить загальний стандарт медичної допомоги, сприяючи сталому розвитку медичних установ.

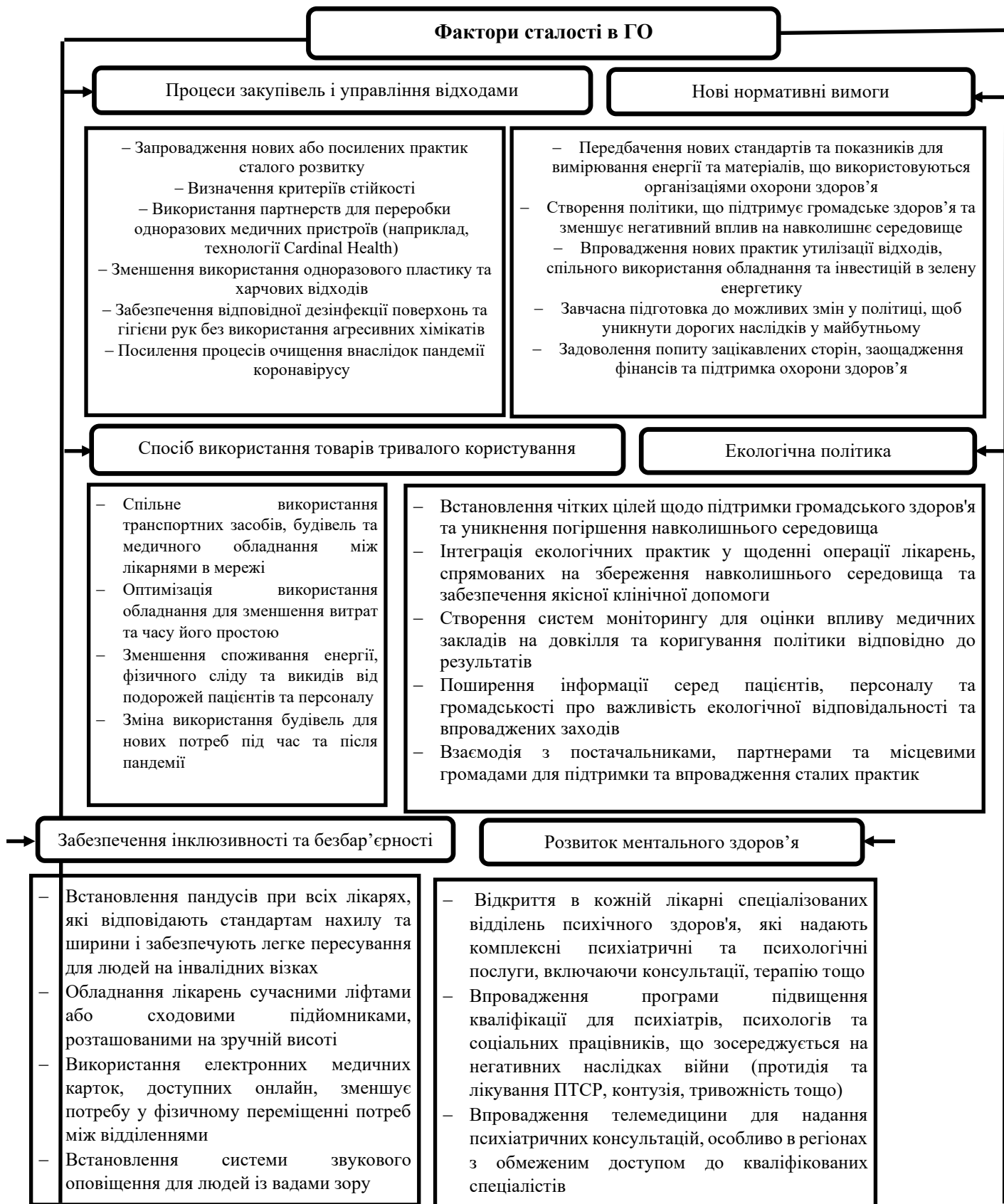


Рис. 5.11. Ключові фактори та завдання при забезпеченні сталості розвитку в межах госпітальних округів\*

\*Джерело: власна розробка автора

На сучасному етапі розвитку медичних установ одним із ключових аспектів забезпечення стійкості та успішного функціонування є оптимізація процесів закупівель та управління відходами, а також впровадження нових екологічних стандартів. Інфекційний контроль та забезпечення належної дезінфекції в лікарнях стали надзвичайно важливими завдяки пандемії коронавірусу, що підкреслило необхідність суворого дотримання гігієнічних стандартів.

Хоча світова організація охорони здоров'я наголошує на значенні відповідної гігієни рук як найефективнішого засобу запобігання інфекційним захворюванням в лікарнях, необхідність закупівлі відповідних дезінфікуючих засобів залишається актуальною. Процеси очищення та дезінфекції поверхонь мають стати ще більш регламентованими, щоб забезпечити безпеку пацієнтів та персоналу.

Впровадження схем повторного використання та переробки в неклінічних сферах, які включають харчування та ресторани, сприятиме зменшенню використання одноразового пластику. Вибір місцевих продуктів сприятиме зменшенню харчових відходів та вуглецевого сліду. Спільне використання довготривалих активів, включаючи транспортні засоби та медичне обладнання, підвищить екологічну стійкість лікарень, зменшуючи витрати на їх обслуговування та споживання енергії. Крім того, шляхом впровадження інноваційних практик утилізації відходів та інших сталих рішень, лікарні відповідатимуть на виклики сталого розвитку, забезпечуючи не лише ефективність, а й довгострокову стійкість своєї діяльності.

Система охорони здоров'я має важливу роль у сприянні соціальній згуртованості громади та забезпеченні екологічної відповідальності й фінансової стабільності. Виходячи з цього, нормативна база охорони здоров'я побудована на трьох основних вимірах сталого розвитку: соціальному, екологічному та економічному, які доповнюються якістю інституційного управління та медичної допомоги.

Інклюзивність є центральним елементом цієї структури, що забезпечує однаковий доступ до медичних послуг для всіх верств населення, приміром для найбільш уразливих груп. Впровадження інклюзивних підходів в управління та організацію медичних послуг сприяє підвищенню ефективності медичної допомоги.



Також інклюзивність передбачає адаптацію інфраструктури, розробку специфічних програм та послуг.

З огляду на встановлені сфери сталості, що охоплюють соціальний, економічний та екологічний виміри, відзначається їх критична роль у забезпеченні сталого розвитку медичних закладів. Таким чином, соціальний вимір включає заходи, спрямовані на забезпечення рівного доступу до медичних послуг для всіх верств населення, в тому числі й найбільш уразливі групи. Він передбачає впровадження інклюзивних підходів в управління та організацію медичних послуг.

Економічна стійкість медичних послуг без надмірних витрат, що сприяє довгостроковій фінансовій стабільності. У свою чергу екологічний вимір орієнтований на мінімізацію негативного впливу на навколишнє середовище через раціональне використання ресурсів та впровадження екологічно чистих технологій. Екологічна відповідальність медичних закладів не лише сприяє збереженню природних ресурсів, але й забезпечує здоров'я та добробут населення.

Отже, враховуючи сфери сталості, доцільно включити інституційний вимір, який може керувати сталим розвитком системи охорони здоров'я в контексті короткострокового та довгострокового функціонування медичних закладів (рис. 5.12). Інституційний вимір передбачає розробку і впровадження політик та практик, що забезпечують ефективне управління, прозорість та підзвітність медичних закладів. Дотримання керівних принципів соціальної відповідальності, прав людини, умов праці, захисту навколишнього середовища, етичної бізнес-практики та активної взаємодії з громадою сприяє підвищенню якості медичних послуг. Основні заходи циклу безперервного сталого розвитку медичних закладів в межах госпітальних округів також забезпечать ефективне розподілення ресурсів, підвищать продуктивність роботи персоналу та сприятимуть довірчим відносинам між пацієнтами та медичними установами. Госпітальні округи, які прагнуть забезпечення сталого розвитку, мають інтегрувати визначені принципи у свою діяльність, що дозволить не тільки покращити медичні послуги, а й сприяти загальному добробуту громади.



Рис. 5.12. Основні заходи циклу безперервного вдосконалення для сталого розвитку закладу охорони здоров'я\*

\*Джерело: власна розробка автора

Постійне вдосконалення сталого розвитку в межах медичного закладу є надзвичайно важливим для забезпечення якісного та ефективного надання медичних послуг. Сучасні медичні заклади повинні відповідати не лише високим стандартам медичної допомоги, але й враховувати екологічні та соціальні аспекти своєї діяльності. Система оцінки сталого розвитку включає кілька ключових компонентів, які забезпечують цілісний підхід до управління медичними закладами (рис. 5.13):

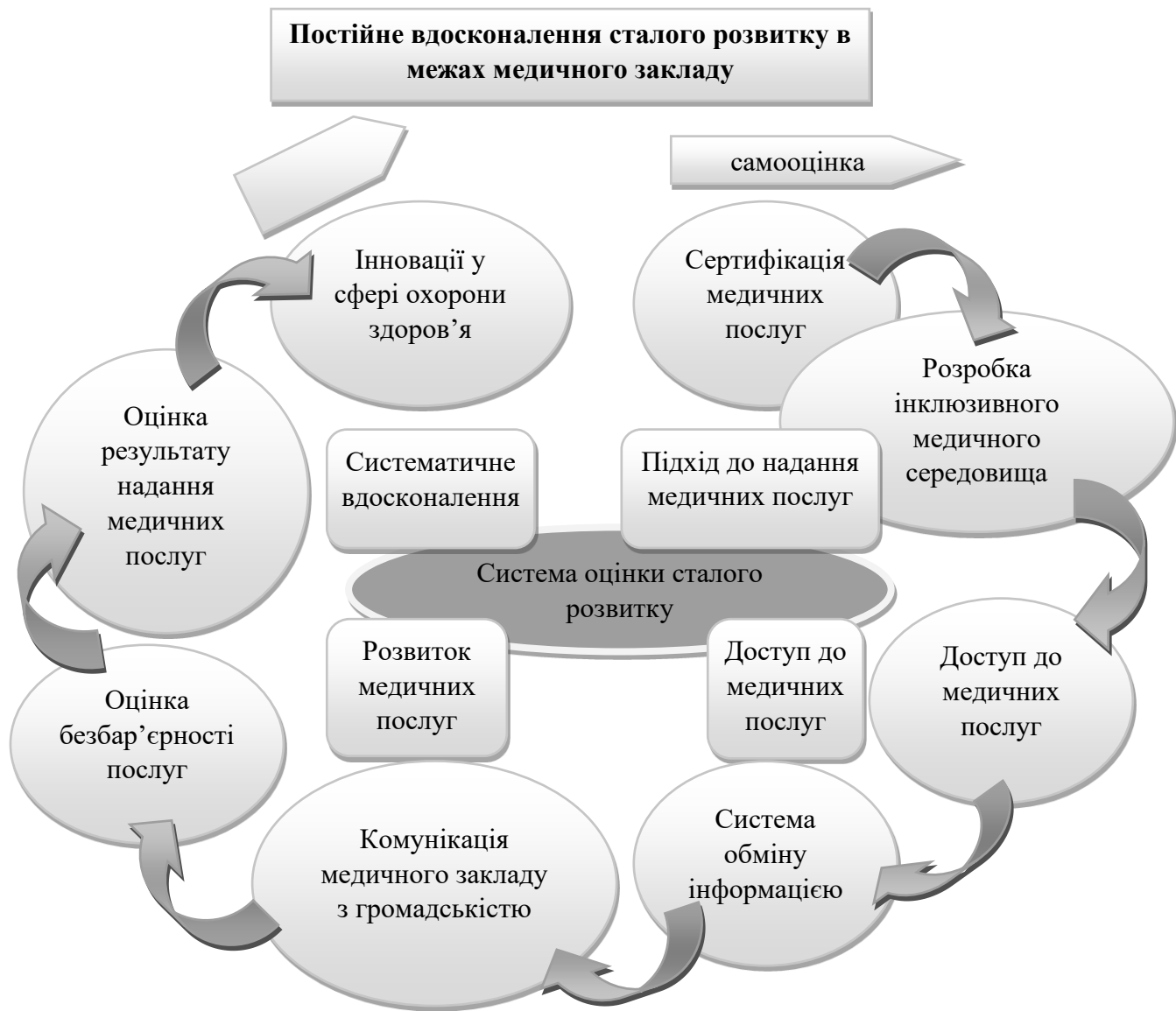


Рис. 5.13. Постійне вдосконалення сталого розвитку медичних закладів в межах госпітальних округів\*

\*Джерело: власна розробка автора

дизайн надання медичних послуг, що зосереджується на розробці оптимальних моделей та процесів, які підвищують ефективність та доступність медичної допомоги; надання медичних послуг, що охоплює всі етапи лікування пацієнтів, забезпечуючи високий рівень професіоналізму та використання сучасних технологій; оцінка медичних послуг, що передбачає постійний моніторинг і аналіз якості наданої допомоги, що дозволяє вчасно виявляти недоліки та впроваджувати необхідні корективи; постійне вдосконалення, що є безперервним процесом, спрямованим на

оптимізацію всіх аспектів діяльності медичних закладів, від підвищення кваліфікації персоналу до впровадження інноваційних підходів до лікування та профілактики.

У даному контексті, система оцінки сталого розвитку сприяє підтримці екологічної і соціальної відповідальності медичних закладів. В рамках даної системи функціонує низка індикаторів, які включають права людини, трудову практику, розвиток громади та інші, для забезпечення сталого розвитку та інклюзивності госпітальних округів (табл. 5.3), що дозволяє не лише задовольняти потреби пацієнтів, але й сприяти загальному сталому розвитку системи охорони здоров'я.

Таблиця 5.3

**Індикаторна матриця системи сталого розвитку госпітальних округів у контексті інклюзивності\***

Індикатори	Дизайн надання медичних послуг	Надання медичних послуг	Оцінка медичних послуг	Постійне вдосконалення
Організаційне управління	- Структури та процеси прийняття рішень; - Проектування процесів забезпечення якості.	- Комп'ютеризовані системи підтримки клінічних рішень; - Механізми оцінки передачі.	- Існування та визнання місцевих лідерів громадської думки; - Призначення механізмів моніторингу.	- Інструменти самооцінки; - Зміни в медичних послугах.
Права людини	- Доступність медичних послуг; - Медичні послуги для соціально незахищених верств населення; - Втручання з позитивним впливом на задоволеність пацієнтів.	- Специфічні медичні підходи; - Справедливі трансферні інтервенції.	- Оцінка поточної медичної практики; - Ступінь задоволеності пацієнтів.	- Гарантія свободи слова.
Трудова практика	- Сприяння змінам і професійному розвитку; - Забезпечення якості медичного втручання без пацієнта.	- Безперервна медична освіта; - Розповсюдження та використання клінічних практичних настанов;	- Удосконалення професійної практики; - Задоволеність медичного персоналу.	- Аудит і зворотній зв'язок; - Шість сигм та економічна зайнятість у медичній організації.

		- Втручання для покращення трансферів.		
Середовище	- План впливу на навколишнє середовище; - Критерії навколишнього середовища для вибору матеріалів, які використовуються в інтервенціях.	- Можливість використання перероблених матеріалів; - Переробка відходів; - Екологічно чисті втручання в перенесення.	- Поліпшення екологічного споживання.	- Інструменти спостереження за утворенням відходів та споживанням енергії; - Заходи, що застосовуються до навколишнього середовища.
Чесна практика охорони здоров'я	- Ставлення професії до акредитації; - Реалізація ефективних заходів.	- Пропаганда культури безпеки пацієнтів; - Особливості, що впливають на ефективність передачі.	- Ефективні методи роботи.	- Зворотній зв'язок з медичним персоналом; - Переліки безпеки.
Питання пацієнтів	- Інформація про продуктивність; - Дизайн та самоконтроль пацієнта.	- Критичні характеристики для покращення спостереження за пацієнтами з хронічними захворюваннями; - Втручання для зменшення проблем у амбулаторних пацієнтів.	- Управління проблемами пацієнта; - Ступінь задоволеності пацієнтів щодо терапевтичних переваг.	- Управління скаргами; - Звіт про інцидент.
Залучення та розвиток громади	- Діяльність із залучення громади; - Зміст інтервенцій, адаптований до громади.	- Мережа та партнерство; - Залучення волонтерів та тренінгових мереж; - Залучення та участь професійних асоціацій.	- Місцеві лідери громадської думки, залучені до спільноти; - Задоволення від партнерства.	- Громадські ініціативи; - Навчальні візити.

\*Джерело: власна розробка автора

Індикаторна матриця системи сталого розвитку госпітальних округів у контексті інклюзивності є важливим інструментом, оскільки вона дозволяє всебічно оцінити ефективність медичних послуг і управлінських процесів в межах госпітального округу. Вона спрямована на забезпечення високих стандартів медичної допомоги та рівного доступу до медичних послуг для всіх категорій населення.

Завданнями для госпітальних округів у процесі забезпечення сталого розвитку та інклюзивності медичних закладів з врахуванням змісту індикаторів є, перш за все, впровадження чітких структур і процесів прийняття рішень, що включає комп'ютеризовані системи підтримки клінічних рішень та механізми оцінки передачі для забезпечення безперебійної роботи медичних закладів. По-друге, необхідно підвищити доступність медичних послуг, особливо для соціально незахищених верств населення, та впровадження медичного втручання з позитивним впливом на задоволеність пацієнтів.

Оцінка поточної медичної практики і гарантія свободи слова сприятимуть справедливості в наданні медичних послуг. По-третє, сприяння професійному розвитку медичного персоналу через безперервну медичну освіту та використання клінічних практичних настанов є важливим для економічної зайнятості у медичній організації.

Крім того, відзначається актуальністю реалізація планів щодо впливу на навколишнє середовище, включаючи використання перероблених матеріалів і впровадження інструментів спостереження за утворенням відходів та споживанням енергії. Також слід посилити пропаганду культури безпеки пацієнтів і впровадження ефективних методів роботи, покращити управління проблемами пацієнта через втручання для зменшення проблем у амбулаторних пацієнтів та впровадження критичних характеристик для спостереження за хронічними захворюваннями, а також залучити громадськість через діяльність, адаптовану до її потреб, та сприяння партнерству і волонтерським ініціативам зважаючи, що задоволення від партнерства і громадські ініціативи допоможуть зміцнити зв'язок між медичними закладами та місцевою громадою.

Ефективність розробленої матриці полягає в її здатності інтегрувати різні напрями діяльності госпітального округу, такі як акредитація медичних послуг, дизайн інтервенцій догляду за пацієнтами, охорона здоров'я, гарантія ефективних трансферів, оцінка та залучення місцевих лідерів громадської думки, оцінка задоволеності, самооцінка та інноваційні послуги. Завдяки цьому, матриця забезпечує комплексний підхід до покращення якості медичних послуг та управління ресурсами. Використання індикаторів сприяє виявленню сильних та слабких сторін у діяльності госпітальних округів, що дозволяє своєчасно реагувати на виклики та вносити необхідні корективи; а також забезпечує прозорість та підзвітність медичних установ перед пацієнтами та громадськістю, сприяє впровадженню інновацій та кращих практик, а також стимулює постійне вдосконалення медичних послуг.

У контексті забезпечення сталого розвитку та інклюзивності медичних закладів у процесі розвитку госпітальних округів необхідно відзначити необхідність інтеграції профілактичних заходів у загальну стратегію розвитку медичних установ дозволяє зменшити навантаження на лікувальні заклади, знизити витрати на медичне обслуговування та підвищити загальний рівень здоров'я населення. Зокрема, слід висунути пропозиції, що з урахуванням комплексного підходу забезпечуватимуть ефективність та доступність послуг первинної допомоги в межах госпітальних округів (рис. 5.14).

За допомогою правильного підходу до забезпечення профілактики захворювань, своєчасної діагностики та інформування населення про здоровий спосіб життя, медичні заклади мають можливість підвищувати ефективність використання власних ресурсів та забезпечувати більш якісне медичне обслуговування. У даному контексті необхідно реалізувати ряд заходів, що спрямовані на інтеграцію рівнів профілактики у загальну стратегію розвитку медичних установ:

- Впровадження обов'язкових навчальних курсів з основ гігієни і профілактики серед школярів та дорослих для підвищення здоров'я зберезувальних навичок;



Рис. 5.14. Процес надання первинної медичної допомоги\*

\*Джерело: власна розробка автора

- Організація безкоштовних фітнес-класів та занять спортом для мешканців госпітальних округів з метою зниження рівня сидячого способу життя та підвищення фізичної активності;
- Створення програми підтримки та запобігання куріння, алкоголізму та наркоманії, а також надання психологічної та медичної допомоги для зниження кількості залежних осіб та підтримки здорового способу життя;



- Організація щорічних кампаній з вакцинації населення проти грипу, туберкульозу, Covid-19 та інших інфекційних захворювань для зміцнення імунітету і попередження епідемій;
- Забезпечення доступу до безкоштовних медичних обстежень для ранньої виявлення злоякісних ракових пухлин та інших захворювань;
- Впровадження ефективної системи телемедицини для швидкого доступу до консультацій та медичного обслуговування віддалено;
- Створення центрів реабілітації для пацієнтів після інсульту та серцевих нападів для поліпшення їх функціонального стану та якості життя.

Крім профілактичних заходів, спрямованих на покращення фізичного здоров'я мешканців госпітальних округів, відзначається актуальність включення психічного здоров'я до загальної стратегії покращення медичного обслуговування госпітальних округів України. Розроблена схема включає пункти (рис. 5.15), спрямовані на підтримку здоров'я населення, що включає комплексну систему політичних, економічних та соціальних заходів, орієнтованих головним чином на психосоціальну реабілітацію, психотерапевтичні та консультаційні послуги, підтримку та фінансування програм психічного здоров'я для різних вікових груп та ризикових категорій населення. Таким чином, одним із ключових напрямків удосконалення процесу надання первинної медичної допомоги є розширення доступності послуг із забезпечення ментального здоров'я. Необхідно забезпечити, щоб лікарі загальної практики, медсестри були належним чином підготовлені до виявлення та лікування психічних розладів. Тому необхідно організувати регулярні навчальні програми та семінари, що охоплюють основи діагностики та лікування психічних захворювань. Крім того, лікарі загальної практики та медсестри повинні мати можливість здійснювати відвідування додому для надання допомоги пацієнтам з психічними розладами, які не можуть самостійно звернутися до медичних установ.

Важливо також запровадити офіційні та неофіційні громадські служби психічного здоров'я, що сприятимуть реабілітації пацієнтів у громаді. Така підтримка допоможе пацієнтам адаптуватися до життя у суспільстві після виписки з лікарні та запобігти рецидивам захворювань. Реалізація зазначених заходів потребує активної

співпраці між різними рівнями медичної допомоги та залученням усіх зацікавлених сторін, включаючи сім'ї пацієнтів та громадські організації. Лише комплексний підхід до удосконалення дозволить забезпечити ефективну підтримку психічного здоров'я населення та сприяти загальному покращенню якості життя (рис. 5.15.).



Рис. 5.15. Складові загальної стратегії покращення психічного здоров'я населення госпітальних округів\*

\*Джерело: власна розробка автора

З огляду на те, що профілактична допомога здійснюється на різних рівнях було запропоновано схему, що враховує необхідні заходи для забезпечення їх оптимального функціонування від первинного до четвертинного рівня (рис. 5.16).



Рис. 5.16. Інтеграція рівнів профілактики у загальну стратегію розвитку медичних установ\*

\*Джерело: власна розробка автора

В межах загальної стратегії покращення психічного здоров'я населення госпітальних округів було сформовано низку першочергових рекомендацій для удосконалення медичного обслуговування з метою забезпечення психічного здоров'я, що включають в першу чергу розробку інтегрованої мережі служб психічного здоров'я, яка забезпечить покриття всіх регіональних потреб і стандартів обслуговування, а також впровадження стратегій з підвищення якості послуг є необхідним для забезпечення ефективності та результативності лікування.

Крім того, забезпечення сталого фінансування та ефективного планування наявних ресурсів для послуг у галузі психічного здоров'я дозволяє забезпечувати необхідні ресурси та впроваджувати інноваційні методи лікування. У даному

контексті розвиток інтегрованих програм і сервісів для підтримки психічного здоров'я, які охоплюють усі аспекти від первинної до четвертинної профілактики, дозволяє вчасно виявляти та лікувати психічні розлади, запобігаючи їх загостренню та розвитку ускладнень.

Також постійне вдосконалення і моніторинг якості через впровадження стандартів та систематичний аналіз результатів є важливим для забезпечення високого рівня медичної допомоги і дозволяє вчасно виявляти недоліки та впроваджувати корективи.

У контексті забезпечення ефективності при наданні психіатричної допомоги населенню госпітальних округів деінституціоналізація є важливим моментом для усунення потенційно негативних наслідків передачі функцій традиційної психіатричної лікарні громаді. Слід зазначити, що деінституціоналізація спрямована на створення доступних та якісних послуг психічного здоров'я та забезпечення доступності в межах громади:

1. Психіатричні послуги в закладах первинної медичної допомоги;

Одним із ключових аспектів деінституціоналізації є інтеграція психіатричних послуг у заклади первинної медичної допомоги, що забезпечує інклюзивність та доступність медичної допомоги для пацієнтів з психічними розладами на рівні сімейних лікарів, медсестер та інших працівників первинної медичної допомоги. Для реалізації даного напрямку необхідно здійснити підготовку медичного персоналу з метою виявлення та лікування психічних розладів, що дозволить надавати якісну допомогу на ранніх стадіях захворювання.

2. Ліжка та спеціалізований персонал для короткочасної госпіталізації;

Для ефективного лікування гострих рецидивів, які вимагають короткочасної госпіталізації, необхідно забезпечити наявність спеціальних ліжок, приміщень та спеціалізованого персоналу у загальних лікарнях або в громаді, що сприятиме швидкому реагуванню на гострі стани та забезпеченню необхідної медичної допомоги пацієнтам.

3. Інклюзивне обладнання медичних закладів;

Встановлення пандусів, ліфтів, автоматичних дверей, спеціально обладнаних санітарних кімнат та інших пристосувань, що забезпечують зручність пересування для людей з інвалідністю. Інклюзивність також передбачає забезпечення доступу до медичних приміщень для пацієнтів на інвалідних візках, а також встановлення спеціалізованих підйомників та інших допоміжних пристроїв, які сприяють легкому доступу до медичних послуг для осіб з обмеженою рухливістю.

#### 4. Перепідготовка персоналу психіатричних лікарень;

Існуючий персонал психіатричних лікарень повинен пройти перепідготовку для зайняття посад у загальних медичних закладах, зокрема, нагляд за персоналом первинної медичної допомоги та надання послуг психічного здоров'я в загальних лікарнях. Такий підхід дозволяє використовувати професійний досвід та знання психіатричного персоналу для підвищення якості надання медичних послуг у громаді.

#### 5. Підтримка комунікації з пацієнтами з вадами слуху та зору;

Підтримка комунікації для пацієнтів з вадами слуху та зору включає надання сурдоперекладачів або систем відео-реле для забезпечення якісної комунікації з медичним персоналом. Для пацієнтів з вадами зору важливо забезпечити доступ до інформації у форматі великих шрифтів та аудіозаписів. Крім того, у зонах очікування та прийому можуть бути встановлені індукційні петлі для поліпшення чутності для осіб з вадами слуху.

#### 6. Впровадження інформаційно-комунікаційних технологій;

Використання ІКТ включає розробку та впровадження електронних медичних записів, онлайн-консультацій, телемедицини та мобільних додатків для пацієнтів з інвалідністю, що зменшують потребу у фізичному відвідуванні медичних закладів та підвищують ефективність надання медичних послуг.

#### 7. Доступність психотропних препаратів;

Для забезпечення ефективного лікування психічних розладів необхідно підвищувати рівень доступності препаратів у лікарнях загального профілю. Моніторинг наявності відповідних препаратів дозволить пацієнтам отримувати необхідні ліки без затримок та забезпечить ефективність терапії.

#### 8. Оснащення лікарень спеціалізованими медичними пристроями;

Оснащення лікарень спеціалізованими медичними пристроями включає наявність сучасних апаратів для діагностики та лікування, які адаптовані для використання пацієнтами з різними формами інвалідності, наприклад, спеціалізовані крісла для стоматологічних процедур, апарати для фізіотерапії з можливістю регулювання висоти та інші пристрої, що дозволяють здійснювати медичні процедури з урахуванням особливостей пацієнтів.

#### 9. Громадські служби психічного здоров'я.

З метою підвищення рівня психічного здоров'я громадян госпітальних округів необхідно створити офіційні та неофіційні громадські служби психічного здоров'я, які будуть допомагати у реабілітації пацієнтів та їхній інтеграції в громаду. Такими службами можуть бути підтримуючі групи, консультаційні служби, центри реабілітації та інші організації, що сприятимуть соціальній адаптації та відновленню психічного здоров'я населення.

Отже, для забезпечення подальшого розвитку госпітальних округів необхідним є стимулювання сталого розвитку, інклюзивності надання медичних послуг, вдосконалення якості та покращення доступності послуг, розвитку профілактичних заходів в медицині та актуалізація питань ментального здоров'я населення.

## Висновки до розділу 5

1. Сформовано функціонально-організаційний механізми державного управління системи взаємодії медичних закладів в межах госпітального округу, який полягає в наступному: централізоване управління та координація госпітальним округом, створення єдиного центру управління госпітальним округом, який відповідає за координацію діяльності всіх медичних закладів округу (в чи при МОЗ). Впровадження централізованих інформаційних систем для забезпечення ефективного обміну даними між медичними установами та оперативного реагування на потреби пацієнтів. Розробка і впровадження єдиних стандартів надання медичної допомоги, які забезпечують безперервність лікування на всіх рівнях медичного обслуговування. Впровадження мультидисциплінарних команд, які координують лікування пацієнтів з різними потребами і забезпечують комплексний підхід до їх лікування. Раціональне розподілення фінансових, матеріальних та кадрових ресурсів між медичними закладами округу.

2. Запропоновано розміщення медичних закладів з урахуванням географічних та демографічних особливостей округу для забезпечення рівного доступу до медичних послуг. Розробка і реалізація механізмів фінансового стимулювання для медичних закладів, які досягають високих показників ефективності та якості. Організація системи безперервного професійного розвитку медичних працівників, включаючи тренінги, семінари та курси підвищення кваліфікації. Залучення місцевих громад, пацієнтів, медичних працівників до процесу прийняття рішень щодо функціонування медичних закладів. Впровадження механізмів громадського контролю та зворотного зв'язку для врахування потреб та очікувань населення. Використання сучасних інформаційних технологій для покращення комунікації між медичними закладами та пацієнтами. Проведення регулярних аудитів та оцінка результатів діяльності медичних закладів для постійного покращення якості медичних послуг. Стимулювання впровадження новітніх медичних технологій та інноваційних рішень у практику медичних закладів.

Підтримка наукових досліджень та розробок у сфері медицини, спрямованих на покращення діагностики, лікування та профілактики захворювань. Цей механізми забезпечує комплексний підхід до управління системою взаємодії медичних закладів, підвищуючи ефективність їх роботи, якість медичних послуг та задоволеність пацієнтів.

3. Розроблено рекомендації щодо оптимізації розподілу державних фінансових ресурсів для підвищення якості медичних послуг, зокрема: встановлення прозорих критеріїв фінансування (необхідно розробити чіткі та об'єктивні критерії для розподілу державних фінансових ресурсів між госпітальними округами, що враховуватимуть потреби населення, рівень захворюваності, доступність медичних послуг та інші фактори); стимулювання профілактичних заходів (збільшення фінансування на профілактичні заходи та раннє виявлення хвороб може сприяти зниженню витрат на лікування та поліпшенню загального стану здоров'я населення); формування ініціатив до ефективності: (введення системи інцентивів для медичних установ); підтримка інновацій та технологічного розвитку (забезпечення фінансової підтримки для впровадження інноваційних медичних технологій та методів лікування може допомогти підвищити ефективність та якість медичних послуг); розвиток мережових та кооперативних моделей (створення мережових та кооперативних моделей між медичними закладами може допомогти оптимізувати використання ресурсів); залучення спільної плати за послуги (введення системи спільної плати за медичні послуги може стимулювати ефективне використання ресурсів та відповідальне споживання медичних послуг з боку пацієнтів); моніторинг та оцінка результатів; розвиток громадської участі та транспарентності (залучення громадськості до процесу прийняття рішень щодо розподілу державних фінансових ресурсів та забезпечення відкритості та прозорості в цих процесах може покращити легітимність та ефективність).

4. Визначено ключові фактори та завдання при забезпеченні сталості розвитку лікарень в межах госпітальних округів: I. Процеси закупівель і управління відходами (запровадження нових або посиленних практик сталого розвитку; визначення критеріїв стійкості; використання партнерств для переробки одноразових



медичних пристроїв (наприклад, технології Cardinal Health; зменшення використання одноразового пластику та харчових відходів; забезпечення відповідної дезінфекції поверхонь та гігієни рук без використання агресивних хімікатів; посилення процесів очищення внаслідок пандемії коронавірусу); II. Екологічна політика (встановлення чітких цілей щодо підтримки громадського здоров'я та уникнення погіршення навколишнього середовища; інтеграція екологічних практик у щоденні операції лікарень, спрямованих на збереження навколишнього середовища та забезпечення якісної клінічної допомоги; створення систем моніторингу для оцінки впливу медичних закладів на довкілля та коригування політики відповідно до результатів; поширення інформації серед пацієнтів, персоналу та громадськості про важливість екологічної відповідальності та впроваджених заходів; взаємодія з постачальниками, партнерами та місцевими громадами для підтримки та впровадження сталих практик) III. Забезпечення інклюзивності та безбар'єрності (становлення пандусів при всіх лікарях, які відповідають стандартам нахилу та ширини і забезпечують легке пересування для людей на інвалідних візках; обладнання лікарень сучасними ліфтами або сходовими підйомниками, розташованими на зручній висоті; використання електронних медичних карток, доступних онлайн, зменшує потребу у фізичному переміщенні потреб між відділеннями; встановлення системи звукового оповіщення для людей із вадами зору).

Наукові результати, висвітлені в розділі 5, опубліковано в працях автора [304; 305; 318; 319; 407; 409].

## ВИСНОВКИ

У дисертаційному дослідженні були розроблені нові наукові підходи, що в комплексі дозволяють вирішити важливу проблему в області державного управління. Проведено детальне наукове обґрунтування та розробку практичних рекомендацій для вдосконалення механізму державного управління госпітальними округами шляхом впровадження ефективної системи взаємодії медичних закладів в межах одного округу. Результати дослідження дозволили сформулювати висновки та рекомендації, що мають теоретичне, методологічне і практичне значення:

1. Проаналізовано теоретичні основи державного управління госпітальним округом на етапах реформування та розвитку системи охорони здоров'я, зокрема питання механізмів державного управління в сучасних умовах; державного управління системою охорони здоров'я на різних інституційних рівнях, державного управління госпітальними округами. Проаналізовано теоретичні основи державного управління в контексті системи охорони здоров'я та встановлено, що ефективне державне управління в цій сфері ґрунтується на кількох ключових принципах та підходах, які включають: принцип децентралізації (децентралізація управлінських функцій дозволяє перенести частину повноважень та відповідальності на місцевий рівень, що сприяє більш ефективному та оперативному вирішенню проблем, врахуванню місцевих особливостей та потреб населення); підхід управління за результатами.

2. Визначено сутність механізму державного управління госпітальним округом, який трактується як складна комплексна система впливу управлінських органів у сфері охорони здоров'я на об'єкти управління (госпітальні округи, лікарні, поліклінічні заклади) із залученням громадського сектору (суб'єктів впливу), що реалізується через систему механізмів та за допомогою методів та інструментів задля гарантії доступності та якості медичних послуг для всіх категорій населення і націлений на досягнення основної мети – розвитку та реформування медичної системи в Україні. У складі комплексного механізму виділено чотири механізми: I. нормативно-правовий, II. організаційно-управлінський, III. фінансово-економічний, IV. інформаційно-комунікаційний та обґрунтовано особливості функціонування

кожного із цих механізмів в сучасних реаліях, виявлено комплекс методів та інструментів функціонування механізму задля забезпечення доступності та якості медичних послуг.

3. Систематизовано законодавче забезпечення та запропоновано напрямки вдосконалення нормативно-правового механізму державного управління госпітальним округом через ефективну систему взаємодії медичних закладів охорони здоров'я. Виявлено проблеми та незугодженості нормативно-правової бази: несистематизованість медичного законодавства, існують недоліки в імплементації міжнародних правових стандартів у сфері медицини. Запропоновано прийняття Медичного Кодексу України та низки галузевих Законів. Доведено необхідність прийняття додаткових базових законодавчих документів для подальшої реалізації медичної реформи, удосконалити законодавство щодо громадського контролю, у сфері інклюзивності та екологічності медичних закладів у межах госпітальних округів; у сфері медичного забезпечення ветеранів та учасників бойових дій; законодавства у сфері забезпечення прав пацієнтів; у сфері фінансування та соціального страхування. Запропоновано прийняти та розроблено текст Концепції розвитку госпітальних округів в умовах підвищення доступності та якості медичних послуг в Україні та Положення про взаємодію Госпітального округу з громадськістю.

4. Визначено та охарактеризовано методологію та підходи до формування госпітального округу через ефективну систему взаємодії закладів охорони здоров'я. Встановлено, що формування госпітальних округів вимагає інтеграції первинної та стаціонарної медичної допомоги. В Україні в межах госпітальних округів можливі два типи інтеграції: горизонтальна та вертикальна. Горизонтальна інтеграція передбачає розподіл медичних послуг між різними рівнями лікування за допомогою координуючої системи, яка застосовує метод «ведення пацієнта» та клінічні настанови, що забезпечують керовану медичну допомогу. Вертикальна інтеграція дозволяє пацієнтам отримувати медичну допомогу будь-якого рівня в межах однієї організації, включаючи стаціонарну, амбулаторну допомогу та обслуговування на дому. (багаторівневі механізми). Наведено структуру і взаємодію в межах госпітального округу та схему механізму надання медичної допомоги у госпітальному окрузі. Встановлено, що основні аспекти формування госпітальних

округів включають: географічні фактори (густота населення, доступність до медичних установ, географічні обмеження та інші); демографічні та епідеміологічні (вікова структура, рівень захворюваності, специфічні потреби тощо); типи та рівні медичної допомоги (загально-практична, спеціалізована, екстренна медичну допомогу тощо); ефективність та доступність медичних послуг: (сприяти підвищенню ефективності та доступності медичних послуг, більш рівномірний розподіл ресурсів та покращення координації між медичними установами); можливості співпраці та обміну ресурсами в окрузі.

5. Узагальнено підходи до вивчення та застосування в Україні зарубіжного досвіду щодо моделей управління госпітальними округами в Україні. Вивчено досвід США, держав ЄС (Франції, Іспанії, Люксембургу, Болгарії, Швеції, Данії та інших). Запропоновано пріоритетні до застосування наступні моделі: інтегрованого управління (Integrated Care Models, Швеція, Данія, Нідерланди) забезпечують безперервний догляд пацієнтів через тісну співпрацю між різними рівнями медичних закладів; моделі фінансування на основі показників KPI (Performance-Based Financing, Велика Британія та Німеччина), використання електронних медичних записів (Electronic Health Records – EHR, США, Канада та Австралія); застосування медичних мереж (Health Networks, Франція та Іспанія), створено медичні мережі, які об'єднують лікарні, клініки та інші медичні установи в регіоні; моделі превентивної медицини (Preventive Care Approach, Північна Європа); громадської участі у прийнятті рішень (Community Participation, Канада та Нова Зеландія) активно залучають громадськість до процесу формування та прийняття управлінських рішень в медичній галузі; інтеграція елементів телемедицини (Telemedicine, Австралія, Фінляндія) для ефективного лікування пацієнтів на відстані; модель професійного розвитку медичного персоналу (Professional Development, Норвегія та Японія), що включає регулярне підвищення кваліфікації, тренінги та участь у наукових дослідженнях.

6. Розроблено концептуальне забезпечення механізму державного управління госпітальним округом сфери медицини. Розроблено текст Концепції розвитку госпітальних округів в умовах підвищення доступності та якості медичних послуг в Україні, яка містить цільово-результативний; концептуальний; організаційно-

управлінський; оцінювально-результативний; корегувальний компоненти і цілями якої є: забезпечення доступності та інклюзивності медичних послуг ГО; забезпечення якості та безпеки медичних послуг ГО; ефективний інноваційний розвиток у повоєнному періоді. Метою Концепції визначено: формування та розвитку територіальної мережі ГО задля забезпечення рівного доступу(територіального та соціального) до високоякісних медичних послуг, оптимального використання ресурсів та інноваційності функціонування задля підвищення якості життя людей. Цілі Концепції: Ціль 1. Доступність та інклюзивність медичних послуг Ціль 2. Якість, сталість, екологічність та безпека послуги Ціль 3. Ефективний інноваційний розвиток у повоєнному періоді. Векторами державного управління госпітальними округами на наступні роки, визначено: сталість розвитку ГО; екологічність розвитку; інклюзивність діяльності; пріоритетна доступність для військових та ветеранів, вразливих верств населення, соціально-незахищених верств, осіб з обмеженими можливостями; пріоритетний розвиток напрямку психологічної підтримки у госпітальних округах та профілактичної медицини.

7. Виявлено проблеми застосування організаційно-управлінського, фінансово-економічного та інформаційно-комунікаційного механізму державного управління госпітальним округом, серед основних: недосконалість нормативно-правової бази (чинне законодавство не повністю регулює всі аспекти управління госпітальними округами, що призводить до правових колізій та ускладнень у практичній діяльності медичних закладів); обмеженість фінансових ресурсів (недостатнє фінансування госпітальних округів з боку держави, що ускладнює можливість забезпечення високої якості медичних послуг і придбання необхідного обладнання та медикаментів); недостатня інтеграція інформаційних систем (відсутність єдиної інформаційної системи для медичних закладів у межах госпітальних округів, що ускладнює обмін інформацією та координацію дій між установами); слабка координація між закладами охорони здоров'я (низький рівень комунікації та координації між медичними установами в межах госпітальних округів, що призводить до дублювання послуг та неефективного використання ресурсів); проблеми з кадровим забезпеченням (недостатня кількість кваліфікованих медичних працівників, особливо у сільських районах, що знижує доступність медичних послуг для населення); неефективність

управлінських процесів (відсутність сучасних методів та підходів до управління госпітальними округами). Зазначені проблемні аспекти вимагають комплексного підходу до їх вирішення, що включає реформування нормативно-правової бази, підвищення фінансування, впровадження сучасних інформаційних технологій, покращення координації між медичними установами та підвищення кваліфікації медичних працівників.

8. Напрацьовано критерії, розроблено методику та здійснено комплексне оцінювання ефективності функціонування механізму державного управління госпітальними округами, що включає наступні складові: *на рівні держави* (запропоновано враховувати критерії ефективності фінансування госпітальних округів; доступності медичних послуг; забезпечення медичних прав пацієнтів та якості медичних послуг; інноваційності технологічного та управлінського розвитку у госпітальних округах) та *на рівні окремого госпітального округу* (рівень доступності медичних послуг; відповідність медичних послуг встановленим стандартам якості; оперативність та результативність управлінських рішень; раціональне використання фінансових ресурсів; достатність та кваліфікованість медичного персоналу; рівень впровадження інформаційних технологій у управлінські та медичні процеси; ефективність координації та взаємодії між різними рівнями медичної допомоги). Встановлено, що за останні 2021-2024 рр. відбулось підвищення ефективності функціонування механізму, зокрема, покращена фінансова стійкість, доступність медичних послуг для населення, охоплення населення медичною допомогою, доступність медичних послуг для різних категорій населення; задоволеність пацієнтів якістю послуг, умовами лікування, роботою; інноваційність роботи. Проте за результатами аналізу зростання є не надто значним, порівняно із періодом коли були впроваджені госпітальні округи. підвищився (Efhd 2022 – 1,032; Efhd 2022 – 1,1).

9. Запропоновано напрямки вдосконалення організаційно-управлінського та інформаційно-комунікаційного механізму державного управління госпітальним округом через ефективну систему взаємодії медичних закладів охорони здоров'я. Сформовано концептуальний функціонально-організаційний механізм державного управління системи взаємодії медичних закладів в межах госпітального округу, який полягає в наступному: централізоване управління та координація госпітальним

округом, створення єдиного центру управління госпітальним округом, який відповідає за координацію діяльності всіх медичних закладів округу (в чи при МОЗ); впровадження централізованих інформаційних систем для забезпечення ефективного обміну даними між медичними установами та оперативного реагування на потреби пацієнтів. розробка і впровадження єдиних стандартів надання медичної допомоги; впровадження мультидисциплінарних команд; раціональне розподілення фінансових, матеріальних та кадрових ресурсів; запровадження спільного використання обладнання та інфраструктури для зниження витрат; розробка і впровадження системи моніторингу та оцінки ефективності роботи медичних закладів на основі ключових показників ефективності (KPI).

10. Розроблено концептуальний базис механізму координації дій та обміну інформацією між закладами охорони здоров'я на засадах принципів державного управління. Доведено, що для ефективної координації дій та обміну інформацією між закладами охорони здоров'я в госпітальному окрузі з точки зору державного управління, необхідно створити централізовану інформаційну платформу (автором запропонована модель даної платформи на основі удосконалення архітектури інформаційної системи HMIS (Health management information system). Удосконалено механізми громадського контролю та зворотного зв'язку в рамках організаційно-управлінського механізму державного управління госпітальним округом, в тому числі через розробку положення про взаємодію Госпітального округу з громадськістю.

11. Сформовано напрямки вдосконалення фінансово-економічного механізму державного управління госпітальним округом через ефективну систему взаємодії медичних закладів охорони здоров'я. Запропоновано скеровувати ресурси на основі: I. Встановлення прозорих критеріїв фінансування; II. Стимулювання профілактичних заходів; III. Введення показників ефективності для медичних установ (введення системи ініціативів для медичних установ, які досягають високих показників ефективності та якості медичних послуг); IV. Підтримка інновацій та технологічного розвитку; V. Моніторинг та оцінка результатів фінансування; VI. Розвиток громадської участі та транспарентності (залучення громадськості до процесу прийняття рішень щодо розподілу державних фінансових ресурсів та забезпечення

відкритості та прозорості в цих процесах може покращити легітимність та ефективність); VII. Стимулювання профілактичних заходів; VIII. Розвиток мережевих та кооперативних моделей.

12. Розроблено шляхи вдосконалення сталості, інклюзивності та ментальної спрямованості механізму державного управління госпітальним округом в сучасних умовах. Удосконалено системні підходи до забезпечення сталості розвитку госпітальних округів через виявлення ключових факторів та завдань при забезпеченні екологічності лікарень в межах госпітальних округів; індикаторів та заходів щодо забезпечення сталого розвитку та інклюзивності закладу охорони здоров'я; інтеграції рівнів профілактики у загальну стратегію розвитку медичних установ. Визначено ключові фактори та завдання при забезпеченні сталості розвитку лікарень в межах госпітальних округів: нові нормативні вимоги; екологічна політика; процеси закупівель і управління відходами; спосіб використання товарів тривалого користування; забезпечення інклюзивності та безбар'єрності; розвиток ментального здоров'я. Розроблено складові загальної стратегії покращення психічного здоров'я населення госпітальних округів. В межах загальної стратегії покращення психічного здоров'я населення госпітальних округів було сформовано низку першочергових рекомендацій для удосконалення медичного обслуговування з метою забезпечення психічного здоров'я, що включають в першу чергу розробку інтегрованої мережі служб психічного здоров'я, яка забезпечить покриття всіх регіональних потреб і стандартів обслуговування, а також впровадження стратегій з підвищення якості послуг у сфері психічного здоров'я є необхідним для забезпечення ефективності та результативності лікування.



## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авер'янов В. Б. Державне управління: теорія і практика. Київ : Юрінком Інтер, 1998. 431 с.
2. Авер'янов В. Б., Пухтецька А. А. Удосконалення організації та діяльності системи органів виконавчої влади з урахуванням європейських принципів і стандартів. *Часопис Київського університету права*. 2010. № 4. С. 110–117.
3. Авер'янов В. Ще раз про зміст і співвідношення понять «державне управління» і «виконавча влада»: полемічні нотатки. *Право України*. 2004. Вип. 5. С. 113–116.
4. Авраменко Н. В. Державне управління системою охорони здоров'я на регіональному рівні: сучасний стан, шляхи вдосконалення : монографія. Запоріжжя : КПУ, 2010. 196 с.
5. Авраменко Н. В. Організаційні аспекти державного управління системою охорони здоров'я в Україні. *Держава та регіони. Серія: Державне управління*. 2010. Вип. 2. С. 194–196.
6. Авраменко Н. В. Розвиток механізмів державного управління охороною здоров'я в Україні. *Держава та регіони. Серія: Державне управління*. 2010. Вип. 4. С. 38–43.
7. Авраменко Т. П. Державне управління системою охорони здоров'я в умовах системних змін в Україні: сучасний стан, проблеми та перспективи розвитку. *Держава та регіони. Серія: Державне управління*. 2014. Вип. 2. С. 89–95.
8. Алгоритм створення госпітального округу. URL: <https://www.vin.gov.ua/images/doc/vin/dep-ohor-zdor/hospital.PDF> (дата звернення: 20.09.2022).
9. Аналіз поточної політики розвитку електронної системи охорони здоров'я в Україні. *Агенція місцевого економічного розвитку Яворівщини*. Травень 2022. 99 с. URL: [https://amer.org.ua/wp-content/uploads/2023/01/Research\\_e-Health\\_UKR\\_FINAL\\_2022.pdf](https://amer.org.ua/wp-content/uploads/2023/01/Research_e-Health_UKR_FINAL_2022.pdf) (дата звернення: 26.05.2023).

10. Андрієнко М. Проблема визначення загальних принципів державного управління. *Теоретичні та прикладні питання державотворення*. 2015. Вип. 16. С. 5–19.
11. Атаманчук Г. Методологічні проблеми сучасного державного управління. *Вісник УАДУ*. 2001. Вип. 3. С. 9–12.
12. Атаманчук Г., Белобров Б., Буткевич О., Геєць В., Дунаєв І., Козбаненко В., Петровський П. Державне управління в умовах розвитку інформаційного суспільства. *Публічне управління та адміністрування у процесах економічних реформ* : збірник тез доповідей IV Всеукр. наук.-практ. конф., 25 березня 2020 р., Херсон. Херсон : ДВНЗ «ХДАУ», 2020. 399 с.
13. Бабінець Л. С., Богайчук В. Г., Боровик І. О., Ткач О. О., Матюк Л. М. Виклики системі охорони здоров'я в умовах децентралізації, пріоритету первинної медичної допомоги і утворення госпітальних округів: досвід Тернопільської області. *Сімейна медицина*. 2016. № 4 (66). С. 125–134. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/simmed\\_2016\\_4\\_25](http://nbuv.gov.ua/UJRN/simmed_2016_4_25) (дата звернення: 10.10.2023).
14. Базарна О. В. Організаційна складова механізму публічного регіонального управління житлово-комунальним господарством. *Економіка та держава*. 2018. № 4. URL: <http://www.economy.in.ua/?op=1&z=4045&i=25> (дата звернення: 12.10.2023).
15. Бакуменко В. Д., Башкатов В. М. Виділення системних характеристик (типів і видів) механізмів державного управління. *Науковий вісник Академії муніципального управління. Серія: Управління*. 2013. Вип. 1. С. 6–14.
16. Бакуменко В. Д., Попов С. А. Парадигма інноваційного розвитку суспільства: сучасні концепції реформування публічного управління. *Ефективність державного управління*. 2015. Вип. 43. С. 21–28.
17. Балусева О. В. Удосконалення механізмів державного управління розвитком інформаційної системи галузі охорони здоров'я : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02. Донецьк, 2007. 22 с.

18. Барзилович А. Д. Моніторинг ефективності регулювання ринку медичних послуг. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 23. С. 124–130. DOI: <https://doi.org/10.32702/2306-6814.2020.23.124> (дата звернення: 10.10.2022).
19. Барзилович А. Д. Перспективи публічного управління ринку медичних послуг. *Публічне управління та митне адміністрування*. 2021. № 1 (28). С. 5–10.
20. Батрин О. В., Теремецький В. І., Івахненко О. А. Правові гарантії доступності медичної та реабілітаційної допомоги в період дії воєнного стану. *Ірпінський юридичний часопис*. 2024. Вип. 2 (15). С. 46–58. URL: <https://ojs.dpu.edu.ua/index.php/irplegchr/article/view/236/236> (дата звернення: 12.02.2024).
21. Баштанник В. В. Інноваційні механізми державного управління регіональним розвитком. *Державне управління та місцеве самоврядування*. 2012. Вип. 4. С. 87–94.
22. Беланюк М. В., Радзієвська О. Г., Маньгора Т. В. Трансформація системи охорони здоров'я в Україні. *Інформація і право*. 2019. Вип. 4 (31). С. 119–128.
23. Білик О. І. Формування системи публічного управління соціальними ризиками у світовій практиці. *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. № 2. С. 76–81. DOI: <https://doi.org/10.32702/2306-6814.2021.2.76> (дата звернення: 05.09.2022).
24. Білик О., Яремко І. Процеси децентралізації у країнах ЄС як орієнтир для України у виборі підходів до її регіонального розвитку. *Наукові перспективи*. 2020. № 5 (5). С. 64–77. DOI: [https://doi.org/10.32689/2708-7530-2020-5\(5\)-64-77](https://doi.org/10.32689/2708-7530-2020-5(5)-64-77) (дата звернення: 10.09.2022).
25. Білорусов С. Пріоритети розвитку людського капіталу Херсонської області. *Актуальні проблеми державного управління*. 2018. Вип. 4. С. 29–35.
26. Боковикова Ю. В. Реалізація реформи децентралізації влади за окремими видами діяльності громад / Видано за рішенням Вченої ради Харківського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентові України, протокол № 2/236-5 від 27 березня 2018 р. 2018. С. 233.
27. Боярко І. Проблемні аспекти фінансового забезпечення системи охорони

здоров'я в Україні. *Траєкторії сталого розвитку України і світу: виклики та драйвери. Траєкторії сталого розвитку України і світу: виклики та драйвери: збірник тез доповідей II Міжнар. наук.-практ. конф. ПЗВО «Міжнародний європейський університет».* 2024. С. 49–53. URL: <http://e.ieu.edu.ua/handle/123456789/1182> (дата звернення: 10.04.2024).

28. Брага М., Рудий В. Стратегічне планування в охороні здоров'я на рівні госпітального округу. *Прямуємо разом.* 2020. С. 44. URL: <https://decentralization.ua/uploads/attachment/document/607/Workbook2.pdf> (дата звернення: 10.10.2022).

29. Бреденкамп К., Далє Е., Дорошенко О., Джигир Ю., Хабіхт Я., Хоукінс Л., Кацага О., Майнзюк К., Пак Х., Зусь К. Реформа фінансування системи охорони здоров'я в Україні: Прогрес та майбутні напрями. Washington : International Bank for Reconstruction and Development, 2022. 97 р. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366374/WHO-EURO-2022-5639-45404-65002-ukr.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (дата звернення: 10.06.2023).

30. Булах І. В. Особливості формування архітектурно-містобудівної мережі закладів вторинної медичної допомоги. *Science, research, development: monografia pokonferencyjna* (Rotterdam, The Netherlands, 03.2019). Warszawa : Diamond trading tour, 2019. С. 7–9.

31. Булах І. В. Передумови реорганізації мережі дитячих лікувальних закладів України. *Сучасні проблеми архітектури та містобудування.* 2017. № 47. С. 444–450.

32. Бурик З. М. Публічне управління системою охорони здоров'я в умовах змін. *Наукові інновації та передові технології.* 2023. № 14 (28). С. 1338–1352. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-5274-2023-14\(28\)-1338-1352](https://doi.org/10.52058/2786-5274-2023-14(28)-1338-1352) (дата звернення: 10.10.2023).

33. Бюджетний кодекс України : Закон України від 08.07.2010 р. № 2456-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2456-17#Text> (дата звернення: 10.09.2022).

34. В ході створення госпітальних округів медичні заклади в районах не ліквідуватимуть. URL: <http://www.medcv.gov.ua/archives/2855> (дата звернення: 10.09.2023).
35. Василевська Н. С. Цивільно-правове регулювання страхових відносин у сфері надання медичних послуг : дис. ... д-ра філософії : 081. Одеса, 2023. 198 с.
36. Височанський В. Госпітальні округи та госпітальні ради: повноваження та роль громад. *Децентралізація*. URL: <https://decentralization.ua/news/14438> (дата звернення: 10.10.2023).
37. Вишневський В., Голунов А., Коньков А. Керована медична допомога, як модель реформування охорони здоров'я адміністративної території. *Персонал*. 2006. № 2. С. 74–83. URL: <http://personal.in.ua/article.php?ida=241> (дата звернення: 10.10.2022).
38. Вівсяник О. М. Міжнародні організації в інституційному механізмі державного управління системою охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. Вип. 15–16. С. 162–167.
39. Галацан О. В. Організаційно-економічний механізм управління охороною здоров'я : автореф. дис.... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02. Київ, 2004. 34 с.
40. Гальцова О. Л. Державна політика у сфері охорони здоров'я: початок другого етапу реформи. *Український журнал прикладної економіки*. 2019. Т. 5, № 2. С. 101–107.
41. Гамбург Л. С. Госпітальні округи в територіальній організації системи охорони здоров'я в Україні: новації правової регламентації. *Правові засади організації та здійснення публічної влади*. 2021. Вип. 122.
42. Ганцюк Т. До проблеми визначення елементів комплексного механізму державного управління. *Державне управління та місцеве самоврядування*. 2014. Вип. 3. С. 17–26.
43. Гбур З. В., Гбур Е. М. Система охорони здоров'я та медичне страхування в Німеччині, Франції та Словенії. *Perspectives of world science and education : The 1st Intern. sci. and practical conf., October 2–4, 2019. Osaka : CPN Publishing Group, 2019. P. 374–380.*

44. Гбур З. В., Стовбан М. П. Теоретико-методологічні основи поняття госпітальний округ в сфері охорони здоров'я. *Conceptual options for the development of medical science and education* : collective monogr. Riga : Izdevniecība "Baltija Publishing", 2020. Р. 80–97. DOI: <https://doi.org/10.30525/978-9934-588-44-0/05> (дата звернення: 10.09.2022).
45. Гвазава Н. Г. Менеджмент у публічному адмініструванні. *Управління розвитком*. 2016. № 4. С. 25–29.
46. Гладун З. Адміністративно-правове регулювання відносин у сфері охорони здоров'я за законодавством України. *Вісник Національної академії правових наук України*. 2014. № 1. С. 103–111.
47. Гладун З. С. Концептуальні основи державно-правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я населення. URL: [http://medicallaw.org.ua/uploads/media/01\\_073\\_08.pdf](http://medicallaw.org.ua/uploads/media/01_073_08.pdf) (дата звернення: 05.10.2023).
48. Говорко О. В. Ефективність системи забезпечення охорони здоров'я населення України. *Інтелект XXI*. 2017. № 2. С. 92–97.
49. Головчак М., Карковська В. Неінституціоналізм в публічній політиці сфери охорони здоров'я: розвиток інституту медсестринства. *Наукові інновації та передові технології*. 2023. № 6 (20). С. 181–187. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-5274-2023-6\(20\)-181-187](https://doi.org/10.52058/2786-5274-2023-6(20)-181-187) (дата звернення: 12.10.2023).
50. Гончарук О. Б., Савичук Н. О. Поняття механізмів державного управління та їх практичне значення. *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. Вип. 7. С. 77–83.
51. Горбатюк С. Є. Концептуалізація моделі гуманітарної політики в Україні на сучасному етапі реформ. *Ефективність державного управління*. 2018. Вип. 55.
52. Госпітальні округи: хто вирішує долю лікарень? Роз'яснює Міністерство охорони здоров'я. *Охорона здоров'я*. URL: <https://auc.org.ua/novyna/gospitalni-okrugy-hto-vyrishuye-dolyu-likaren-rozyasnyuye-ministerstvo-ohorony-zdorovya> (дата звернення: 10.12.2023).
53. Грабовський В. А., Клименко П. М. Системний підхід до управління закладами охорони здоров'я. *Вісник Національної академії державного управління при Президентіві України*. 2014. Вип. 3. С. 136–142.

54. Григорович В. Р. Удосконалення управлінських механізмів державної підтримки системи охорони здоров'я в Україні. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2010. № 2. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur\\_2010\\_2\\_13](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur_2010_2_13) (дата звернення: 10.12.2022).
55. Даньків Й. Я., Макарович В. К. Ефективність діяльності підприємства: аналітичні аспекти. *Бухгалтерський облік і аудит*. 2017. № 6. С. 30–40.
56. Дейниховська К. Європейські принципи та методи функціонування системи охорони здоров'я (на прикладі Франції та Іспанії). *Державне будівництво*. 2008. № 2. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeVu\\_2008\\_2\\_68](http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeVu_2008_2_68) (дата звернення 11.09.2020 р.)
57. Департамент охорони здоров'я, Прес-служба Львівської ОДА. *USAID представив проєкт плану розвитку госпітального округу Львівської області*. <https://old.loda.gov.ua/news?id=61368> (дата звернення: 20.08.2022).
58. Департамент охорони здоров'я Одеської обласної державної адміністрації. *Стратегія реформи системи охорони здоров'я спрямована на забезпечення конституційних прав громадян на охорону здоров'я та передбачає наступні шляхи її реалізації*. <https://mednet.od.gov.ua/wp-content/uploads/2022/04/strategiya-reform-v-ohoroni-zdorovya.pdf> (дата звернення: 20.08.2022).
59. Державна Служба Статистики України. URL: <https://www.ukrstat.gov.ua> (дата звернення: 30.08.2022).
60. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні : навч.-наук. вид. / авт. кол. : М. Білинська та ін. ; за заг. ред. М. Білинської. Київ ; Львів : НАДУ, 2012. 240 с.
61. Децентралізація медицини. *Госпітальні округи*. URL: [https://health.decentralization.gov.ua/medical\\_districts](https://health.decentralization.gov.ua/medical_districts) (дата звернення: 20.10.2023).
62. Деякі питання ведення Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я : Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 587 від 28 лютого 2020 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0236-20#Text> (дата звернення: 20.05.2022).

63. Деякі питання електронної системи охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 411. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-п#Text> (дата звернення: 20.05.2022).

64. Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України від 28.02.2023 р. № 174. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/174-2023-%D0%BF#Text> (дата звернення: 20.05.2022).

65. Деякі питання провадження господарської діяльності з медичної практики : Постанова Кабінету Міністрів України від 16 лютого 2022 року № 126. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/126-2022-п> (дата звернення: 20.10.2022).

66. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році та I кварталі 2021 року : Постанова КМУ від 5 лютого 2020 р. № 65. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/65-2020-п#Text> (дата звернення: 10.12.2022).

67. Деякі питання реалізації у 2015–2017 роках Державної стратегії регіонального розвитку на період до 2020 року : Постанова Кабінету Міністрів України від 07.10.2015 р. № 821. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/821-2015-%D0%BF#Text> (дата звернення: 20.04.2022).

68. Деякі питання створення госпітальних округів : Постанова Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1074. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1074-2019-п#n10> (дата звернення: 20.07.2022).

69. Деякі питання формування медичних висновків про тимчасову непрацездатність та проведення їхньої перевірки : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 01 червня 2021 року № 1066. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0728-21#Text> (дата звернення: 10.07.2022).

70. Дегтяр А. О., Бублій М. П. Функціональна обумовленість механізмів державного управління. *Наукові розвідки з державного та муніципального управління*. 2014. Вип. 2. С. 377–385.

71. Діденко Н. Г. Трансформація національної системи охорони здоров'я під час війни й повоєнного відновлення. *Public policy, governance and communications in*



*the EU member states and candidate countries* : post-conf. monogr. Київ : НаУКМА, 2023. С. 148–156.

72. Довженко В. А., Симоненко Л. І., Іванюк О. В. Проблеми медичного обслуговування сільського населення в умовах політики децентралізації влади. *Інвестиції: практика та досвід*. 2019. № 9. С. 83–89.

73. Долгіх М. В. Теоретичні засади реформування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я : дис. ... д-ра філософії в галузі публічного управління та адміністрування. Київ, 2021. 255 с.

74. Долгіх М. В. Закордонний досвід формування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я. *Право та державне управління*. 2020. Вип. 21. С. 107–114.

75. Долот В. Д. Система охорони здоров'я в Україні: вибір національної моделі розвитку. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2013. Вип. 2.

76. Долотенко Є. В. Особливості державного управління системою охорони здоров'я в Україні. *Держава та регіони. Серія: Державне управління*. 2014. Вип. 1. С. 89–95.

77. Домбровська С. М. Теоретичні аспекти формування механізмів державного управління у реформуванні вищої освіти України. *Державне будівництво*. 2010. Вип. 2.

78. Дорошенко О. О., Шевченко М. В. Аналіз міжнародного досвіду фінансування вторинної медичної допомоги. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2017. № 1. С. 16–23. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/eprozd\\_2017\\_1\\_5](http://nbuv.gov.ua/UJRN/eprozd_2017_1_5) (дата звернення: 15.06.2023).

79. Дорошенко О. О., Шевченко М. В., Карамзіна Л. А., Мендрік О. А. Розрахунки потреби в інвестиціях для дооснащення високовартісним обладнанням закладів охорони здоров'я госпітальних округів. *Україна. Здоров'я нації*. 2012. № 1 (21). С. 101–115.

80. Древаль Ю. Д. До питання про сутність та зміст механізмів державного управління. *Вісник Національного університету цивільного захисту України. Серія: державне управління*. 2014. Вип. 1. С. 57–63.

81. Древаль Ю. Д. Механізми державного управління як наукова проблема. *Державне будівництво*. 2009. Вип. 2.
82. Дуб Н., Федорович У., Карковська В., Головчак М. Перспективи реформування професійної підготовки медсестер в Україні у контексті євроінтеграції. *Наукові інновації та передові технології*. 2023. № 13 (27). С. 62–70. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-5274-2023-13\(27\)-62-70](https://doi.org/10.52058/2786-5274-2023-13(27)-62-70) (дата звернення: 15.04.2024).
83. Дячук Д. Д., Мороз Г. З., Гідзинська І. М., Кравченко А. М. Запровадження пацієнт-орієнтованого підходу та удосконалення організації медичної допомоги на сучасному етапі (огляд літератури). *Клінічна та профілактична медицина*. 2023. № 1. С. 67–77
84. Європейська база Медико-Статистичної Інформації «Здоров'я для всіх» (HFA-DB). *Європейське регіональне бюро ВООЗ*. Копенгаген. URL: [https://gateway.euro.who.int/ru/indicators/hfa\\_70-1090-estimated-life-expectancy-world-health-report/](https://gateway.euro.who.int/ru/indicators/hfa_70-1090-estimated-life-expectancy-world-health-report/) (дата звернення: 15.04.2023).
85. Європейська конвенція про захист прав людини і основних свобод 1950 р. (Конвенцію ратифіковано Законом № 475/97-ВР від 17.07.97). URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_004#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_004#Text) (дата звернення: 15.04.2023).
86. Європейська соціальна хартія 1996 р. (Редакція від 07.09.2016). URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994\\_062](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_062) (дата звернення: 15.10.2023).
87. Жалінська, І. В. Громадське здоров'я : методологія оцінювання та обґрунтування політики: автореф. дис. ... канд. екон. наук : 08.00.07. Київ : ІДСД НАН України, 2011. 20 с.
88. Загальна декларація прав людини 1948 р. Прийнята і проголошена резолюцією 217 А (III). Генеральної Асамблеї ООН від 10 грудня 1948 року. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_015#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_015#Text) (дата звернення: 16.11.2023).
89. Засади національної стратегії охорони здоров'я України / П. М. Клименко, С. М. Ханенко, Т. В. Бутківська, Г. В. Гусева, І. Д. Шкробанець, О. С. Коваленко, Т. І. Чабан, В. М. Дольнік, І. В. Найда, А. П. Гук. *Україна. Здоров'я нації*. 2018. № 2. С. 73–82.

90. Західна О. Р., Мидлик Ю. І. Медична реформа в умовах децентралізації влади в Україні. *Молодий вчений*. 2017. № 11 (51). С. 1155–1162.
91. Звіт про доходи та витрати надавачів медичних послуг (окремі показники). *Фінансові показники КНП*. URL: <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/dashboard/1-hc> (дата звернення: 10.10.2023).
92. Звіти про роботу Управління та закладів охорони здоров'я Івано-Франківської міської ради. *Управління охорони здоров'я Івано-Франківської міської ради*. URL: <https://uoz.com.ua/zvity/> (дата звернення: 15.11.2023).
93. Звіти щодо виконання Державного бюджету. *Міністерство фінансів України*. URL: <https://mof.gov.ua/uk/previous-years-budgets> (дата звернення: 15.11.2022).
94. Зима І. Я. Аналіз законодавчого забезпечення державного управління трансформацією системи охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2019. Вип. 7. С. 108–113.
95. Іванченко М. І. Удосконалення управління системою реабілітації військовослужбовців в лікувально-оздоровчих закладах. *Управління розвитком соціально-економічних систем* : матеріали VIII Міжнар. наук.-практ. конф. (Харків, 21–22 березня 2024 р.). Харків : ДБТУ. 2024. Ч. 1. С. 196–199. URL: <https://repo.btu.kharkov.ua/handle/123456789/50172> (дата звернення: 15.04.2024).
96. Ігнатенко Т. В. Рейтингова оцінка як засіб визначення ефективності результатів фінансово-господарської діяльності сегментів. *Вісник соціально-економічних досліджень*. 2014. Вип. 1 (52). С. 197–200. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/147038438.pdf> (дата звернення: 15.04.2024).
97. Ігнат'єва Г. Використання досвіду функціонування суспільно-солідарної системи керованої медичної допомоги в умовах децентралізації управління системою охорони здоров'я України. *Публічне адміністрування: теорія та практика*. 2014. Вип. 1. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Patp\\_2014\\_1\\_9](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Patp_2014_1_9) (дата звернення: 19.10.2022).
98. Ільїч Л. М., Яковенко І. В., Акіліна О. В., Панченко А. Г. Впровадження нових механізмів управління роботою закладів соціальної сфери у зв'язку із наслідками вторгнення Російської Федерації. *Державне управління: удосконалення*

та розвиток. 2022. № 10. URL: [https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/42293/1/Illich\\_Yakovenko\\_Akilina\\_Panchenko\\_Vpr\\_ov\\_nov\\_mechan\\_uprav\\_stat.pdf](https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/42293/1/Illich_Yakovenko_Akilina_Panchenko_Vpr_ov_nov_mechan_uprav_stat.pdf) (дата звернення: 15.02.2023).

99. Індекс здоров'я. Україна – 2019: Результати загальнонаціонального дослідження. URL: [http://health-index.com.ua/HI\\_Report\\_2019\\_Preview.pdf](http://health-index.com.ua/HI_Report_2019_Preview.pdf) (дата звернення: 15.10.2023).

100. Індекс здоров'я. Україна – 2020. URL: <https://health-index.com.ua> (дата звернення: 15.10.2023).

101. Ісаєнко І. А. Європейські підходи до функціонування механізмів публічного управління. *Інвестиції практика та досвід*. 2012. № 5. URL: <http://www.investplan.com.ua/?op=1&z=1844&i=29> (дата звернення: 10.12.2023).

102. Капітан О. Проблеми та напрями удосконалення національного законодавства у сфері охорони здоров'я. *Вісник Національного університету "Львівська політехніка". Серія: Юридичні науки*. 2022. № 3 (35). С. 128–134. DOI: <https://doi.org/10.23939/law2022.35.128> (дата звернення: 15.10.2023).

103. Карамишев Д., Удовиченко Н. Основні принципи функціонування системи охорони здоров'я в контексті загальнолюдських цінностей соціальної держави. *Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення)* : матеріали II Всеукр. наук.-практ. конф., 17–18 квіт. 2008 р., Львів. Львів, 2008. С. 129–136.

104. Карамишев Д. В. Управління системою охорони здоров'я у контексті стратегічного управління організацією. *Університетські наукові записки*. 2005. Вип. 3. С. 330–333.

105. Карамишев Д. В., Удовиченко Н. М. Сутність розуміння ефективності управління системою охорони здоров'я в сучасних умовах. *Наукові записки*. 2016. Вип. 19. С. 25–29. URL: <http://www.kbuapa.kharkov.ua/e-book/db/2008-1/doc/2/03.pdf> (дата звернення: 15.10.2022).

106. Карамішев Д. В., Вашев О. Є., Немченко А. С., Волос Б. О. Державна політика фінансування галузі охорони здоров'я в Україні. *Державне будівництво*. 2007. Вип. 1 (1).
107. Карлаш В. В. Механізми державного регулювання у сфері охорони здоров'я населення України : дис. ... канд. держ. упр. : 25.00.02. Харків, 2020. 214 с.
108. Качур О. Ю. Характеристика проекту госпітальних округів Житомирської області. *Україна. Здоров'я нації*. 2013. № 4 (28). С. 73–77.
109. Кланца А. І. Система охорони здоров'я як структурна складова забезпечення національної безпеки держави. *Сучасні політичні процеси: глобальний та національний виміри* : матеріали Міжнар. наук.-практ. інтернет-конф. (Одеса, 28 верес. 2018 р.) / Нац. ун-т «Одеська юридична академія». Одеса, 2018. С. 93–97.
110. Ключко В. М. Історичні аспекти реалізації принципів державного управління в галузі охорони здоров'я. *Держава та регіони*. 2010. Вип. 3. С. 213–217.
111. Козьменко С. М., Охріменко І. О. Аналіз законодавчих ініціатив щодо обов'язкового медичного страхування в Україні. *Вісник Української академії банківської справи*. 2012. № 2 (33). С. 62–68.
112. Конвенція про ліквідацію всіх форм расової дискримінації щодо жінок 1979 р. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_207](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_207) (дата звернення: 15.10.2023).
113. Конвенція про права дитини 1989 р. (Редакція від 16.11.2023). URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_021#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_021#Text) (дата звернення: 15.12.2023).
114. Конвенція про права осіб з інвалідністю 2006 р. (Редакція від 19.06.2023). URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_g71#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_g71#Text) (дата звернення: 15.10.2023).
115. Конституція України: редакція від 01.01.2020 №254к/96-ВР. *Відомості Верховної Ради України*. 1996. № 30, ст. 141). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/254к/96-вр> (дата звернення: 10.10.2023).
116. Косовська Л. В., Кирич Н. Б. Особливості організації реформування охорони здоров'я на регіональному рівні. *Актуальні задачі сучасних технологій* : збірник тез доповідей VII Міжнар. наук.-техн. конф. молодих учених та студентів. 2018. Вип. 3. С. 183–184.

117. Кошова С. П., Михальчук В. М., Радиш Я. Ф. Єдиний медичний простір України – нова парадигма розвитку національної системи охорони здоров'я. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2021. № 9. URL: [http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/9\\_2021/32.pdf](http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/9_2021/32.pdf) (дата звернення: 15.10.2022).
118. Кравченко С. О. Теоретико-методологічні засади здійснення державно-управлінських реформ : автореф. дис .... д-ра наук з держ. упр. : 25.00.01. Київ, 2001. 77 с.
119. Краснова О. І., Плужнікова Т. В. Особливості механізму державного регулювання сфери охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. № 7. С. 46–48.
120. Крах реформи лікарень на Львівщині: госпітальних округів не буде. URL: [https://zaxid.net/krah\\_reformi\\_likaren\\_na\\_lvivshhini\\_gospitalnih\\_okrugiv\\_ne\\_bude\\_n1455999](https://zaxid.net/krah_reformi_likaren_na_lvivshhini_gospitalnih_okrugiv_ne_bude_n1455999) (дата звернення: 15.08.2023).
121. Кращі практики управління медичним закладом. *Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я»*. Київ, 2021. 136 с. URL: [https://xn---5-6kci2amhfu6w.xn--d1apij.xn--j1amh/wp-content/uploads/2021/12/manual-best-practices\\_web\\_compressed.pdf](https://xn---5-6kci2amhfu6w.xn--d1apij.xn--j1amh/wp-content/uploads/2021/12/manual-best-practices_web_compressed.pdf) (дата звернення: 15.04.2023).
122. Криничко Л., Мотайло О. Нові підходи до фінансування системи охорони здоров'я. *Аспекти публічного управління*. 2021. № 9 (2). С. 86–100. DOI: <https://doi.org/10.15421/152122> (дата звернення: 15.10.2023).
123. Криничко Л. Р. Державне управління системою охорони здоров'я в умовах реформування: проблеми теорії та методології : монографія. Житомир : Вид. О.О. Євенок. 2020. 320 с.
124. Кринична І. Державне регулювання реформування галузі охорони здоров'я в Україні: аналіз очікуваних результатів реалізації реформ. *Державне управління та місцеве самоврядування*. 2015. Вип. 2. С. 137–147.
125. Круглов М. П. Теоретичні підходи до визначення понятійного апарату механізмів державного управління на національному, регіональному та мікрорівнях. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2011. Вип. 6. <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=544>

126. Кудлай Є. М. На Сумщині уряд затвердив госпітальні ради в усіх госпітальних округах. *Данкор Онлайн*. URL: <http://www.dancor.sumy.ua/articles/community/281790> (дата звернення: 15.12.2023).
127. Кужелєв М. О., Нечипоренко А. В. Фінансування охорони здоров'я в умовах глобальних викликів: український досвід. *Європейський науковий журнал економічних та фінансових інновацій*. 2024. № 1 (13). С. 85–94. DOI: <http://doi.org/10.32750/2024-0109> (дата звернення: 15.04.2024).
128. Кульгінський Є. Механізми децентралізації державного управління системою охорони здоров'я: європейський досвід. *Державне управління та місцеве самоврядування*. 2015. Вип. 2. С. 147–159.
129. Лазоришинець В. В., Слабкий Г. О., Ярош Н. П., Чепелевська Л. А., Шевченко М. В., Кутуза А. С., Ціборовський О. М., Істомин С. В., Кондратюк Н. Ю., Кучеренко Н. Т., Тяпкін Г. М. Державне управління охороною здоров'я України. Київ, 2014. 312 с.
130. Лейберюк О. М. Транспортна доступність населення до центрів госпітальних округів (конкретний аналіз на прикладі Чернівецької області). *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Географічні науки»*. 2017. Вип. 7. С. 62–68.
131. Лемішко Б. Б., Грицко Р. Ю. Класифікації та термінологічні підходи у процесі державного модернізаційного реформування системи охорони здоров'я в Україні. *Демократичне врядування*. 2013. Вип. 11.
132. Лехан В. М., Крячкова Л. В., Заярський М. І. Аналіз реформ охорони здоров'я в Україні: від здобуття незалежності до сучасності. *Україна. Здоров'я нації*. 2018. № 4. С. 5–11. URL: <http://repo.dma.dp.ua/id/eprint/4987> (дата звернення: 15.10.2022).
133. Лехан В. М., Слабкий Г. О., Шевченко М. В. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. *Україна. Здоров'я нації*. 2010. № 1. С. 5–23.
134. Лікарі та пацієнти в Україні чекають на другий етап медичної реформи. *Національна служба здоров'я України*. URL: <https://nszu.gov.ua/novini/likari-ta-paciyenti-v-ukrayini-chekayut-nadrugij-etap-medic-203> (дата звернення: 15.12.2023).

135. Макаренко М. В. Упровадження системи *eHealth* як одного з пріоритетних напрямів трансформації сфери охорони здоров'я в Україні. *Публічне управління і адміністрування в Україні*. 2021. № 23. С. 47–50.
136. Малярець Л. М., Мінєнкова О. В., Сабадаш Л. О. Моделювання в оцінці та аналізі діяльності підприємства. Харків : ХНЕУ ім. С. Кузнеця, 2018. 202 с. URL: <http://surl.li/uaoyvy> (дата звернення: 10.10.2023).
137. Мамчин М. М., Фуртак І. І., Паробецька І. М. Організація служби управління госпітальною допомогою. *Вісник Національного університету "Львівська політехніка"*. Серія: Логістика. 2018. № 892. С. 149–159.
138. Мартишин О. О. Госпітальні округи в Україні: проблеми та шляхи їх вирішення. *Український медичний часопис*. 24 травня 2017. URL: <https://www.umj.com.ua/article/108816/gospitalni-okrugi-v-ukrayini-problemi-ta-shlyahi-yih-virishennya> (дата звернення: 15.10.2022).
139. Матвієнко Ю. Французька і британська моделі охорони здоров'я (огляд). *Медицина світу*. 2014. URL: <http://msvitu.com/archive/2014/may/article-9.php?print=1> (дата звернення: 15.10.2022).
140. Машевський О., Барабой М. Історія становлення системи медичного страхування США та медична реформа Б. Обами. *Американська історія та політика*. 2017. № 3. С. 181–189.
141. Медична реформа в Україні. URL: <https://medstar.ua/medichna-reforma-v-ukrayini/> (дата звернення: 15.04.2024).
142. Медяник Д. І., Липчанський В. О. Особливості ефективності управління закладами охорони здоров'я. *Наукові записки*. 2016. Вип. 19. С. 22–29.
143. Мельниченко О. А., Овчарова Ж. М. Публічне управління розвитком сфери охорони здоров'я як предмет наукових досліджень. *Таврійський науковий вісник. Серія Публічне управління та адміністрування*. 2022. № 4. С. 40–46.
144. Мельниченко О. А. Механізми державного управління надзвичайними ситуаціями: сутність та складові. *Державне будівництво*. 2014. Вип. 1. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeBu\\_2014\\_1\\_11](http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeBu_2014_1_11) (дата звернення: 15.10.2022).



145. Меморандум про спільну діяльність щодо створення в Україні прозорої та ефективної електронної системи охорони здоров'я від 16.03.2017. URL: <https://mcplus.com.ua/reforma-moz/> (дата звернення: 15.10.2022).
146. Методологія визначення багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування. URL: [https://moz.gov.ua/uploads/2/10201-metodologia\\_cortkiv.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/2/10201-metodologia_cortkiv.pdf) (дата звернення: 15.10.2023).
147. Механізми реалізації регіональної політики: оцінка ефективності та напрями удосконалення : монографія / наук. ред. С. Л. Шульц ; ДУ «Інститут регіональних досліджень імені М. І. Долішнього НАН України». Львів, 2018. 205 с. URL: <https://ird.gov.ua/irdp/p20180102.pdf> (дата звернення: 15.10.2022).
148. Мироненко В., Куцик К. Категорії «охорона», «реалізація», «захист» як складові забезпечення прав осіб, які страждають на психічні розлади і потребують психіатричної допомоги. *Наукові перспективи*. 2024. № 4 (46). С. 1077–1090. DOI: [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-4\(46\)-1077-1090](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-4(46)-1077-1090) (дата звернення: 10.04.2024).
149. Михайловська Н. С. Діяльність сімейного лікаря в умовах страхової медицини. Запоріжжя : ЗДМУ, 2017. 109 с.
150. Михальчук В. М., Стовбан М. П. Соціальний ефект для населення від впровадження госпітальних округів. *Сучасні аспекти науки* : III том кол. монографії / за ред. Є. О. Романенка, І. В. Жукової. Київ ; Братислава : ФОП Кандиба Т. П., 2020. С. 176–196. URL: <http://perspectives.pp.ua/public/site/mono/monography-3-2020.pdf> (дата звернення: 15.11.2022).
151. Міжнародний пакт про громадські та політичні права 1966 р. (Міжнародний пакт ратифіковано Указом Президії Верховної Ради Української РСР № 2148-VIII (2148-08) від 19.10.73). URL: [https://zakon.rada.gov.ua/go/995\\_043](https://zakon.rada.gov.ua/go/995_043) (дата звернення: 15.11.2022).
152. Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права 1966 р. (Міжнародний пакт ратифіковано Указом Президії Верховної Ради Української РСР № 2148-VIII (2148-08) від 19.10.73). URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_042#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_042#Text) (дата звернення: 15.10.2023).

153. Міжнародні правила охорони здоров'я 2005 р. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43883/9789663836911-ukr.pdf?sequence=33&isAllowed=y> (дата звернення: 15.10.2023).
154. Міжнародної конвенції про ліквідацію всіх форм расової дискримінації 1966 р. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_105#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_105#Text) (дата звернення: 15.10.2023).
155. Міністерство охорони здоров'я затвердило дорожню карту і принципи першого компоненту системи E-Health в Україні. URL: <https://en.moz.gov.ua/uk/ministerstvo-ohoroni-zdorov'ja-zatverdilo-dorozhnyu-kartu-i-principi-pershogo-komponentu-sistemi-e-health-v-ukraini> (дата звернення: 15.12.2023).
156. Міська програма Інформатизація галузі охорони здоров'я м. Вінниці на 2016–2020 р. URL: <https://2021.vmr.gov.ua/Branches/Lists/HealthCare/ShowContent.aspx?ID=32> (дата звернення: 15.10.2022).
157. МОЗ анонсувало створення госпітальних округів у кожній області 27 листопада, 2019. URL: [https://dt.ua/UKRAINE/moz-anonsovalo-stvorennya-gospitalnih-okrugiv-u-kozhniy-oblasti-331138\\_.html](https://dt.ua/UKRAINE/moz-anonsovalo-stvorennya-gospitalnih-okrugiv-u-kozhniy-oblasti-331138_.html) (дата звернення: 15.10.2022).
158. Моніторинг процесу децентралізації влади та реформування місцевого самоврядування: національний проект «Децентралізація». *Міністерство розвитку громад та територій України*. URL: <https://decentralization.ua/mainmonitoring> (дата звернення: 15.10.2023).
159. Мотайло О. В. Трансформація підходів до розуміння системи охорони здоров'я як структурної складової державної безпеки. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2019. № 7. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1755> (дата звернення: 15.10.2022).
160. Надюк З.О. Сучасні тенденції державного регулювання ринку медичних послуг в Україні / З.О. Надюк // Теорія та практика державного управління: Зб.наук.пр. – Вип. 2 (14). – Х.: Вид-во ХарПІ НАДУ „Магістр”. – 2006. –с. 193–197.

161. Надюк З. О., Сенюк Ю. І. Сучасна державна політика у сфері охорони здоров'я: аналіз реформування системи. *Право та державне управління*, 2020. № 2. С. 211–220.
162. Надюк З. Механізми державного управління національною системою охорони здоров'я. Класичний приватний університет м. Запоріжжя, Україна. 2009. С. 502–508. URL: <https://www.ur.edu.pl/files/ur/import/Zeszyty/zeszyt-14/40.pdf> (дата звернення: 15.10.2022).
163. Назарко С. О. Ефективне управління медичним закладом в умовах реформування системи охорони здоров'я. *Ефективна економіка*. 2020. № 1. URL: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=7574> (дата звернення: 15.10.2022).
164. Національна стратегія побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2025. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/NT1138> (дата звернення: 10.04.2024).
165. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 рр. від 27.11.2014 р. *Міністерство охорони здоров'я України*. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf> (дата звернення: 15.10.2022).
166. Немченко А. С., Бабенко М. М., Назаркіна В. М., Косяченко К. Л. Сучасні моделі публічного управління в системі охорони здоров'я та фармації. *Соціальна фармація: стан, проблеми та перспективи* : матеріали VIII Міжнар. наук.-практ. дистанц. конф., Харків, 27 квітня 2023 р. Харків : НФаУ, 2023. С. 81–94.
167. Об'єднані громади та медреформа: що варто знати про госпітальні округи. 04.08.2017. URL: <http://decentralization.uacrisis.org/hospitalni-okruhy> (дата звернення: 15.10.2022).
168. Оболенський О. Ю., Королук Ю. Г. Системна концепція категорії «механізми державного управління». *Інвестиції: практика та досвід*. 2011. Вип. 10. С. 79–84.
169. Обушна Н. І. Публічний аудит як модернізаційний механізм державного управління в Україні. *Державне управління: теорія та практика*. 2015. Вип. 1. С. 41–48.

170. Орлова Н. С., Бурик З. М. Державна інформаційна політика в Україні в сфері охорони здоров'я. *Експерт: парадигми юридичних наук і державного управління*. 2021. № 2 (14). С. 233–242. DOI: [https://doi.org/10.32689/2617-9660-2021-2\(14\)-233-242](https://doi.org/10.32689/2617-9660-2021-2(14)-233-242) (дата звернення: 10.10.2022).
171. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 № 2801-ХІІ. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення: 15.10.2022).
172. Офіційний сайт Державного підприємства «Електронне здоров'я» (eZdorovya). URL: <https://ezdorovya.ua/> (дата звернення: 10.10.2022).
173. Офіційний сайт Електронна система охорони здоров'я в Україні (ЕСОЗ). URL: <https://ehealth.gov.ua> (дата звернення: 10.10.2022).
174. Офіційний сайт МОЗ – Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua> (дата звернення: 10.10.2022).
175. Офіційний сайт НСЗУ – Національна служба здоров'я України. URL: <https://nszu.gov.ua> (дата звернення: 10.10.2022).
176. Павлюк Н. В. Теоретичні засади організаційного і правового механізмів публічного управління в Україні. *Демократичне врядування*. 2016. Вип. 16–17.
177. Парій В. Д., Грищук С. М., Борис В. М. Основні підходи до визначення лікарні інтенсивного лікування при створенні госпітального округу. *Україна. Здоров'я нації*. 2016. № 3. С. 59–64.
178. Парій В. Д., Грищук С. М., Борис В. М. Визначення показників для проведення оптимізації ліжкового фонду закладів охорони здоров'я госпітального округу. *ScienceRise*. 2015. Т. 10, № 3 (15). С. 97–100.
179. Парубчак І. О., Радух Н. Б. Реалізація державної політики у галузі охорони здоров'я в період викликів пандемії COVID-19 в Україні. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського. Серія: Державне управління*. 2021. № 3. С. 42–46. DOI: <https://doi.org/10.32838/TNU-2663-6468/2021.1/09> (дата звернення: 10.10.2022).
180. Парубчак І. О., Сіренко Р. Р., Рибчич І. Є. Формування та реалізація державної політики реформ у системі охорони здоров'я на сучасному етапі викликів

пандемії COVID-19 в Україні. *Публічне управління та митне адміністрування*. 2021. № 4 (31). DOI: <https://doi.org/10.32836/2310-9653-2021-4.5> (дата звернення: 10.10.2022).

181. Пендзин О. Медична реформа по-європейськи: на що орієнтуватися Україні. Актуальні індикатори стану системи охорони здоров'я в країнах Євросоюзу та в нашій державі. *OpenMind*. 01.11.2017. URL: <https://mind.ua/openmind/20178091-medichna-reforma-po-evropejski-na-shcho-orientuvatisya-ukrayini> (дата звернення: 10.03.2023).

182. Перелік Розпоряджень Кабінету Міністрів України Про затвердження переліку та складу госпітальних округів м. Києва, областей в 2017–2018 роках. URL: <https://moz.gov.ua/uk/plan-reform> (дата звернення: 10.03.2022).

183. План розвитку електронної системи охорони здоров'я в Україні. Міністерство охорони здоров'я. <https://moz.gov.ua/uk/plan-rozvitku-elektronnoyi-sistemi-ohoroni-zdorov-ya-v-ukrayini> (дата звернення: 10.03.2022).

184. План розвитку системи e-Health. <https://www.kmu.gov.ua/news/zatverdzheno-plan-rozvitku-sistemi-ehealth> (дата звернення: 09.03.2022).

185. Подольчак Н. Ю., Цигилик Н. В., Хім М. К. Розробка факторної системи впливу публічного управління на сталий розвиток держави. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2021. № 11. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=2368> (дата звернення: 10.12.2022).

186. Положення про госпітальну раду Луцького госпітального округу. <https://www.lutskrada.gov.ua/pages/hospitalna-rada> (дата звернення: 10.10.2023).

187. Положення про електронну взаємодію державних електронних інформаційних ресурсів : Постанова Кабінету Міністрів України від 08 вересня 2016 року № 606. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/606-2016-п#Text> (дата звернення: 10.10.2023).

188. Порядок ведення Реєстру суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я в електронній системі охорони здоров'я : Наказ Міністерства охорони

здоров'я України 18 жовтня 2021 р. № 2243. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1632-21> (дата звернення: 10.10.2022).

189. Порядок організації ведення Електронного реєстру листків непрацездатності та надання інформації з нього : Постанова Кабінету Міністрів України від 17 квітня 2019 року № 328 (у редакції постанови Кабінету Міністрів України від 31 березня 2021 року № 323). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/328-2019-п#Text> (дата звернення: 10.10.2022).

190. Порядок організації електронної інформаційної взаємодії державних електронних інформаційних ресурсів : Постанова Кабінету Міністрів України від 10 травня 2018 року № 357. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/357-2018-п#Text> (дата звернення: 10.10.2022).

191. Порядок функціонування госпітальних округів і госпітальних кластерів та встановлення їх меж : Постанова Кабінету Міністрів України від 28 лютого 2023 р. № 174. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/174-2023-п#n13> (дата звернення: 10.10.2022).

192. Приходченко Л. Л. Політичний та інституційний механізми державного управління: узгодження інтересів. *Теорія та практика державного управління*. 2010. Вип. 4. С. 9–16.

193. Приходченко Л. Структура механізму державного управління: взаємозв'язок компонентів та фактори впливу на ефективність. *Вісник Національної академії державного управління при Президентові України*. 2009. Вип. 2. С. 105–112.

194. Приходько В. П. Механізм державного регулювання та управління економічною безпекою. *Інвестиції: практика та досвід*. 2013. Вип. 15. С. 6–8.

195. Про безпеку та якість донорської крові та компонентів крові : Закон України від 12 січня 2022 № 931-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/931-20#Text> (дата звернення: 10.05.2023).

196. Про визнання таким, що втратив чинність, наказу Міністерства охорони здоров'я України від 26.03.2010 № 261 : Наказ Міністерства охорони здоров'я України 22.12.2015 № 885. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0885282-15#Text> (дата звернення: 10.10.2022).

197. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо підвищення доступності медичної та реабілітаційної допомоги у період дії воєнного стану : Закон України від 29.07.2022 № 2494-IX. URL: <http://surl.li/baawwz> (дата звернення: 10.10.2022).

198. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги : Закон України від 01.07.2022 р. 2347-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#Text> (дата звернення: 10.10.2022).

199. Про внесення змін до Закону України «Про Державний бюджет України на 2020 рік» : Закон України 13.04.2020 р. № 553-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/553-20#Text> (дата звернення: 10.10.2022).

200. Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 19 липня 2005 року № 360 : Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 1971 від 16 вересня 2021 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1371-21#Text> (дата звернення: 10.10.2022).

201. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги : Закон України від 07.07.2011 р. № 3611-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3611-17#Text>(дата звернення: 10.10.2022).

202. Про внесення змін до Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2024 році : Постанова Кабінету Міністрів України від 13.04.2024 № 428. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/428-2024-%D0%BF#Text>(дата звернення: 10.14.2024).

203. Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України : Постанова Кабінету Міністрів України від 19 червня 2020 р. № 589 (втратила чинність). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/589-2020-п#Text> (дата звернення: 10.10.2022).

204. Про внесення змін до Примірного положення про госпітальний округ : Наказ МОЗ України від 18.12.2017 № 1621. URL: <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukraini-vid-18122017-1621-pro-vnesennja-zmin-do-primirnogo-polozhennja-pro-gospitalnij-okrug> (дата звернення: 10.10.2022).

205. Про впровадження телемедицини в закладах охорони здоров'я : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 26.03.2010 № 261. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0261282-10#Text> (дата звернення: 10.10.2022).
206. Про Державний бюджет України на 2024 рік : Закон України від 09.11.2023 р. № 3460-IX. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3460-20#n185> (дата звернення: 10.02.2024).
207. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19.10.2017 р. № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> (дата звернення: 10.04.2024).
208. Про деякі питання створення госпітальних округів : Постанова Кабінету Міністрів України від 27.11.2019 р. № 1074 (втратила чинність). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1074-2019-%D0%BF> (дата звернення: 10.10.2023).
209. Про договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій : Постанова Кабінету Міністрів України № 410 від 25 квітня 2018 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/410-2018-п#Text> (дата звернення: 10.04.2023).
210. Про екстрену медичну допомогу : Закон України від 01 січня 2024 № 5081-VI. *Відомості Верховної Ради*. 2013. № 30, ст. 340. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5081-17#Text> (дата звернення: 10.06.2022).
211. Про затвердження «Положення про госпітальну раду Рівненського госпітального округу» : Розпорядження голови Рівненської обласної державної адміністрації від 28.04.2021 № 330. URL: <https://www.rv.gov.ua/npas/pro-gospitalnu-radu-rivnenskogo-gospitalnogo-okrugu-330-2021> (дата звернення: 10.04.2023).
212. Про затвердження галузевої програми «Електронна система реєстрації та обміну медичною інформацією між закладами, установами і організаціями системи охорони здоров'я» : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25.11.2008 № 675. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0675282-08#Text> (дата звернення: 10.06.2022).
213. Про затвердження Концепції галузевої програми «Електронна система реєстрації та обміну медичною інформацією між закладами, установами і



організаціями охорони здоров'я» : Наказ МОЗ від 25.07.2008 № 409. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0409282-08#Text> (дата звернення: 10.06.2023).

214. Про затвердження Концепції розвитку системи охорони здоров'я в місті Києві : Рішення Київської міської Ради від 14 грудня 2017 року № 692/3699. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/view/MR171887?an=1> (дата звернення: 10.04.2023).

215. Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики : Постанова Кабінету Міністрів України від 02.03.2016 р. № 285. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/285-2016-%D0%BF#Text> (дата звернення: 10.04.2023).

216. Про затвердження Методики розподілу обсягу видатків між видами медичної допомоги : Наказ Міністерства охорони здоров'я № 373 від 15 травня 2013. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1044-13#Text> (дата звернення: 10.04.2023).

217. Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я : Наказ Міністерства охорони здоров'я України 19.10.2015 № 681. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/z1400-15#Text> (дата звернення: 10.05.2023).

218. Про затвердження нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України щодо реалізації Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05.10.2011 р. № 646. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1414-11#Text> (дата звернення: 10.02.2023).

219. Про затвердження Об'єму надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, що повинен забезпечуватися багатопрофільними лікарнями інтенсивного лікування першого та другого рівня, та Змін до Порядку регіоналізації перинатальної допомоги : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.10.2018 р. № 1881. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1292-18#Text> (дата звернення: 10.09.2022).

220. Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від

28.10.2002 р. № 385. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0892-02#Text> (дата звернення: 10.04.2023).

221. Про затвердження переліку опорних закладів охорони здоров'я у госпітальних округах на період до 2023 року : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 15.01.2020 р. № 23-р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-zatverdzhennya-pereliku-opornih-zakladiv-ohoroni-zdorovya-u-gospitalnih-okrugah-na-period-do-2023-roku-23-150120>(дата звернення: 10.04.2023).

222. Про затвердження плану Плану заходів щодо реалізації Концепції розвитку електронної охорони здоров'я : Розпорядження Кабінету Міністрів України № 1175-р від 29 вересня 2021 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1175-2021-p#Text> (дата звернення: 10.04.2023).

223. Про затвердження плану розвитку Вінницького госпітального округу на 2023–2025 роки : Наказ Вінницької обласної військової адміністрації від 29.12.2023 № 1537. URL: <https://www.vin.gov.ua/oda/normatyvno-pravovi-dokumenty/794-nakazy-nachalnyka-oblasnoi-viiskovoi-administratsii/59965-nakaz-1537-vid-29-hrudnia-2023-roku> (дата звернення: 10.01.2024).

224. Про затвердження Плану розвитку Закарпатського госпітального округу : Розпорядження Закарпатської обласної військової адміністрації від 12 січня 2024 р. № 33. URL: <https://carpathia.gov.ua/npas/pro-zatverdzhennia-planu-rozvytku-zakarpatskoho-hospitalnoho-okruhu> (дата звернення: 10.02.2024).

225. Про затвердження Положення про клінічний заклад охорони здоров'я : Наказ Міністерства охорони здоров'я від 05 червня 1997 р. № 174 (Редакція від 11.10.2013). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0245-97#Text> (дата звернення: 10.09.2022).

226. Про затвердження Положень про структурні підрозділи Департаменту медичних послуг Міністерства охорони здоров'я України МОЗ України : Наказ МОЗ від 13.02.2023 № 279. URL: <http://surl.li/wnokdg> (дата звернення: 10.01.2024).

227. Про затвердження Порядку видачі (формування) листків непрацездатності в Електронному реєстрі листків непрацездатності : Наказ

Міністерства охорони здоров'я України № 1234 від 17 червня 2021 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0890-21#Text> (дата звернення: 10.04.2023).

228. Про затвердження порядку державної акредитації закладу охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України від 15 червня 1997 р. № 765 (Редакція від 21.12.2023). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/765-97-п#Text> (дата звернення: 10.04.2024).

229. Про затвердження Порядку здійснення в особливий період обміну медичними та іншими документами військовослужбовців між закладами охорони здоров'я державної та комунальної власності, державними установами Національної академії медичних наук, в яких військовослужбовці перебували (перебувають) на лікуванні, військовими частинами і територіальними центрами комплектування та соціальної підтримки : Постанова КМУ від 23 серпня 2023 р. № 901. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/901-2023-п#Text> (дата звернення: 10.04.2024).

230. Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік : Постанова КМУ від 25 квітня 2018 р. № 407. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/407-2018-п#Text> (дата звернення: 10.06.2023).

231. Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій у 2020 році : Постанова КМУ від 27 листопада 2019 р. № 1124. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1124-2019-п#Text> (дата звернення: 10.06.2023).

232. Про затвердження порядку створення госпітальних округів : Постанова від КМУ 30.11.2016 р. № 932 (втратила чинність). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/932-2016-%D0%BF#Text> (дата звернення: 10.04.2023).

233. Про затвердження Порядку та умов надання субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на облаштування безпечних умов у закладах охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України від 02.04.2024 № 374. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/374-2024-%D0%BF#Text> (дата звернення: 10.04.2024).

234. Про затвердження примірних положень про заклади охорони здоров'я : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 30 грудня 2011 р. № 1008. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/MOZ15003> (дата звернення: 10.04.2023).

235. Про затвердження примірного положення про госпітальний округ : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 20.02.2017 р. № 165. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0165282-17#Text> (дата звернення: 10.04.2023).

236. Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні відновного лікування : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 31.10.2011 р. № 736. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0736282-11#Text> (дата звернення: 10.02.2023).

237. Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні інтенсивного лікування : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 31.10.2011 р. № 735. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0735282-11#Text> (дата звернення: 10.02.2023).

238. Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні планового лікування : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 31.10.2011 р. № 734. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0734282-11#Text> (дата звернення: 10.02.2023).

239. Про затвердження технічних вимог до електронної медичної інформаційної системи для її підключення до центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я та тестової програми для встановлення відповідності до таких вимог : Наказ Національною службою здоров'я України від 06.02.2019 р. № 28. URL: <https://www.apteka.ua/article/490019> (дата звернення: 10.02.2023).

240. Про затвердження Тимчасових методичних рекомендацій щодо запровадження програмноцільового методу складання та виконання місцевих бюджетів в системі охорони здоров'я у пілотних регіонах : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 08.06.2011 р. № 346. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0346282-11#Text> (дата звернення: 10.08.2022).

241. Про затвердження Тимчасового типового переліку бюджетних програм та результативних показників їх виконання для місцевих бюджетів у галузі «Охорона

здоров'я» для пілотних проектів у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 08.06.2011 р. № 347. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0347282-11#Text> (дата звернення: 10.10.2023).

242. Про затвердження Типового переліку бюджетних програм та результативних показників їх виконання для місцевих бюджетів у галузі «Охорона здоров'я» для пілотних проектів у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві. Наказ Міністерства охорони здоров'я, Міністерства фінансів України від 21 вересня 2012 № 728/1015 (втратив чинність). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1650-12#Text> (дата звернення: 10.10.2023).

243. Про захист населення від інфекційних хвороб : Закон України від 01 січня 2024 № 1645-III. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/1645-14#Text> (дата звернення: 10.04.2024).

244. Про Концепцію Національної програми інформатизації : Закон України від 04.02.1998 №75/98-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/75/98-вр#Text> (дата звернення: 10.04.2024).

245. Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України : Указ Президента України від 07 грудня 2000 №1313/2000. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000#Text> (дата звернення: 10.04.2023).

246. Про міську цільову Програму інформатизації сфери охорони здоров'я на 2018–2020 роки. URL: <https://smila-rada.gov.ua/content/рiшення-77-сесiї-7-го-скликання> (дата звернення: 10.04.2023).

247. Про наглядову раду закладу охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України від 21.11.2023 № 1221. URL: <http://surl.li/toxxxxq> (дата звернення: 10.04.2023).

248. Про Національну програму інформатизації : Закон України від 01.12.2022 р. № 2807-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2807-20#Text> (дата звернення: 10.04.2023).

249. Про Національну програму інформатизації : Закон України від 04.02.1998 р. № 74/98-ВР (Втрата чинності від 01.03.2023). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/74/98-вр#Text> (дата звернення: 10.09.2022).
250. Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення : Указ Президента України від 06.12.2005 № 1694/2005. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1694/2005#Text> (дата звернення: 10.09.2023).
251. Про передачу об'єктів права державної та комунальної власності : Закон України від 18 вересня 2022 №147/98-ВР. *Відомості Верховної Ради України*. 1998. № 34, ст. 228. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/147/98-вр#Text> (дата звернення: 10.04.2023).
252. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості : Закон України від 14 листопада 2017 № 2206-VIII. *Відомості Верховної Ради*. 2018. № 5, ст. 32. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19#Text> (дата звернення: 10.04.2023).
253. Про підготовку та запровадження у пілотних регіонах програмно-цільового методу : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 31 жовтня 2011 р. № 1078-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1078-2011-р#Text> (дата звернення: 10.04.2023).
254. Про подолання туберкульозу в Україні: Закон України від 14 липня 2023 № 3269-IX. *Відомості Верховної Ради України*. 2023. № 87, ст. 322. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3269-20#Text> (дата звернення: 10.12.2023).
255. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві : Закон України від 20 квітня 2014 р. № 3612-VI (втратив чинність). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3612-17#Text> (дата звернення: 10.12.2022).
256. Про порядок функціонування електронної системи охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 р. № 411. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-%D0%BF#n19> (дата звернення: 10.04.2023).

257. Про психіатричну допомогу: Закон України від 01 січня 2024 № 1489-III. *Відомості Верховної Ради України*. 2000. № 19, ст. 143. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/1489-14#Text> (дата звернення: 10.04.2024).

258. Про співробітництво територіальних громад : Закон України від 17 червня 2014 року № 1508-VII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1508-18#Text> (дата звернення: 10.04.2024).

259. Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України : Наказ Міністерства охорони здоров'я від 28.09.2012 р. № 751. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z2001-12#Text> (дата звернення: 10.04.2023).

260. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-p#Tex> (дата звернення: 10.04.2023).

261. Про схвалення Концепції розвитку електронної охорони здоров'я : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 28 грудня 2020 р. № 1671-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1671-2020-p#Text> (дата звернення: 10.06.2023).

262. Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1002-р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/249618799> (дата звернення: 10.04.2023).

263. Про схвалення Стратегії розвитку інформаційного суспільства в Україні: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 15.05.2013 № 386-р. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/386-2013-p#Text> (дата звернення: 10.04.2023).

264. Про тестування компонентів електронної системи обміну медичною інформацією, необхідних для запуску нової моделі фінансування на первинному рівні надання медичної допомоги : Наказ Міністерства охорони здоров'я від 07.09.2017 № 1060. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/MOZ27637> (дата звернення: 10.04.2023).

265. Про утворення Національної служби здоров'я України : Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1101. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-п#Text> (дата звернення: 10.04.2023).

266. Проект розпорядження Кабінету Міністрів України «Про затвердження складу госпітального округу Сумської області». URL: <https://en.moz.gov.ua/uk/proekt-rozporjadzhennja-kabinetu-ministriv-ukraini-pro-zatverdzhennja-skladu-gospitalnogo-okrugu-sumskoi-oblasti> (дата звернення: 10.04.2023).

267. Проект Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року та затвердження операційного плану її реалізації у 2023 році». URL: <https://moz.gov.ua/uk/strategija> (дата звернення: 10.04.2024).

268. Радиш Я. Ф. Теоретико-методологічні засади дослідження державного регулювання медичної діяльності в Україні категорійно-понятійний апарат медичного права. URL: <http://www.nbu.gov.ua/e-journals/DeBu/2006-1/doc/1/03.pdf> (дата звернення: 10.04.2024).

269. Радиш Я. Ф., Поживілова О. В. Теоретичні проблеми державного управління системою охорони здоров'я в дисертаційних дослідженнях українських науковців: дванадцять років пошуків і здобутків 1998–2010 рр. *Держава та регіони*. 2010. Вип. 4. С. 177–189.

270. Радущий М. Колегія МОЗ затвердила Стратегію розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. *Прес-служба Апарату Верховної Ради України*. Опубліковано 13 лютого 2023. URL: [https://www.rada.gov.ua/news/news\\_kom/233093.html](https://www.rada.gov.ua/news/news_kom/233093.html) (дата звернення: 10.04.2024).

271. Радченко О. В. Категорія «механізм» у системі державного управління. *Держава та регіони*. 2009. Вип. 3. С. 64–69.

272. Реформа фінансування системи охорони здоров'я в Україні. Прогрес та майбутні напрями. Світовий Банк, Всесвітня організація охорони здоров'я. 2022. 121 с. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366374/WHO-EURO-2022-5639-45404-65002-ukr.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (дата звернення: 10.04.2024).

273. Рижкова Є. Ю. Правове регулювання приватного сектору медицини в США. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія: Юриспруденція*. 2014. № 10–1, т. 2. С. 27–31.



274. Рогач С., Гуцул Т., Ткачук В. Економіка і підприємництво, менеджмент. Київ : ЦП «Компринт», 2015. 714 с.
275. Рогова О. Г. Теоретичні засади державного управління у сфері охорони здоров'я. *Теорія та практика державного управління*. 2012. Вип. 2. С. 50–55.
276. Про затвердження спроможної мережі закладів охорони здоров'я Полтавського госпітального округу та Плана розвитку Полтавського госпітального округу на 2023–2025 роки. URL: <https://media.poda.gov.ua/docs/kywed4zi/518-2023.pdf> (дата звернення: 10.04.2024).
277. Роль та можливості інформаційних систем у аналізі витрат і розв'язанні інших проблем, пов'язаних із стратегічним плануванням на рівні госпітальних округів. *Програма ООН із відновлення та розбудови миру*. URL: <https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/migration/ua/P5-M2.pdf> (дата звернення: 10.02.2024).
278. Рошин Г. Г., Мазуренко О. В., Дорош В. М., Пагава О. З., Іванов В. І. Реформування системи екстреної медичної допомоги постраждалим на ранній стаціонарній стадії. *Клінічна хірургія*. 2019. № 86 (5). С. 75–78.
279. Рудакова Л. О., Михальчук В. М. Децентралізація управління системою охорони здоров'я на місцевому рівні на прикладі київської області. *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. Вип. 8. С. 105–112. DOI: 10.32702/2306-6814.2021.8.105
280. Рудніцька Р. М., Сидорчук О. Г. Сутність та зміст механізмів державного управління та принципів їх функціонування. *Публічне управління: теорія та практика*. 2014. Вип. 4. С. 50–60.
281. Русняк В. А. Медико-соціальне обґрунтування функціонально-організаційної моделі наукового забезпечення реформи охорони здоров'я в Україні: дис. .... канд. мед. наук (д-ра філософії) : 14.02.03. Харків, 2017. 236.
282. Сазонець І. Л., Вівсянник О. М. Передумови функціонування міжнародних організації в інституційному механізмі державного управління системою охорони здоров'я. *Право та державне управління*. 2020. Вип. 1. С. 170–179.

283. Самофалов Д. О. Формування моделі комунікативної діяльності в публічному адмініструванні охороною здоров'я в Україні: теоретико-методологічний аспект : монографія. Одеса : ОРІДУ НАДУ, 2021. 326 с.
284. Сенюк Ю. І., Надюк З. О. Сучасна державна політика у сфері охорони здоров'я: аналіз реформування системи. *Право та державне управління*. 2020. Вип. 2. С. 211–220.
285. Сербин А. В. Класифікація механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я. *Сучасні аспекти модернізації науки: стан, проблеми, тенденції розвитку* : матеріали XLV Міжнар. наук.-практ. конф. / за ред. І. В. Жукової, Є. О. Романенка. Олександрополіс (Греція) : ВАДНД, 07 червня 2024 р. С. 117–120.
286. Сидоренко А. О. До питання медичного забезпечення членів сімей військовослужбовців в Україні. *Аналітично-порівняльне правознавство*. 2023. № 3. С. 194–198. DOI: <https://doi.org/10.24144/2788-6018.2023.03.34> (дата звернення: 10.04.2024).
287. Система охорони здоров'я Великобританії. Insurance Top. URL: <http://insurancetop.com/markets/39>
288. Сіделковський О. Л. Комунальні та відомчі медичні заклади в системі єдиного медичного простору: невирішені проблеми адміністративно-правового регулювання. *Прикарпатський юридичний вісник*. 2019. Вип. 2 (4 (29)). С. 169–172.
289. Скрипник О. А. Еволюція принципів формування та прийняття державно-управлінських рішень у системі державного управління у сфері охорони здоров'я в Україні. *Держава та регіони. Серія: Державне управління*. 2013. № 2. С. 24–27.
290. Скрипник О. А. Структурно-функціональна перебудова як інструмент удосконалення системи державного управління у сфері охорони здоров'я в Україні. *Держава та регіони. Серія: Державне управління*. 2013. Вип. 1. С. 179–182.
291. 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. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn\\_2012\\_2-3\\_50](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2012_2-3_50) (дата звернення: 10.04.2022).

292. Солдатенко О. Глобальний бюджет як метод фінансування видатків на охорону здоров'я. URL: <http://www.pravnik.info/urukrain/1157-globalnij-byudzhet-yak-metod-finansuvannya-vidatkiv-na-oxoronu-zdorov-ya.html> (дата звернення: 08.04.2024).

293. Солоненко І. М., Божук Б. С., Сабліна Л. В. Стратегічне планування та впровадження організаційних змін в закладах охорони здоров'я в Україні. *Сучасний менеджмент організації: витоки, реалії та перспективи розвитку* : тези доповідей IV Наук. конф. (18 квітня 2024 р., Київ). Київ : Університет "КРОК", 2024. URL: <https://conf.krok.edu.ua/ММО/ММО-2024/paper/view/2153> (дата звернення: 10.04.2024).

294. Солоненко І. М. Державне регулювання й ринкові механізми в охороні здоров'я. *Політика і стратегія української держави в галузі охорони здоров'я* : матеріали наук.-практ. конф. Одеса, 20–21 травня 1999 р. Одеса : ОМП, 1999. С. 65–68.

295. Ставлення до медичної реформи в Україні: результати загальнонаціонального опитування громадської думки. *Сайт Центру соціальних та маркетингових досліджень SOCIS*. URL: <http://socis.kiev.ua/ua/2020-04-01/> (дата звернення: 10.04.2024).

296. Статут Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі – ВООЗ). URL: <https://ips.ligazakon.net/document/MU46004> (дата звернення: 10.04.2024).

297. Статистичні дані МОЗ всі відомства та приватні установи. *Центр громадського здоров'я України*. URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/statdanivdomstva.html> (дата звернення: 10.04.2024).

298. Статистичні дані системи МОЗ. *Центр громадського здоров'я України*. URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/statdanMMXIX.html> (дата звернення: 10.04.2024).

299. Стовбан М. П. Аналіз фінансово-економічного стану Рогатинської РЦПМСД запровадження госпітального округу: публічне управління. *Право та державне управління*. 2023. № 1. С. 319–326. DOI: <https://doi.org/10.32782/pdu.2023.1.48> (дата звернення: 10.01.2024).

300. Стовбан М. П. Аспекти державного управління: аналіз фінансово-економічного стану Коломийської РЦПМСД. *Публічне управління і адміністрування*

в Україні. 2023. № 38. С. 245–252. DOI: <https://doi.org/10.32782/pma2663-5240-2023.38.44> (дата звернення: 10.04.2024).

301. Стовбан М. П. Вплив епідеміологічної ситуації на механізми взаємодії закладів в охорони здоров'я. *Право та державне управління*. 2023. № 2. С. 459–467. DOI: <https://doi.org/10.32782/pdu.2023.2.66> (дата звернення: 10.04.2024).

302. Стовбан М. П. Вплив публічного управління на взаємодію закладів охорони здоров'я в умовах пандемії COVID-19 в межах одного госпітального округу. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського. Серія: Публічне управління та адміністрування*. 2023. Т. 34 (73), № 3. С. 166–175. DOI: <https://doi.org/10.32782/TNU-2663-6468/2023.3/26> (дата звернення: 10.04.2024).

303. Стовбан М. П. Ефективність реформи державного управління у сфері охорони здоров'я: індикатор – впровадження госпітальних округів. *Актуальні питання у сучасній науці. Серія «Механізми державного управління*. 2024. № 3 (21). С. 1226–1240. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-6300-2024-3\(21\)-1226-1240](https://doi.org/10.52058/2786-6300-2024-3(21)-1226-1240) (дата звернення: 10.04.2024).

304. Стовбан М. П. Законодавчий устрій щодо створення та державного регулювання госпітальними округами. *Держава та регіони. Серія: Публічне управління і адміністрування*. 2023. № 1 (79). С. 135–142. DOI: <https://doi.org/10.32782/1813-3401.2023.1.21> (дата звернення: 10.04.2024).

305. Стовбан М. П. Концептуальна функціонально-організаційна модель системи взаємодії закладів охорони здоров'я в межах одного госпітального округу. *Український медичний часопис*. 2022. Т. 150. DOI: <https://doi.org/10.32471/umj.1680-3051.150.229528> (дата звернення: 10.03.2023).

306. Стовбан М. П. Окремі аспекти зарубіжного досвіду утворення госпітальних округів в медичній сфері. *Наукове забезпечення технологічного прогресу XXI сторіччя* : матеріали міжнар. наук. конф., 1 травня 2020 р., Чернівці. Чернівці : ЦНД, 2020. Т. 3. С. 31–33.

307. Стовбан М. П. Особливості створення наглядових рад, проблеми у нормативному врегулюванні організаційних та процедурних засад їх діяльності та умови розробки перспективних планів розвитку госпітальних округів. *Наукові*

перспективи. Серія «Механізми державного управління. 2024. Вип. № 1 (43). С. 985–1001. DOI: [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-1\(43\)-985-1001](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-1(43)-985-1001) (дата звернення: 10.04.2024).

308. Стовбан М. П. Проблеми фінансування медичних закладів після утворення госпітальних округів: аспект державного управління. *Держава та регіони. Серія: Публічне управління і адміністрування*. 2023. № 3 (81). С. 188–195. DOI: <https://doi.org/10.32782/1813-3401.2023.3.31> (дата звернення: 10.04.2024).

309. Стовбан М. П. Фактори впливу на ефективну взаємодію медичних закладів в межах одного госпітального округу. *Актуальні проблеми у сфері публічного управління*. 2023. Вип. 35. С. 173–179. DOI: <https://doi.org/10.32782/pma2663-5240-2023.35.33> (дата звернення: 10.04.2024).

310. Стовбан М. П. Фактори впливу на розвиток взаємодії медичних закладів в межах одного госпітального округу. *Перспективи розвитку сучасної науки та освіти (частина I)*: матеріали II Міжнар. наук.-практ. конф., Львів, 15–16 червня 2020 р. Львів: Львівський науковий форум, 2020. С. 52–53.

311. Стовбан М. П. Фінансово-економічний аналіз діяльності Снятинської ЦРЛ: аспект державного управління до та після запровадження госпітального округу. *Держава та регіони. Серія: Публічне управління і адміністрування*. 2024. № 1. С. 161–168. DOI: <https://doi.org/10.32782/1813-3401.2024.1.26> (дата звернення: 10.04.2024).

312. Стовбан М. П. Фінансово-економічний аналіз стану КНП Центральна районна лікарня Калуської міської та районної рад Івано-Франківської області: аспект державного управління до та після запровадження госпітального округу. *Наукові інновації та передові технології. Серія «Механізми державного управління*. 2024. Вип. № 2 (30). С. 1638–1651. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-5274-2024-2\(30\)-1638-1651](https://doi.org/10.52058/2786-5274-2024-2(30)-1638-1651) (дата звернення: 10.04.2024).

313. Стовбан М. П., Гбур З. В., Толстанов О. К., Васильєв А. Г. Зарубіжний досвід утворення госпітальних округів в медичній сфері. *Wissenschaft für den modernen menschen: medizin, chemie, landwirtschaft, geographie, architektur* / Avrunin O. G., Denga O. V., Hbur Z. V., Malenko S. A., Ovcharuk V. A., Polenova G. T. et al. Karlsruhe: NetAkhatAV, 2020. Book 1. Part 2. 192 p.

314. Стовбан М. П., Завада О. Г. Ретроспективний аналіз основних показників ефективності діяльності Косівської ЦЛР за період 2014–2018 років. *Наукові інновації та передові технології*. 2021. № 1 (1). С. 115–129. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-5274-2021-1\(1\)-115-129](https://doi.org/10.52058/2786-5274-2021-1(1)-115-129) (дата звернення: 10.04.2024).
315. Стовбан М. П., Михальчук В. М. Особливості взаємодії медичних закладів одного госпітального округу в умовах загострення епідеміологічної ситуації. *Наукові перспективи*. 2020. № 2 (2). С. 158–176. DOI: [https://doi.org/10.32689/2708-7530-2020-2\(2\)-158-176](https://doi.org/10.32689/2708-7530-2020-2(2)-158-176) (дата звернення: 10.04.2024).
316. Стовбан М. П., Михальчук В. М., Толстанов О. К., Гбур З. В. Аналіз основних аспектів законодавства щодо госпітальних округів. *Український медичний часопис*. 2020. № 3 (2). DOI: <https://doi.org/10.32471/umj.1680-3051.137.178640> (дата звернення: 10.04.2024).
317. Стовбан М. П., Михальчук В. М., Толстанов О. К., Гбур З. В. Госпітальні округи: сучасна проблематика діяльності. *Український журнал медицини, біології та спорту*. 2020. Т. 5, № 5 (27). С. 229–235. DOI: <https://doi.org/10.26693/jmbs05.05.229> (дата звернення: 10.04.2024).
318. Стовбан М. П. Проблеми законодавчого забезпечення формування та діяльності госпітальних округів. *Публічне управління і адміністрування в Україні*. 2023. Вип. 37. С. 190–196. DOI <https://doi.org/10.32782/pma2663-5240-2023.37.35> (дата звернення: 10.04.2024).
319. Стовбан М. П., Стовбан І. В. Механізми взаємодії обласної та районної клінічної лікарні в межах одного госпітального округу. *Наукові перспективи*. 2020. № 1 (1). С. 102–118. DOI: [https://doi.org/10.32689/2708-7530-2020-1\(1\)-102-118](https://doi.org/10.32689/2708-7530-2020-1(1)-102-118) (дата звернення: 10.04.2024).
320. Стовбан М. П., Стовбан І. В. Основні характеристики системи взаємодії медичних закладів в межах одного госпітального округу. *Science Review*. 2020. № 3 (30). С. 11–18. DOI: [https://doi.org/10.31435/rsglobal\\_sr/31032020/6994](https://doi.org/10.31435/rsglobal_sr/31032020/6994) (дата звернення: 10.04.2024).
321. Стовбан М. П., Стовбан І. В., Толстанов О. К., Гбур З. В. Досягнення позитивного соціального результату для населення від впровадження госпітальних

округів. *New trends and unresolved issues of preventive and clinical medicine* : conference proceedings, September 25–26, 2020. Lublin : Izdevnieciba “Baltija Publishing”, 2020. P. 56–60. DOI: <https://doi.org/10.30525/978-9934-588-81-5-2.13> (дата звернення: 10.04.2024).

322. Стовбан М. П., Толстанов О. К., Васильєв А. Г. Основні зміни в роботі закладів охорони здоров'я у зв'язку з утворенням госпітальних округів. *Громадське здоров'я в Україні: реалії, тенденції та перспективи* : колективна монографія / за заг. ред. проф. Ждана В. М. та проф. Голованової І. А. Полтава : ТОВ «Фірма «Техсервіс», 2020. С. 136–146. URL: <https://repository.pdmu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/8fe5299b-6e0c-4d1e-b60d-a5a142301c7a/content> (дата звернення: 10.04.2024).

323. Стовбан М. П., Толстанов О. К., Гбур З. В. Основні фактори впливу на розвиток ефективної взаємодії медичних закладів в межах одного госпітального округу. *Український журнал медицини, біології та спорту*. 2020. Т. 5, № 4 (26). С. 248–255. DOI: <https://doi.org/10.26693/jmbs05.04.248> (дата звернення: 10.04.2024).

324. Стовбан М. П. Категоріально-понятійний апарат поняття госпітальний округ. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського. Серія: Публічне управління та адміністрування*. 2023. Т. 34 (73), № 6. С. 175–182. DOI: <https://doi.org/10.32782/TNU-2663-6468/2023.6/28> (дата звернення: 10.04.2024).

325. Стовбан М. П., Михальчук В. М., Толстанов О. К., Гбур З. В. Госпітальні округи: сучасна проблематика діяльності. *Український журнал медицини, біології та спорту*. 2020. Вип. 5 (5). С. 27.

326. Стовбан М. П., Стовбан І. В., Васильєв А. Г., Гбур З. В. Дослідження ефективності взаємодії медичних закладів у межах одного госпітального округу в різних регіонах України. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2020. № 3. С. 74–81. DOI: <http://doi.org/10.11603/1681-2786.2020.3.11626> (дата звернення: 10.04.2024).

327. Стовбан М. П., Стовбан І. В., Толстанов О. К., Гбур З. В. Методи дослідження механізму взаємодії медичних закладів в межах одного госпітального

округу на практиці. *Сучасні аспекти науки* : колективна монографія / за ред. Є. О. Романенка, І. В. Жукової. Київ ; Братислава : ФОРМ Кандиба Т. П., 2020. С. 181–198. URL: <http://perspectives.pp.ua/public/site/mono/monography-1-2020.pdf> (дата звернення: 10.04.2024).

328. Стовбан М. П., Толстанов О. К., Гбур З. В. Основні фактори впливу на розвиток ефективної взаємодії медичних закладів в межах одного госпітального округу. *Український журнал медицини, біології та спорту*. 2020. Вип. 5 (4), т. 26. С. 248–255. DOI: <https://doi.org/10.26693/jmbs05.04.248> (дата звернення: 10.04.2024).

329. Стовбан М. П., Толстанов О. К., Михальчук В. М. Особливості госпітальних округів різних регіонів України. *Wissenschaft für den modernen menschen: medizin, chemie, landwirtschaft, geographie, architektur* / Avrunin O. G., Denga O. V., Hbur Z. V., Malenko S. A., Ovcharuk V. A., Polenova G. T. et al. Karlsruhe : NetAkhatAV, 2020. Book 1. Part 2. 192 p.

330. Сторінка моніторингу працездатності ЦБД ЕСОЗ. URL: <https://status.ehealth.gov.ua> (дата звернення: 10.04.2024).

331. Стратегічне планування в охороні здоров'я на рівні госпітального округу. URL: <https://decentralization.ua/uploads/attachment/document/607/Workbook2.pdf> (дата звернення: 10.04.2024).

332. Стратегія реформи системи охорони здоров'я спрямована на забезпечення конституційних прав громадян на охорону здоров'я та передбачає наступні шляхи її реалізації. *Департамент охорони здоров'я Одеської обласної державної адміністрації*. 2022. URL: <https://mednet.od.gov.ua/wp-content/uploads/2022/04/strategiya-reform-v-ohoroni-zdorovya.pdf> (дата звернення: 10.04.2023).

333. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року : Проєкт 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року». URL: <http://surl.li/bwxqvl> (дата звернення: 10.04.2024).

334. Суц О. П. Категорія «соціальний ефект» у правовому регулюванні інвестиційної діяльності. *Розвиток європейського простору очима молоді:*



*економічні, соціальні та правові аспекти* : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф., 22 квітня 2016 р. Харків : ХНЕУ, 2016. С. 110–113.

335. Таблиці народжуваності, смертності та середньої очікуваної тривалості життя за 2019 рік: статистичний збірник. *Державна служба статистики України*.

URL:

[http://database.ukrcensus.gov.ua/PXWEB2007/ukr/publ\\_new1/2020/zb\\_tabl\\_nar\\_2019.pdf](http://database.ukrcensus.gov.ua/PXWEB2007/ukr/publ_new1/2020/zb_tabl_nar_2019.pdf) (дата звернення: 10.04.2024).

336. Терзі О. О. Шляхи удосконалення нормативно-правового регулювання адміністративного управління у сфері охорони здоров'я. *Юридична наука*. 2020. № 3 (105). С. 284–293. DOI: <https://doi.org/10.32844/2222-5374-2020-105-3.36> (дата звернення: 10.04.2022).

337. Ткачова Н. М. Напрями реформування державної політики в сфері охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. № 8. С. 83–86. URL : <http://www.investplan.com.ua/?op=1&z=6051&i=16> (дата звернення: 10.07.2022).

338. Ткачова О. К. Теоретичні основи інституційних механізмів державного управління митною справою. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2013. Вип. 6. <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=587> (дата звернення: 10.07.2022).

339. Толстанов О. К., Михальчук В. М., Гбур З. В., Щіріна К. В. Зарубіжний досвід антикризового управління ЗОЗ. *Впровадження сучасних досягнень медичної науки у практику охорони здоров'я України* : IX Міжнар. мед. конгрес 16–18 вересня 2020 р. Київ : ВЦ «АККО Інтернешнл», 2020. С. 16–18. URL: <http://medforum.in.ua/wp-content/uploads/tezy-medforum-imf-2020.pdf> (дата звернення: 10.04.2022).

340. Трут О. О. Інформаційно-комунікаційний механізм реалізації стратегії організації. *Підприємництво і торгівля*. 2021. № 31. С. 13–19.

341. У питанні формування госпітальних округів важлива мудрість представників органів місцевого самоврядування / Ірина Сисоєнко. URL: <https://decentralization.gov.ua/news/4208?page=2> (дата звернення: 10.04.2024).

342. У регіонах вчать аналізувати мережу медзакладів. *Міністерство охорони здоров'я України*. 2019. URL: <https://moz.gov.ua/article/for-medical-staff/u-regionah-vchatsja-analizuvati-merezhu-medzakladiv> (дата звернення: 10.04.2024).

343. У Харківській області створено госпітальний округ. *Охорона здоров'я*. URL: <https://www.auc.org.ua/novyna/u-harkivskiy-oblasti-stvoreno-gospitalnyy-okrug> (дата звернення: 10.04.2024).
344. Уряд затвердив перелік та склад госпітальних округів Луганської області. *Луганська обласна військова адміністрація*. 2017. URL: [https://loga.gov.ua/oda/officeref/news/uryad\\_zatverdiv\\_perelik\\_ta\\_sklad\\_gospitalnih\\_okrugiv\\_luganskoyi\\_oblasti](https://loga.gov.ua/oda/officeref/news/uryad_zatverdiv_perelik_ta_sklad_gospitalnih_okrugiv_luganskoyi_oblasti) (дата звернення: 10.04.2024).
345. Устинов А. В. Госпітальні округи: МОЗ представило методологію визначення лікарень інтенсивного лікування. *Український медичний часопис*. 5 лютого 2019. URL: <https://umj.com.ua/uk/novyna-136615-gospitalni-okrugi-moz-predstavilo-metodologiyu-viznachennya-likaren-intensivnogo-likuvannya> (дата звернення: 10.04.2024).
346. Устинов А. В. Національна стратегія охорони здоров'я: погляд медичної спільноти. *Український медичний часопис*. 2018. № 6 (2). С. 15–21. URL: <https://www.umj.com.ua/article/134492/natsionalna-strategiya-ohoroni-zdorov-ya-poglyad-medichnoyi-spilnoti> (дата звернення: 10.04.2023).
347. Устінов О. В. Формування госпітальних округів: вранці стільці – ввечері гроші. *Український медичний часопис*. 2017. № 1 (117). С. 32–35. URL: <https://www.umj.com.ua/article/104457/formuvannya-gospitalnih-okrugiv-vrantsi-stiltsi-vvecheri-groshi> (дата звернення: 10.06.2023).
348. Федорчак, О. В. Інноваційний механізм державного управління: підходи до формування. *Ефективність державного управління*. 2012. Вип. 33. С. 150–157.
349. Федорчак О. В. Інституційний механізм державного управління. *Ефективність державного управління*. 2017. Вип. 50.
350. Функціонал для закладів Спеціалізованої медичної допомоги. <https://ehealth.gov.ua/spetsializovana-medychna-dopomoga> (дата звернення: 10.04.2024).
351. Фуртак І. І. Механізми державного управління охороною здоров'я в Україні. *Медичне право України: проблеми становлення та розвитку*. 2007. С. 19–20.
352. Худоба О. В. Вплив старіння населення на систему охорони здоров'я: аналіз для перегляду державної політики. *Ефективність державного управління*.

2018. Вип. 3 (56), ч. 1. С. 87–98. DOI: <https://doi.org/10.33990/2070-4011.56.2018.164358> (дата звернення: 10.04.2023).

353. Худоба О. В. Державна політика охорони репродуктивного здоров'я в Україні в умовах воєнного часу: соціально-економічні аспекти. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Публічне управління та адміністрування*. 2023. Т. 34 (74), № 4. С. 57–64. DOI: <https://doi.org/10.32782/TNU-2663-6468/2023.4/11> (дата звернення: 10.04.2024).

354. Худоба О. В. Формування глобальної стратегії збереження здоров'я: інституційний вимір. *Демократичне врядування*. 2018. № 22. DOI: <https://doi.org/10.33990/2070-4038.22.2018.164740> (дата звернення: 10.04.2024).

355. Худоба О. Зарубіжний досвід державного управління системою охорони здоров'я в Україні: порівняльний аналіз. *Державне управління та місцеве самоврядування*. 2014. Вип. 1. С. 133–145.

356. Чернецький В. Принципи організації охорони здоров'я населення. *Теорія та практика державного управління*. 2012. № 4 (39). С. 278–285.

357. Чернецький В. Економічні механізми державного управління системою охорони здоров'я. *Державне управління та місцеве самоврядування*. 2013. Вип. 1. С. 145–150.

358. Шандар А. М., Кирилюк В. В. Медичне страхування в системі соціального забезпечення України. *Галицький економічний вісник*. 2023. Т. 85, № 6. С. 148–154.

359. Шевцов В. Г. Державне управління розвитком медичної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02. Харків, 2011. 38 с.

360. Шкільняк М. М., Желюк Т. Л., Васіна А. Ю., Дудкіна О. П., Попович Т. М., Овсянюк-Бердадіна О. Ф. Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. Аналітична записка. *Вісник Тернопільського національного економічного університету*. 2018. № 4. С. 168–180.

361. Шляхи реорганізації системи охорони здоров'я в Україні. URL: [https://samopomich.ua/wp-content/uploads/2016/08/present\\_med.pdf](https://samopomich.ua/wp-content/uploads/2016/08/present_med.pdf) (дата звернення: 10.04.2023).
362. Щирба М. Фінансова доступність охорони здоров'я: проблеми правового статусу пацієнтів. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Право*. 2016. № 39 (1). С. 23–26.
363. Що варто знати про госпітальні округи. *Відділ докторантури, аспірантури та клінічної ординатури БДМУ*. URL: <https://www.medcv.gov.ua/archives/2655> (дата звернення: 10.04.2024).
364. Юнгер В. І. Розвиток стратегічних положень державного управління системою охорони здоров'я. 2023. Вип. 2. С. 325–333. URL: [http://www.pdujournal.kpu.zp.ua/archive/2\\_2023/47.pdf](http://www.pdujournal.kpu.zp.ua/archive/2_2023/47.pdf) (дата звернення: 10.04.2024).
365. Юристовська Н. Я. Напрямки державного забезпечення рівноправності у доступі до медичних послуг сільського населення у процесі реформування системи охорони здоров'я. *Ефективність державного управління*. 2017. Вип. 53. URL: <https://doi.org/10.33990/2070-4011.53.2017.148753> (дата звернення: 10.04.2024).
366. Юрочко Т. П. Здоров'я населення як стратегічна складова сталого розвитку України. *Розвиток людського капіталу: на шляху до якісних реформ* / кер. проекту О. Пищуліна. Київ, 2018. С. 49–103.
367. Ямненко Т. М. Медична реформа: реалії України та міжнародний досвід. *Юридичний вісник. Повітряне і космічне право*. 2018. № 2. С. 116–120.
368. Яремко І. І. Підвищення ефективності механізмів управління закладами сфери охорони здоров'я. *Менеджмент та підприємництво в Україні: етапи становлення та проблеми розвитку*. 2021. Вип. 26. С. 127–138.
369. Яришко О., Ткаченко Є. Фінансовий аналіз діяльності бюджетної організації. *Вісник Запорізького національного університету: Економічні науки*. 2008. № 1. С. 174–180.
370. Ярмоленко О., Юровський В. Створення конкурентоспроможної мережі закладів охорони здоров'я в Тернопільській області. *Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах сучасних викликів*. 2023. С. 214–219.

371. Andrulis D. P., Acuff K. L., Weiss K. B., Anderson R. J. Public hospitals and health care reform: choices and challenges. *American Journal of Public Health*. 1996. Vol. 86. No. 2. P. 162–165. DOI: <https://doi.org/10.2105/AJPH.86.2.162> (Last accessed: 10.08.2022).

372. Bilynska M., Kondratenko O. Analysis of the state governance mechanism in the sphere of social protection for participants of the antiterrorist operation in the east of Ukraine. *Journal of Geography, Politics and Society*. 2018. Vol. 6, iss. 8 (3). P. 11–17.

373. Bouphan P., Apipalakul C., Ngang T. K. Factors Affecting Public Health Performance Evaluation of Sub-district Health Promoting Hospital Directors. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. 2015. Vol. 185. P. 128–132. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.03.421> (Last accessed: 10.08.2022).

374. Bulakh I. V. Features of formation of architectural-urban planning network of secondary medical care facilities. Science, research, development : monograph pokonferency. (Rotterdam, The Netherlands, 03.2019). Warszawa : Diamond Trading Tour, 2019. P. 7–9.

375. Couper I. D., Hugo J. F. Management of district hospitals-exploring success. *Rural and Remote Health*. 2005. 5 (4). P. 1–19. URL: [https://www.rrh.org.au/assets/article\\_documents/article\\_print\\_433.pdf](https://www.rrh.org.au/assets/article_documents/article_print_433.pdf) (Last accessed: 10.08.2022).

376. Current health expenditure (CHE) as percentage of gross domestic product (GDP) (%). URL: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDCHEGDPSHA2011?lang=en> (Last accessed: 10.04.2023).

377. Current health expenditure (CHE) per capita in PPP. URL: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDCHEpcPPPSHA2011?lang=en> (Last accessed: 10.07.2023).

378. Current health expenditure (CHE) per capita in US\$. URL: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDCHEpcUSSHA2011?lang=en> (Last accessed: 10.07.2023).

379. Death rate, crude (per 1,000 people) – Ukraine. United Nations Population

Division. URL:  
<https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.CDRT.IN?locations=UA&view=chart> (Last accessed: 10.08.2022).

380. District-level activities for improving quality health services. URL:  
[https://cdn.who.int/media/docs/default-source/quality-of-care/quality-planning-guide/district-level.pdf?sfvrsn=720250fb\\_5](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/quality-of-care/quality-planning-guide/district-level.pdf?sfvrsn=720250fb_5) (Last accessed: 10.08.2023).

381. Domestic private health expenditure (PVT-D) as percentage of current health expenditure (CHE) (%). URL:  
<http://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDPVTDCHESHA2011?lang=en> (Last accessed: 10.04.2023).

382. English M., Lanata C. F., Ngugi I., Smith P C. The District Hospital. *Disease Control Priorities in Developing Countries* / Jamison D. T., Breman J. G., Measham A. R. et al. (ed.) ; The International Bank for Reconstruction and Development ; The World Bank. New York : Oxford University Press, 2006. P. 1211–1228. URL:  
[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11749/pdf/Bookshelf\\_NBK11749.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11749/pdf/Bookshelf_NBK11749.pdf) (Last accessed: 10.08.2023).

383. Franc C., Pierre, A. Compulsory private complementary health insurance offered by employers in France: implications and current debate. *Health Policy*. 2015. Vol. 119, No. 2. P. 111–116. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.12.014> (Last accessed: 10.04.2023).

384. Gohil D. P., Gohil K. Public relations in hospital administration and planning. *International Journal of Health Science and Research*. 2016. Vol. 6, No. 2. P. 384–387. URL: [https://www.ijhsr.org/IJHSR\\_Vol.6\\_Issue.2\\_Feb2016/55.pdf](https://www.ijhsr.org/IJHSR_Vol.6_Issue.2_Feb2016/55.pdf) (Last accessed: 10.08.2023).

385. Health systems: Improving performance : The world health report 2000. *World Health Organisation*. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/924156198X> (Last accessed: 10.02.2024)

386. International health regulations capacities, Ukraine, 2023. <https://data.who.int/countries/804> (Last accessed: 10.03.2024).

387. Jamison D. T., Breman J. G., Measham A. R., Alleyne G., Claeson M., Evans

D. B., Musgrove P. (Eds.). Disease control priorities in developing countries (2nd edition). The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank. 2006. P. 1440. URL:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11749/figure/A9501/?report=objectonly> (Last accessed: 10.02.2024).

388. Jones R. Hospital beds per death how does the UK compare globally? *British Journal of Healthcare Management*. 2018. Vol. 24, No. 12. P. 617–22. DOI: <https://doi.org/10.12968/bjhc.2018.24.12.617> (Last accessed: 10.03.2024).

389. Khan H., Khan M. F., Naeem F. Management of Public Relations in Hospitals. *World Wide Journal of Multidisciplinary Research and Development*. 2021. No. 7 (9). P. 10–16. DOI: <http://doi.org/10.17605/OSF.IO/HAF3E> (Last accessed: 10.02.2024).

390. Kuntz L., Scholtes S., Vera A. Incorporating efficiency in hospital-capacity planning in Germany. *The European Journal of Health Economics*. 2007. Vol. 8. P. 213–223. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10198-006-0021-6> (Last accessed: 10.08.2022).

391. Life expectancy at birth, female (years) – Ukraine. United Nations Population Division. URL: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.FE.IN?locations=UA&view=chart> (Last accessed: 10.08.2022).

392. Life expectancy at birth, male (years) – Ukraine. United Nations Population Division. URL: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.MA.IN?locations=UA&view=chart> (Last accessed: 10.08.2022).

393. Life expectancy at birth, total (years) – Ukraine. United Nations Population Division. URL: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?locations=UA&view=chart> (Last accessed: 10.08.2022).

394. Malanchuk O., Tryhuba A., Tryhuba I., Bandura I. A Conceptual Model of Adaptive Value Management of Project Portfolios of Creation of Hospital Districts in Ukraine. *ITPM*. 2023. P. 82–95. DOI: <https://ceur-ws.org/Vol-3453/paper8.pdf> (Last accessed: 10.08.2022).

395. Mannelli C. Whose life to save? Scarce resources allocation in the COVID-19 outbreak. *Journal of Medical Ethics*. 2020. Vol. 46, No. 6. P. 364–366. DOI: <https://doi.org/10.1136/medethics-2020-106227> (Last accessed: 10.08.2022).
396. Nichols K. M., Caperell K., Cross K., Duncan S., Foster B., Liu G., et al. Analysis of patient visits and collections after opening a satellite pediatric emergency department. *Pediatric Emergency Care*. 2018. Vol. 34. P. 243–249. DOI: <https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000001044> (Last accessed: 10.08.2022).
397. Number of attacks on health care in Ukraine from February 2022 to August 2023. *Statista*. URL: <https://www.statista.com/statistics/1302077/attacks-on-health-care-ukraine/> (Last accessed: 10.08.2022).
398. Onder G., Rezza G., Brusaferro S. Case-fatality rate and characteristics of patients dying in relation to COVID-19 in Italy. *Jama*. 2020. Vol. 323, No. 18. P. 1775–1776. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.4683> (Last accessed: 10.08.2022).
399. Osei D., d’Almeida S., George M. O., Kirigia J. M., Mensah A. O. Kainyu L. H. Technical efficiency of public district hospitals and health centres in Ghana: A pilot study. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*. 2005. Vol. 3 (9). DOI: <https://doi.org/10.1186/1478-7547-3-9> (Last accessed: 10.08.2022).
400. Podolchak N., Tsygylyk N., Dziurakh Y. Building an effective personnel risks management system of the organization. *Eastern-European Journal of Enterprise Technologies*. 2022. Vol. 4, No. 118 (13). P. 44–52. DOI: <https://doi.org/10.15587/1729-4061.2022.262547> (Last accessed: 10.05.2023).
401. Prokopenko O., Shcherbachenko V., Kulibaba V. Health care anti-crisis management issues in the reality of the COVID-19 pandemic. *Health Economics and Management Review*. 2020. No. 1(2). P. 16–23. DOI: <https://doi.org/10.21272/hem.2020.2-02> (Last accessed: 10.08.2022).
402. Ravaghi H., Alidoost S., Mannion R., Bélorgeot V. D. Models and methods for determining the optimal number of beds in hospitals and regions: A systematic scoping review. *BMC Health Services Research*. 2020. Vol. 20. P. 1–13. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-5023-z> (Last accessed: 10.08.2022).



403. Rechel B., Wright S., Barlow J., McKee M. Hospital capacity planning: From measuring stocks to modelling flows. *Bulletin of the World Health Organization*. 2010. Vol. 88. P. 632–636. DOI: <https://doi.org/10.2471/BLT.09.073361> (Last accessed: 10.08.2022).
404. Roslan Johari M. G. Implementation of development administration circulars in public hospitals and district health offices. *Journal of Health Management*. 2006. Vol. 2. No. 1. P. 31–37. URL: <https://myjms.mohe.gov.my/index.php/johm/article/view/18847> (Last accessed: 10.08.2022).
405. Sidor-Rządowska M. Zarządzanie zasobami ludzkimi w szpitalach publicznych – problemy i wyzwania. *Kolegium Zarządzania i Finansów*. 2018. No. 167. S. 127–141. DOI: <http://dx.doi.org/10.33119/SIP.2018.167.8> (Last accessed: 10.08.2022).
406. Sink D. S., Tuttle T. C., DeVries S. J. Productivity measurement and evaluation: What is available. *National Productivity Review*. 1984. Vol. 3. No. 3. P. 265–287. DOI: <https://doi.org/10.1002/npr.4040030305> (Last accessed: 10.08.2022).
407. Stovban M. P. Implementation of the hospital district for the medical institutions: medical and social justification of the financial and economic state of Kalush central district hospital before and after implementation. *Wiadomosci lekarskie (Warsaw, Poland : 1960)*. 2023. Vol. 76, No. 2. P. 243–250. DOI: <https://doi.org/10.36740/WLek202302101> (Last accessed: 10.04.2024).
408. Stovban M. P. Medical and social justification of the financial and economic condition of the “Horodenka non-commercial center of primary medical care” before and after the introduction of the hospital district. *Wiadomosci lekarskie (Warsaw, Poland : 1960)*. 2022. Vol. 75, No. 11, Part 2. P. 2835–2838. DOI: <https://doi.org/10.36740/WLek202211219> (Last accessed: 10.08.2023).
409. Stovban M. P., Mykhalchuk V. M., Tolstanov A. K., Maglona V. V. Interaction links of healthcare institutions within one hospital district. *Wiadomosci lekarskie (Warsaw, Poland : 1960)*. 2021. Vol. 74, No. 3, Pt. 2. P. 756–760. DOI: <https://doi.org/10.36740/WLek202103236> (Last accessed: 10.08.2022).
410. Stovban M., Tolstanov A., Kravchenko O. Retrospective analysis of the main indicators of Kosiv CRH efficiency for the period 2014–2018. *ScienceRise: Medical*

*Science*. 2022. No. 3(48). P. 51–58. DOI: <https://doi.org/10.15587/2519-4798.2022.256908>  
(Last accessed: 10.08.2022).

411. Strategizing national health in the 21st century: A handbook. *World Health Organization*. 2016. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250221> (Last accessed: 10.08.2022).

412. Svarts A. Healthcare managers' perception of economies of scale. *Journal of Health Organization and Management*. 2017. Vol. 31, No. 3. P. 317–330. DOI: <https://doi.org/10.1108/JHOM-01-2017-0006> (Last accessed: 10.08.2022).

413. WHO Strategic Communications Framework for effective communications. URL: <https://www.who.int/mediacentre/communication-framework.pdf> (Last accessed: 10.08.2023).

414. Zheng Y., Yuqing Z., Mengping Z., Jun L. Do hospitals need to establish multiple hospital districts? A hospital-based perspective on the benefits of scale. *Frontiers in Public Health*. 2023. Vol. 11. 1019331. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1019331> (Last accessed: 10.03.2024).

## ДОДАТКИ

## Акти про впровадження

**СЕКРЕТАРІАТ КАБІНЕТУ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ**вул. М. Грушевського, 12/2, Київ, 01008, тел. (044) 256 7624, телефакс (044) 254 0584, [www.kmu.gov.ua](http://www.kmu.gov.ua)

12981/0/2-24 від 31.05.2024

**ДОВІДКА****про впровадження результатів дисертаційного дослідження кандидата медичних наук СТОВБАНА Миколи Петровича**

Матеріали дисертаційного дослідження Стовбана М. П. на тему: «Медико-соціальне обґрунтування системи взаємодії медичних закладів в межах одного госпітального округу» використані під час проведення експертно-аналітичної роботи в Секретаріаті Кабінету Міністрів України, зокрема під час підготовки аналітичних матеріалів, які стосуються оптимізації мережі лікувальних закладів в Україні, створення єдиного медичного простору, що ґрунтується на інтеграції медичних закладів, які знаходяться у власності різних об'єднаних територіальних громад, ефективної взаємодії лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я в межах госпітального округу.

Матеріали дисертаційного дослідження також використовувались під час проведення фахової експертизи проектів нормативно-правових актів, які стосуються вдосконалення надання медичних послуг, оптимізації системи взаємодії закладів охорони здоров'я, підвищення рівня кваліфікації лікарського та середнього медичного персоналу закладів охорони здоров'я, забезпечення сталого фінансового забезпечення медичних закладів та впровадження сучасних ефективних методів фінансового менеджменту, підвищення рівня інформаційної підтримки процесів управління в госпітальних округах.

Заступник Державного секретаря  
Кабінету Міністрів



Володимир ФЕДОРЧУК



## НАРОДНИЙ ДЕПУТАТ УКРАЇНИ

вул. М. Грушевського, 5, м. Київ, 01008, [www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua)

Стовбану М.П.



### ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження  
к.мед.н., Стовбана Миколи Петровича  
здобувача за спеціальністю 281 Публічне управління та адміністрування

*Матеріали дисертаційного дослідження Стовбана Миколи Петровича на тему: «Вдосконалення механізму державного управління госпітальним округом через ефективну систему взаємодії закладів охорони здоров'я» використані при підготовці та опрацюванні проєктів нормативно-правових актів державного рівня, таких як:*

- 1) проєкт постанови КМУ № 589 від 19.06.2020р. «Про внесення змін до постанови КМУ № 1074 від 27.11.2019р.».
- 2) проєкт «Плану відновлення країни» в частині підготовки пропозицій до «Розвитку та відновлення закладів охорони здоров'я України».

**З повагою,  
Народний депутат України,  
Голова підкомітету з питань  
регіональної політики та місцевих  
бюджетів Комітету Верховної Ради  
України з питань організації державної  
влади, місцевого самоврядування,  
регіонального розвитку та містобудування**

**Вячеслав РУБЛЬОВ**



САС ВЕРХОВНОЇ РАДИ УКРАЇНИ  
Підписувач: Рубльов Вячеслав Володимирович  
Сертифікат: 26B2648ADD3032E1040000000E1931003EDBAID00  
Дійсний до: 14.12.2024 0:00:00

Апарат Верховної Ради України  
235д9/10-2024/120055 від 31.05.2024



1578688



**КОМІТЕТ ВЕРХОВНОЇ РАДИ УКРАЇНИ**  
з питань здоров'я нації, медичної допомоги та  
медичного страхування

вул. М. Грушевського, 5, м. Київ, 01008. [www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua)

**Шановний Миколо Петровичу!**

Розглянувши надіслані Вами матеріали щодо дисертаційної роботи на тему: «Вдосконалення механізму державного управління госпітальним округом через ефективну систему взаємодії закладів охорони здоров'я» за спеціальністю 281 Публічне управління та адміністрування, повідомляємо про таке.

Зазначені вище матеріали можуть бути використані в роботі Комітету Верховної Ради України з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування, зокрема під час підготовки та опрацювання проекту нової редакції Закону України "Основи законодавства України про охорону здоров'я".

Принадгдно інформуємо про те, що розроблення нової редакції Закону України "Основи законодавства України про охорону здоров'я", як базового документу у сфері охорони здоров'я, передбачено планом законопроектної роботи Верховної Ради України на 2024 рік, затвердженим Постановою Верховної Ради України від 6 лютого 2024 року № 3561-ІХ.

Голова Комітету

М.Б. Радущкий

157 3544



**УКРАЇНА**  
**КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО**  
**«ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ» БОГОРОДЧАНСЬКОЇ**  
**СЕЛИЩНОЇ РАДИ**

вул.Шевченка, 35, смт.Богородчани, 77701, тел. (03471) 23002  
 E-mail: bogocentr@gmail.com

“\_10\_”\_01\_ 2024р. № 36

на № \_\_\_\_\_ від “\_”\_ 2024р.

**ДОВІДКА**  
**про впровадження результатів дисертаційного дослідження**  
**Стовбана Миколи Петровича**

Прагнення України до набуття повноправного членства в ЄС обумовлено: об’єктивними процесами глобалізації в світі. В сучасних умовах, реформування державного управління в напрямку ратифікації вимог євроінтеграції України, зміни структури та розширення послуг первинної медичної допомоги у громадах як найбільш оперативного та економічно доцільного механізму та удосконалення механізму доступу до надання медичних послуг населенню є надзвичайно актуальними. А розвиток кадрової спроможності, підвищення продуктивності праці та забезпечення безперервності професійного розвитку працівників охорони здоров’я різних спеціальностей, мультидисциплінарних команд в різних сферах медичного обслуговування в межах госпітального округу – реалією сьогодення.

Концептуально функціонально-організаційний механізм державного управління взаємодією медичних закладів у госпітальних округах, запропонований Стовбаном М.П., беззаперечно полягає у можливості адаптації найкращих міжнародних практик до українських реалій. Що, в свою чергу, сприятиме гармонізації української системи охорони здоров’я з європейськими стандартами та покращенню показників здоров’я населення нашої держави в сьогоденній ситуації

Директор



**Лариса КУРТАШ**



**Комунальне некомерційне підприємство  
«Галицький центр первинної медико-санітарної допомоги»  
Галицької міської ради Івано-Франківської області**

вул. Н.Вівчаренко, 36 м. Галич, Івано-Франківської області, 77101,  
e-mail: [galecpmsd@i.ua](mailto:galecpmsd@i.ua), код 38816603.

від 18.01.2024 року № 01-24/49

**ДОВІДКА**

**про впровадження результатів дисертаційного дослідження  
Стовбана Миколи Петровича**

Актуальність та практична значущість впровадження концептуального функціонально-організаційного механізму державного управління взаємодією медичних закладів у госпітальних округах, запропонованого Стовбаном М.П., обумовлені критичною необхідністю удосконалення системи охорони здоров'я в Україні. Сучасні виклики, зокрема зростаючий попит на якісні медичні послуги, обмеженість ресурсів та необхідність підвищення ефективності управління, вимагають нових, інноваційних підходів. Госпітальні округи, як структурні одиниці, покликані забезпечити інтеграцію та координацію між різними рівнями медичних закладів, що є важливим для забезпечення безперервного і доступного медичного обслуговування.

Механізм управління, розроблений Стовбаном М.П., спрямований на досягнення високого рівня взаємодії між медичними установами через раціональне розподілення ресурсів, мінімізацію дублювання функцій та покращення координації. Інтеграція сучасних інформаційних технологій, таких як електронні медичні записи та телемедичні сервіси, дозволить значно підвищити швидкість і точність обміну медичною інформацією, що позитивно вплине на якість медичних послуг та задоволеність пацієнтів.

Практична значущість полягає у можливості реалізації запропонованого механізму на практиці, що сприятиме значному покращенню управління медичними ресурсами, підвищенню прозорості та підзвітності в системі охорони здоров'я, а також гармонізації з найкращими міжнародними стандартами. Це дозволить Україні наблизитися до європейських стандартів у сфері охорони здоров'я, покращити рівень медичного обслуговування та підвищити загальний рівень здоров'я населення.

Таким чином, актуальність та практична значущість запропонованого механізму управління визначаються його здатністю вирішити існуючі проблеми у сфері охорони здоров'я через підвищення ефективності та якості медичних послуг, інтеграцію сучасних технологій та впровадження передового міжнародного досвіду. Наукове обґрунтування понять, підходів та самого концептуального функціонально – організаційного механізму державного управління системою взаємодії медичних закладів в межах госпітального округу застосовано нами на практиці, яке підтримуємо до практичного застосування.

**Генеральний директор (директор)  
КНП «Галицький центр ПМСД»**



**Костянтин ШВЕЦЬ**





**Комунальне некомерційне підприємство  
«Галицька лікарня»  
Галицької міської ради  
Івано-Франківської області**

вул. Н.Вівчаренко, 36 м. Галич, Івано-Франківської області, 77100  
тел.факс (03431) 2-13-38, e-mail: galmed\_crl@i.ua. Розрахунковий рахунок 35418005001470  
ГУДКСУ у Галицькому районі, МФО 836014, код 01993405.

Від 24 січня 2024 р. № 804/24/01

**ДОВІДКА  
про впровадження результатів дисертаційного дослідження  
Стовбана Миколи Петровича**

Актуальність та практична значущість впровадження концептуального функціонально-організаційного механізму державного управління взаємодією медичних закладів у госпітальних округах, запропонованого Стовбаном М.П., визначається нагальною потребою у вдосконаленні системи охорони здоров'я України. В сучасних умовах реформування медичної галузі виникає потреба в нових підходах до управління, які дозволять забезпечити високу якість та доступність медичних послуг для населення. Госпітальні округи є ключовими елементами в цій реформі, оскільки вони об'єднують медичні заклади різних рівнів і сприяють ефективній координації їхньої діяльності.

Запропонований Стовбаном М.П. механізм управління спрямований на оптимізацію ресурсів, зниження дублювання функцій та покращення координації між медичними закладами. Впровадження цього механізму сприятиме створенню інтегрованої системи медичного обслуговування, яка забезпечить безперервність та оперативність надання медичної допомоги. Використання сучасних інформаційних технологій, таких як електронні медичні записи та телемедицина, дозволить покращити обмін інформацією між медичними установами та підвищити ефективність їхньої роботи.

Практична значущість полягає у можливості впровадження найкращих міжнародних практик, адаптованих до українських реалій. Це забезпечить відповідність системи охорони здоров'я України європейським стандартам і сприятиме її інтеграції у міжнародний медичний простір. Крім того, впровадження цього механізму дозволить знизити адміністративні витрати, підвищити продуктивність медичних працівників та збільшити рівень задоволеності пацієнтів.

Таким чином, актуальність та практична значущість запропонованого механізму обумовлені необхідністю підвищення ефективності та якості медичних послуг, оптимізацією використання ресурсів, впровадженням сучасних технологій та гармонізацією з міжнародними стандартами, що в кінцевому результаті сприятиме покращенню здоров'я населення України.

Наукове обґрунтування понять, підходів та самого концептуального функціонально-організаційного механізму державного управління системою взаємодії медичних закладів в межах госпітального округу застосовано нами на практиці та підтримуємо до практичного застосування.

**Генеральний директор  
КНП «Галицька лікарня» ГМР**



**Володимир КРУПА**



КОМУНАЛЬНЕ ПІДПРИЄМСТВО  
 «ГОРОДЕНКІВСЬКИЙ НЕКОМЕРЦІЙНИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ  
 ДОПОМОГИ» ГОРОДЕНКІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ  
 м. Городенка, вул. А. Шенгіцького, 24с, м. Городенка, 78100, тел. (03430) 2-28-92,  
 e-mail: epmsd-horodenka@ukr.net Код ЄДРПОУ - 42043117

від «26» «грудня» 2023р. № 1135

### ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження

**Стовбана Миколи Петровича**

Виклики сьогодення, такі як: необхідність підвищення ефективності механізмів державного управління, результативність реформи державного управління з вектором на своїнтеграцію, зростаючий попит на якісні медичні послуги, і в той же час обмеженість ресурсів, вимагають нових, інноваційних підходів до їх подолання.

Саме на їх концептуальне вирішення й спрямований функціонально-організаційний механізм державного управління взаємодією закладів охорони здоров'я у госпітальних округах, запропонований Стовбаном М.П. Адже, саме, госпітальні округи, як структурні одиниці, покликані забезпечити інтеграцію та координацію між різними рівнями закладів охорони здоров'я, що є важливим для забезпечення безперервного і доступного медичного обслуговування населення.

Практична значущість дисертаційного дослідження Стовбана М.П. механізму управління криється у його здатності вирішити існуючі проблеми у сфері охорони здоров'я через підвищення ефективності та якості надання медичних послуг, через інтеграцію сучасних технологій та впровадження передового міжнародного досвіду.

Головний лікар



Василь ФЕДОРІВ



**ІВАНО – ФРАНКІВСЬКА ОБЛАСТЬ  
КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО  
«ГОРОДЕНКІВСЬКА БАГАТОПРОФІЛЬНА ЛІКАРНЯ  
ІНТЕНСИВНОГО ЛІКУВАННЯ» ГОРОДЕНКІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ**

м. Городенка вул. А.Шевченківського, 24-с, E-mail: [ccf-horodenka@ukr.net](mailto:ccf-horodenka@ukr.net), тел.: 2-16-04; 2-10-92

від « 04 » \_\_січня\_\_ 2024р. № 5

**ДОВІДКА**

**про впровадження результатів дисертаційного дослідження  
Стовбана Миколи Петровича**

Наукове обґрунтування концептуального функціонально – організаційного механізму державного управління системою взаємодії закладів охорони здоров'я в межах госпітального округу обумовлено триваючою реформою в сфері охорони здоров'я та підвищенню критичності без пекових ризиків в умовах воєнного стану, а також зростаючим попитом населення на якісні медичні послуги та необхідністю підвищення ефективності управління.

Необхідність механізму управління, котрий розроблений Стовбаном М.П., для досягнення високого рівня взаємодії між закладами охорони здоров'я через раціональне розподілення ресурсів, мінімізацію дублювання функцій та покращення їхньої координації є вкрай актуальною. Адже саме запропонований механізму управління здатен вирішити існуючі проблеми у сфері охорони здоров'я, що, в свою чергу, дасть можливість значно підвищити швидкість і точність обміну медичною інформацією, що позитивно вплине на якість медичних послуг та, беззаперечно, задовольнить потреби пацієнтів.

Директор



Олександра КОСОВЕЦЬ



**КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО  
«ДОЛИНСЬКА БАГАТОПРОФІЛЬНА ЛІКАРНЯ»  
ДОЛИНСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ**

вул. Оксани Грицей, 15, м. Долина, Калуський район, Івано-Франківська обл., 77503

тел: 0501031142, E-mail: 01993457d@gmail.com, web dolyna-bl.if.ua,

код згідно з ЄДРПОУ 01993457

*Big 17. 11. 2023 р. № 1095.23/11/23*

на №

від

**ДОВІДКА**

**про впровадження результатів дисертаційного дослідження  
Стовбана Миколи Петровича**

Актуальність і практична значущість впровадження концептуального функціонально-організаційного механізму державного управління системою взаємодії медичних закладів в межах госпітального округу, як важлива складова новизни дисертаційного дослідження Стовбана М.П. обумовлені низкою важливих чинників. Перш за все, реформування системи охорони здоров'я в Україні вимагає впровадження нових механізмів управління, які сприятимуть підвищенню ефективності використання ресурсів та покращенню якості надання медичних послуг. Госпітальні округи є ключовою ланкою цієї реформи, оскільки вони об'єднують різні медичні заклади для забезпечення комплексного та доступного медичного обслуговування населення. Крім, того впровадження функціонально-організаційного механізму дозволить оптимізувати процеси управління та координації між медичними закладами в межах госпітального округу. Це сприятиме зниженню дублювання функцій, більш ефективному розподілу ресурсів та забезпеченню взаємодії між різними рівнями надання медичних послуг. Наукове обґрунтування понять, підходів та самого концептуального функціонально – організаційного механізму державного управління системою взаємодії медичних закладів в межах госпітального округу застосовано нами на практиці та підтримуємо до практичного застосування.

**З повагою**

**Генеральний директор**



*[Handwritten signature]*

**Ольга ІЛЬЧИШИН**



**КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО  
«ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ»  
ДОЛИНСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ**  
вул. Степана Бандери, 9 м. Долина, Калуський р-н, Івано-Франківська обл., 77503  
тел: (0-34-77) 2-84-16 , e-mail: drr.cpm�@ukr.net,  
КОД ЄДРПОУ 42326482

---

Big 17.11.23 р. № 184 д-23-11

**ДОВІДКА**

**про впровадження результатів дисертаційного дослідження  
Стовбана Миколи Петровича**

Актуальність і практична значущість впровадження концептуального функціонально-організаційного механізму державного управління системою взаємодії медичних закладів в межах госпітального округу, як важлива складова новизни дисертаційного дослідження Стовбана М.П. обумовлені низкою важливих чинників. Перш за все, реформування системи охорони здоров'я в Україні вимагає впровадження нових механізмів управління, які сприятимуть підвищенню ефективності використання ресурсів та покращенню якості надання медичних послуг. Госпітальні округи є ключовою ланкою цієї реформи, оскільки вони об'єднують різні медичні заклади для забезпечення комплексного та доступного медичного обслуговування населення. Крім, того такий механізм забезпечить кращу інтеграцію інформаційних систем та технологій, що є необхідним для сучасної медицини. Використання електронних медичних записів, телемедицини та інших цифрових рішень дозволить покращити обмін інформацією між медичними закладами, забезпечити безперервність медичного обслуговування та підвищити рівень прозорості й підвітності в системі охорони здоров'я.

Одночасно, впровадження концептуального функціонально-організаційного механізму сприятиме підвищенню рівня задоволеності пацієнтів, оскільки покращена координація та взаємодія медичних закладів дозволить забезпечити своєчасність та доступність медичної допомоги, відповідно до потреб населення.

Практична значущість такого механізму полягає також у можливості адаптації найкращих міжнародних практик до українських реалій. Це сприятиме гармонізації української системи охорони здоров'я з європейськими стандартами та покращенню показників здоров'я населення.

Таким чином, актуальність і практична значущість впровадження концептуального функціонально-організаційного механізму державного управління системою взаємодії медичних закладів в межах госпітального округу полягають у забезпеченні більш ефективного використання ресурсів, покращенні якості медичних послуг, інтеграції сучасних технологій, підвищенні задоволеності пацієнтів та гармонізації з міжнародними стандартами.

Наукове обґрунтування понять, підходів та самого концептуального функціонально – організаційного механізму державного управління системою взаємодії медичних закладів в межах госпітального округу застосовано нами на практиці та підтримуємо до практичного застосування.

Директор



Віолета ЦАП



**КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО «КАЛУСЬКИЙ  
МІСЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО – САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ  
КАЛУСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ»**

вул. Б. Хмельницького, 32, м. Калуш, Івано – Франківської області, 77300, тел. (03472)6-24-74,  
факс 6-24-74

E-mail: kmcpmsd@ukr.net Код ЄДРПОУ 26482717

*Від 25 січня 2024р. № 105*

**ДОВІДКА**

**про впровадження результатів дисертаційного дослідження**

**Стовбана Миколи Петровича**

Госпітальні округи, у котрих функціонують загальні, кластерні та надкластерні багатoproфільні лікарняні заклади охорони здоров'я, а також надавачі інших медичних послуг, є ключовими елементами системи охорони здоров'я нашої держави, і є яскравим прикладом ефективності декількох етапів сфери охорони здоров'я, що реформується.

Ефективне управління закладом охорони здоров'я дасть можливість раціонального використання наявних ресурсів в системі охорони здоров'я та інвестицій для розвитку спроможної мереж, що, в свою чергу, покращить доступ та якість медичної та реабілітаційної допомоги, особливо в такий складний час для України.

Таким чином, актуальність та практична значущість, запропонованого Стовбана М.П., концептуального функціонально – організаційного механізму державного управління системою взаємодії закладів охорони здоров'я в межах госпітального округу апріорі сприятиме підвищенню ефективності та якості надання медичних послуг, оптимізацією використання ресурсів, впровадженням сучасних технологій та гармонізацією з міжнародними стандартами, що в кінцевому результаті сприятиме покращенню здоров'я населення України.

**З повагою**

**Директор**



**Михайло Гаврилишин**



**МОЗ УКРАЇНИ**  
**ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**  
**ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ**  
Комунальне некомерційне підприємство «Калуська міська лікарня Калуської міської ради»  
вул. Каракая, 25, м. Калуш, Івано-Франківська обл., 77300,  
тел./факс. (03472) 6-53-96, e-mail: kalushrl@ukr.net. Код ЄДРПОУ 33271905

№ 138 від 29.01. 2024.

**ДОВІДКА**  
**про впровадження результатів дисертаційного дослідження**  
**Стовбана Миколи Петровича**

У даний час, управління системою охорони здоров'я не достатньо адаптоване до сучасних соціально-економічних умов і тому зазнає комплексних організаційних змін, а саме: задоволення потреб населення відповідно до мінімального (базового) переліку напрямів медичного обслуговування на основі соціально-демографічного складу, поточні й прогнозовані показники природного та міграційного руху, показники захворюваності та інші статистичні дані щодо населення.

Впровадження нового концептуального функціонально-організаційного механізму державного управління взаємодією закладів охорони здоров'я у госпітальних округах, запропонованого Стовбаном М.П., сприятиме кращій координації між закладами охорони здоров'я, уникненню дублювання функцій та ефективному використанню наявних ресурсів, що обумовлено необхідністю інтеграції України у європейський політико-правовий простір з метою забезпечення високих стандартів захисту прав і свобод людини.

З повагою,  
директор



  
Микола ГУДИМ





УКРАЇНА  
КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО  
«ЦЕНТРАЛЬНА РАЙОННА ЛІКАРНЯ КАЛУСЬКОЇ МІСЬКОЇ  
РАДИ ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ»  
(КНП «КАЛУСЬКА ЦРЛ»)

вул. Медична, 6, м. Калущ, Івано-Франківська область, 77312  
тел./факс: (03472) 6 33 17, e-mail: kalushlik@ukr.net, код ЄДРПОУ 33578224

« 05 » січня 2024р. № 12

### ДОВІДКА

#### про впровадження результатів дисертаційного дослідження Стовбана Миколи Петровича

У даний час, управління системою охорони здоров'я не достатньо адаптоване до сучасних соціально-економічних умов і тому зазнає комплексних організаційних змін, а саме: задоволення потреб населення відповідно до мінімального (базового) переліку напрямів медичного обслуговування на основі соціально-демографічного складу, поточні й прогностичні показники природного та міграційного руху, показники захворюваності та інші статистичні дані щодо населення.

Впровадження нового концептуального функціонально-організаційного механізму державного управління взаємодією закладів охорони здоров'я у госпітальних округах, запропонованого Стовбаном М.П., сприятиме кращій координації між закладами охорони здоров'я, уникненню дублювання функцій та ефективному використанню наявних ресурсів, що обумовлено необхідністю інтеграції України у європейський політико-правовий простір з метою забезпечення високих стандартів захисту прав і свобод людини.

З повагою  
Генеральний директор  
КНП «Калуська ЦРЛ»



Ярослав МОРОЗ

**УКРАЇНА**  
**ІВАНО-ФРАНКІВСЬКА ОБЛАСНА РАДА**  
**ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**  
**ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ**  
**КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО «ІВАНО-**  
**ФРАНКІВСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ КЛІНІЧНИЙ КАРДІОЛОГІЧНИЙ**  
**ЦЕНТР ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ»**  
**(КНП ІФ ОККЦ ІФ ОР)**

вул. Гетьмана Мазепи, 114, м. Івано-Франківськ, 76018, телефон (0342) 52-70-49 телефон/факс (0342)52-70-62  
 Е-mail: [ifkardioorg@ukr.net](mailto:ifkardioorg@ukr.net) Код ЄДРПОУ 20535186

«26» ХН. 23 р. № 1205

### ДОВІДКА

#### про впровадження результатів дисертаційного дослідження Стобана Миколи Петровича

Доцільність застосування в Україні європейського досвіду модернізації державного управління в сфері охорони здоров'я, а також тенденції реформування державного управління в контексті євроінтеграційних прагнень України визначили актуальність та практичну значущість впровадження концептуального функціонально-організаційного механізму державного управління взаємодією закладів охорони здоров'я у госпітальних округах, запропонованого Стобаном М.П..

Зростаючий попит на якісні медичні послуги, обмеженість ресурсів та необхідність підвищення ефективності управління, вимагають нових, інноваційних підходів. Саме механізм управління, розроблений Стобаном М.П., спрямований на досягнення високого рівня взаємодії між медичними установами через раціональне розподілення ресурсів, мінімізацію дублювання функцій та покращення координації, особливо в умовах сьогодення.

З повагою  
 Генеральний директор



Віктор ЯКИМЧУК



**УКРАЇНА**  
**КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО**  
**«КОЛОМІЙСЬКИЙ РАЙОННИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ**  
**ДОПОМОГИ КОЛОМІЙСЬКОЇ РАЙОННОЇ РАДИ»**  
**КНП «КРЦ ПМСД КРР»**

вул. Театральна, 54, м. Коломия, Івано-Франківської області, 78200, тел. (03433) 5 04 27  
 Код ЄДРПОУ 39020574 e-mail: kol.rcpmsd@i.ua

від 28.12.2023р №1014

**ДОВІДКА**  
**про впровадження результатів дисертаційного дослідження**  
**Стовбана Миколи Петровича**

В сучасних умовах реформування державного управління в напрямку ратифікації вимог євроінтеграції України, зміни структури та розширення послуг первинної медичної допомоги у громадах як найбільш оперативного та економічно доцільного механізму та удосконалення механізму доступу до надання медичних послуг населенню є надзвичайно актуальними. А розвиток кадрової спроможності, підвищення продуктивності праці та забезпечення безперервності професійного розвитку працівників охорони здоров'я різних спеціальностей, мультидисциплінарних команд в різних сферах медичного обслуговування в межах госпітального округу – реалією сьогодення.

Використання електронних медичних записів, телемедицини та інших цифрових інструментів дозволяє покращити обмін інформацією між закладами охорони здоров'я, що забезпечує безперервність медичної допомоги та підвищує рівень прозорості та відповідальності у системі охорони здоров'я.

Концептуально функціонально-організаційний механізм державного управління взаємодією медичних закладів у госпітальних округах, запропонований Стовбаном М.П., беззаперечно полягає у можливості адаптації найкращих міжнародних практик до українських реалій. Що, в свою чергу, сприятиме гармонізації української системи охорони здоров'я з європейськими стандартами та покращенню показників здоров'я населення нашої держави в сьогоденній ситуації.

З повагою  
 Директор



Богдан ЖЛАПИН



УКРАЇНА

**КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО  
«КОЛОМІЙСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА РАЙОННА ЛІКАРНЯ»  
КОЛОМІЙСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ**

78200, Івано-Франківська обл., м. Коломия. вул. І. Мазепи, 134, тел.(03433) 4-70-35

*Вод 28 грудня 2023 року № 1068*

**ДОВІДКА**

**про впровадження результатів дисертаційного дослідження  
Стовбана Миколи Петровича**

Реформа галузі охорони здоров'я нашої держави, в частині створення госпітальних округів, впроваджується відповідно до вимог задля блага як лікарів, так і пацієнтів.

Мережа закладів охорони здоров'я, що забезпечує медичне обслуговування у межах відповідного госпітального округу, зокрема під час надзвичайних ситуацій, надзвичайного чи воєнного стану, має організувати належну якість такого обслуговування, своєчасність та доступність для населення, а також ефективне використання матеріальних, трудових та інших ресурсів.

Практична значущість концептуального функціонально-організаційного механізму державного управління взаємодією закладів охорони здоров'я у госпітальних округах, запропонованого Стовбаном М.П., беззаперечно полягає в його здатності забезпечити стійке підвищення ефективності роботи мережі закладів охорони здоров'я, зменшити витрати та покращити якість медичних послуг.

Крім того, впровадження цього механізму дозволить гармонізувати національну систему охорони здоров'я з міжнародними стандартами, сприяючи інтеграції України до європейського медичного простору.

**З повагою**

**Генеральний директор**



**Андрій КОШКІН**



Україна

**Комунальне некомерційне підприємство  
«Косівська центральна районна лікарня»**

Косівської міської ради Косівського району Івано-Франківської області  
78601 Івано-Франківська обл., м. Косів, пров. Шевченка, 27; Код 01993546  
тел/факс (03478) 2-16-21, E-mail: [kosivskaerl@gmail.com](mailto:kosivskaerl@gmail.com), [www.erl.ks.ua](http://www.erl.ks.ua)

*вч. 20.12.2023р. №1053*

**ДОВІДКА**

**про впровадження результатів дисертаційного дослідження  
Стовбана Миколи Петровича**

Актуальність та практична значущість впровадження концептуального функціонально-організаційного механізму державного управління взаємодією медичних закладів у госпітальних округах, запропонованого Стовбаном М.П., обумовлені необхідністю кардинальних змін у системі охорони здоров'я України. Реформа медичної галузі вимагає створення ефективної структури управління, яка б забезпечувала злагоджену роботу медичних закладів різного рівня та сприяла оптимальному використанню наявних ресурсів. Госпітальні округи є ключовими елементами цієї системи, і їх ефективне управління є критичним для забезпечення доступності та якості медичних послуг.

Запропонований механізм передбачає впровадження нових методів координації та інтеграції медичних закладів, що дозволить зменшити дублювання функцій, покращити розподіл ресурсів та підвищити оперативність надання медичної допомоги. Застосування сучасних інформаційних технологій, таких як електронні медичні записи та телемедицина, дозволить значно покращити обмін інформацією між медичними установами, що сприятиме більш швидкому та ефективному лікуванню пацієнтів.

Практична значущість механізму полягає в його здатності забезпечити стійке підвищення ефективності роботи медичних закладів, зменшити витрати та покращити якість медичних послуг. Крім того, впровадження цього механізму дозволить гармонізувати національну систему охорони здоров'я з міжнародними стандартами, сприяючи інтеграції України до європейського медичного простору. Це також допоможе покращити управління медичними ресурсами та підвищити рівень задоволеності пацієнтів.

Таким чином, актуальність та практична значущість запропонованого механізму управління взаємодією медичних закладів у госпітальних округах полягають у його здатності вирішити існуючі проблеми в сфері охорони здоров'я, забезпечити ефективне використання ресурсів, впровадити сучасні технології та адаптувати найкращі міжнародні практики, що зрештою сприятиме покращенню здоров'я населення України. Наукове обґрунтування понять, підходів та самого концептуального функціонально – організаційного механізму державного управління системою взаємодії медичних закладів в межах госпітального округу застосовано нами на практиці та підтримуємо до практичного застосування.

Директор

Іван ФАЗАН



НАДВІРНЯНСЬКА МІСЬКА РАДА

**КОМУНАЛЬНЕ ПІДПРИЄМСТВО «НАДВІРНЯНСЬКИЙ  
НЕКОМЕРЦІЙНИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ»  
НАДВІРНЯНСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ  
(КП «НАДВІРНЯНСЬКИЙ НЦПМД» НАДВІРНЯНСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ)**

вул. Федьковича, 4, м. Надвірна, Івано-Франківська область, 78400, тел.: +380679959241  
р/р UA 07305299000026008005502519 в АТ КБ «ПРИВАТБАНК», МФО 305299  
E-mail: nadcentrpm@ukr.net, Код ЄДРПОУ 42376774

Від 11.01.24 № 58

На № \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_

### ДОВІДКА

**про впровадження результатів дисертаційного дослідження**

**Стовбана Миколи Петровича**

Реформування сфери охорони здоров'я перш за все націлене на те, щоб діюча спроможна мережа регіону надавала своєчасну, належну і доступну медичну допомогу для населення держави, з ефективним використанням матеріальних, трудових та інших ресурсів.

Актуальність та практична значущість впровадження концептуального функціонально-організаційного механізму державного управління взаємодії закладів охорони здоров'я у госпітальних округах, запропонованого Стовбаном М.П., обумовлені необхідністю удосконалення системи охорони здоров'я в Україні.

Механізми реалізації запропонованого дисертаційного дослідження на практиці однозначно сприятимуть значному покращенню управління медичними ресурсами, підвищенню прозорості та підзвітності в системі охорони здоров'я, а також гармонізації з найкращими міжнародними стандартами. А це дозволить Україні наблизитися до європейських стандартів у сфері охорони здоров'я та, в свою чергу, покращить рівень медичного обслуговування та підвищить загальний рівень здоров'я не тільки населення краю, а й України.

З повагою  
Директор



**Емілія СЕМ'ЯНІВ**



Івано-Франківська область

**КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО  
«Надвірнянська центральна районна лікарня»  
Надвірнянської міської ради**

вул. Грушевського 12, м. Надвірна, Івано-Франківської області, 78405, тел-факс (03475) 2-94-41  
E-mail: hospital\_nad@meta.ua, 01993575@mail.gov.ua

*Big 12.01.2024р. № 91*

**ДОВІДКА**

**про впровадження результатів дисертаційного дослідження  
Стовбана Миколи Петровича**

Реформа державного управління в сфері охорони здоров'я вимагає створення ефективної структури управління, яка б забезпечувала злагоджену роботу закладів охорони здоров'я різного рівня та сприяла оптимальному використанню наявних в установах ресурсів.

В цьому контексті, саме госпітальні округи покликані забезпечити координацію та інтеграцію між закладами охорони здоров'я різних форм власності, що є важливим для забезпечення безперервного і доступного медичного обслуговування населення держави.

Описані вище виклики умов сьогодення беззаперечно допоможе вирішити розроблений Стовбаном М.П. механізм управління, який спрямований на досягнення високого рівня взаємодії між закладами охорони здоров'я через раціональне розподілення ресурсів, мінімізацію дублювання функцій та покращення їх координації.

Практична значущість, запропонованого Стовбаном М.П., механізму полягає в його здатності забезпечити стійке підвищення ефективності роботи закладів охорони здоров'я, зменшити витрати та покращити якість надання медичних послуг не тільки жителям нашого краю, а й України в цілому.

**З повагою  
ДИРЕКТОР**



**Сергій СМЕЛЬЯНЧУК**



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**Комунальне некомерційне підприємство**  
**«Івано-Франківська обласна дитяча клінічна лікарня**  
**Івано-Франківської обласної ради»**

вул. Є. Коновальця, 132, м. Івано-Франківськ, 76018, тел./факс (0-342) 53-06-55  
 e-mail: knpifodkl@ukr.net, інтернет-сайт: <http://odkl.if.ua> Код ЄДРПОУ 01993256

від 26 XII 23 № 1584

на № \_\_\_\_\_

**ДОВІДКА**

**про впровадження результатів дисертаційного дослідження**  
**Стовбана Миколи Петровича**

Європейська інтеграція для України обумовлює проведення низки внутрішніх реформ, зокрема реформування зазнає системи охорони здоров'я в державі, що вимагає впровадження нових механізмів управління, які сприятимуть підвищенню ефективності використання ресурсів та покращенню якості надання медичних послуг.

Управління системою охорони здоров'я не повністю адаптоване до сучасних соціально-економічних умов і тому зазнає комплексних організаційних змін.

Спираючись на значущість реалізації впровадження концептуального функціонально-організаційного механізму державного управління взаємодією закладів охорони здоров'я у госпітальних округах, запропонованого Стовбаном М.П., впевнено можна констатувати, що даний науковий доробок сприятиме гармонізації з європейськими стандартами та покращенню показників здоров'я населення, підвищить ефективність роботи закладів охорони здоров'я та рівень задоволеності пацієнтів нашої держави.

**З повагою**

**Генеральний директор**



**Тарас МЕЛЬНИК**





МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
**КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО**  
**«ІВАНО-ФРАНКІВСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ПЕРИНАТАЛЬНИЙ ЦЕНТР**  
**ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ»**  
**(КНП «ІФ ОПЦ ОР»)**

вул. Черновола, 49, м. Івано-Франківськ, 76018, тел./факс 8(0342) 53-25-10,  
 e-mail: ifperinatal@gmail.com код ЄДРПОУ 24687786

*в.д. 28.12.23 № 1513*

**ДОВІДКА**  
**про впровадження результатів дисертаційного дослідження**  
**Стовбана Миколи Петровича**

Створення сприятливих умов для роботи закладів охорони здоров'я та поліпшення нормативно-правової бази цього напрямку, а також проведення ефективної кадрової політики є однією із основ введення у дію в Україні механізму публічно-приватного партнерства у галузі охорони здоров'я та вдосконалення публічного адміністрування цієї сфери, що значно покращує організацію та координацію медичного обслуговування населення в межах госпітального округу.

Фінансова стійкість та доступність до напрямів медичного обслуговування для мешканців населених пунктів, відстань та шляхи сполучення між ними дозволяють забезпечити цю доступність найменшою можливою кількістю місць надання медичних послуг.

Все це разом з інтеграцією сучасних інформаційних технологій, таких як електронні медичні записи та телемедичні сервіси, дозволить значно підвищити швидкість і точність обміну медичною інформацією, що позитивно вплине на якість медичних послуг та задоволеність пацієнтів та забезпечить відповідність системи охорони здоров'я України європейським стандартам і сприятиме її інтеграції у міжнародний медичний простір.

Впровадження концептуального функціонально-організаційного механізму державного управління взаємодією закладів охорони здоров'я у госпітальних округах, запропонованого Стовбаном М.П. апріорі підвищить ефективність роботи медичних закладів та рівень задоволеності наших громадян.

З повагою

Генеральний директор



Юрій ПАВЛУШИНСЬКИЙ



Міністерство охорони здоров'я України

Департамент охорони здоров'я обласної державної адміністрації

КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО  
«ІВАНО-ФРАНКІВСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ КЛІНІЧНИЙ ЦЕНТР ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ  
ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ»

Код за ЄДРПОУ 25065503, Тел.: (0342)78-17-19, тел./факс (0342) 53-60-26, e-mail:  
[hospice.if.okcpd@gmail.com](mailto:hospice.if.okcpd@gmail.com)

76002, Івано-Франківськ, вул.Новаківського.

№ 01/74 від «14» 01 2024р.

## ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження

Стовбана Миколи Петровича

Госпітальні округи з поділом на госпітальні кластери функціонують з метою забезпечення територіальної доступності до якісної невідкладної, медичної, паліативної та реабілітаційної допомоги населенню з метою забезпечення ефективності в реформуванні державного управління в сфері охорони здоров'я.

Поступове формування спроможної мережі сприяє гарантованому та своєчасному доступу населення до якісного медичного обслуговування.

Впровадження ефективного механізму управління дозволить значно підвищити рівень координації між різними закладами охорони здоров'я, що допоможе уникнути дублювання послуг та сприятиме раціональному розподілу ресурсів

Значущість впровадження концептуального функціонально-організаційного механізму державного управління взаємодією закладів охорони здоров'я у госпітальних округах, запропонованого Стовбаном М.П., беззаперечно полягає у забезпеченні більш ефективного використання ресурсів, підвищенні якості медичних послуг, інтеграції сучасних технологій, покращенні задоволеності пацієнтів.

Генеральний директор



Ірина СЛУГОЦЬКА



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

**Рогатинська міська рада**

**Комунальне некомерційне підприємство**

**“Рогатинський центр первинної медико-санітарної допомоги”**

77001 вулиця Галицька, 119А, м. Рогатин, Івано-Франківський район,

Івано-Франківська область,

тел. (03435) 22-2-90, факс 22-2-90

Е-mail: roh\_cpmsa@ukr.net

код ЄДРПОУ 41 83 88 05

Від 15.11.2023р. № 1308

м. Рогатин

На вх. № б\н

**ДОВІДКА**

**про впровадження результатів дисертаційного дослідження  
Стовбана Миколи Петровича**

Актуальність і практична значущість впровадження концептуального функціонально-організаційного механізму державного управління системою взаємодії медичних закладів в межах госпітального округу, як важлива складова новизни дисертаційного дослідження Стовбана М.П. обумовлені кількома ключовими факторами.

Перш за все, такий механізм забезпечить інтеграцію сучасних інформаційних систем та технологій, що є критично важливим для розвитку вітчизняної медицини. Використання електронних медичних записів, телемедицини та інших цифрових інструментів дозволить покращити обмін інформацією між медичними закладами, забезпечити безперервність медичної допомоги та підвищити рівень якості, прозорості та відповідальності у системі охорони здоров'я.

Крім того, впровадження цього механізму підвищить рівень задоволеності пацієнтів, оскільки покращена координація та взаємодія між медичними закладами забезпечить своєчасне та доступне надання медичної допомоги, відповідно до потреб населення.

Практична значущість концептуального функціонально-організаційного механізму також полягає у можливості адаптації найкращих міжнародних практик до умов специфіки української системи охорони здоров'я. Це сприятиме гармонізації з європейськими стандартами та покращенню показників здоров'я населення.

Отже, актуальність та практична значущість впровадження концептуального функціонально-організаційного механізму державного управління системою взаємодії медичних закладів в межах госпітального округу полягає у забезпеченні більш ефективного використання ресурсів, підвищенні якості медичних послуг, інтеграції сучасних технологій, покращенні задоволеності пацієнтів та гармонізації з міжнародними стандартами.

Наукове обґрунтування понять, підходів та самого концептуального функціонально – організаційного механізму державного управління

системою взаємодії медичних закладів в межах госпітального округу застосовано нами на практиці та підтримуємо до практичного застосування.

Головний лікар



— Віктор ДЕНИСЮК



**Комунальне некомерційне медичне підприємство  
РОГАТИНСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА РАЙОННА ЛІКАРНЯ**

вул. Чорновола, 9, м. Рогатин, Івано-Франківська обл., 77000, тел. (03435) 2-43-63  
факс (03435) 2-43-63, E-mail: rohatynhospital@gmail.com Код в СДРПОУ 01993581

Вих.№ Н-13/161 від 27.02.2024 р

**ДОВІДКА**  
**про впровадження результатів дисертаційного дослідження**  
**Стовбана Миколи Петровича**

Актуальність і практична значущість впровадження концептуального функціонально-організаційного механізму державного управління системою взаємодії медичних закладів в межах госпітального округу, як важлива складова новизни дисертаційного дослідження Стовбана М.П. обумовлені кількома ключовими факторами.

По-перше, в умовах реформування системи охорони здоров'я в Україні особливо важливим є створення ефективних механізмів управління, які забезпечать оптимізацію використання ресурсів та підвищення якості медичних послуг. Госпітальні округи є центральною частиною цієї реформи, оскільки вони мають забезпечити злагоджену роботу різних медичних установ для надання комплексної та доступної медичної допомоги населенню.

По-друге, функціонально-організаційний механізм сприятиме покращенню координації та управління між медичними закладами в межах госпітального округу. Це дозволить уникнути дублювання функцій, ефективніше розподіляти ресурси та забезпечити кращу співпрацю між різними рівнями медичних послуг.

Практична значущість концептуального функціонально-організаційного механізму також полягає у можливості адаптації найкращих міжнародних практик до умов української системи охорони здоров'я. Це сприятиме гармонізації з європейськими стандартами та покращенню показників здоров'я населення.

Отже, актуальність та практична значущість впровадження концептуального функціонально-організаційного механізму державного управління системою взаємодії медичних закладів в межах госпітального округу полягає у забезпеченні більш ефективного використання ресурсів, підвищенні якості медичних послуг, інтеграції сучасних технологій, покращенні задоволеності пацієнтів та гармонізації з міжнародними стандартами.

Наукове обґрунтування понять, підходів та самого концептуального функціонально – організаційного механізму державного управління системою взаємодії медичних закладів в межах госпітального округу застосовано нами на практиці та підтримуємо до практичного застосування.

Генеральний директор КНМП  
«Рогатинська центральна районна лікарня» Руслан ПАНЬКІВ





**КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО  
«СНЯТИНСЬКА БАГАТОПРОФІЛЬНА ЛІКАРНЯ»  
СНЯТИНСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ**

вул. Стефаника, 2, м.Снятин, Коломийський район, Івано-Франківська область, 78300  
тел. (03476) 2-50-34, E-mail: [snvatinbpl@ukr.net](mailto:snvatinbpl@ukr.net) код ЄДРПОУ 01993635

*big 27.11.2023 № 1095*

**ДОВІДКА  
про впровадження результатів дисертаційного дослідження  
Стовбана Миколи Петровича**

Актуальність та практична значущість впровадження концептуального функціонально-організаційного механізму державного управління системою взаємодії медичних закладів у межах госпітального округу визначаються кількома ключовими аспектами. Сучасна система охорони здоров'я в Україні переживає значні зміни, які вимагають нових підходів до управління медичними установами. Госпітальні округи покликані забезпечити комплексний підхід до надання медичних послуг, що є критично важливим для задоволення потреб населення в якісному та доступному медичному обслуговуванні. Впровадження ефективного механізму управління дозволить значно підвищити рівень координації між різними закладами охорони здоров'я, що допоможе уникнути дублювання послуг та сприятиме раціональному розподілу ресурсів.

Зокрема, впровадження сучасних інформаційних технологій, таких як електронні медичні записи та системи телемедицини, сприятиме більш оперативному обміну інформацією та забезпеченню безперервності медичної допомоги. Це, в свою чергу, підвищить ефективність роботи медичних закладів та рівень задоволеності пацієнтів. Крім того, адаптація найкращих міжнародних практик у сфері управління медичними системами до українських реалій дозволить забезпечити відповідність національної системи охорони здоров'я міжнародним стандартам, що є важливим кроком у процесі інтеграції України до європейського медичного простору. Таким чином, впровадження концептуального функціонально-організаційного механізму управління системою взаємодії медичних закладів у госпітальних округах є надзвичайно актуальним і практично значущим, оскільки сприятиме підвищенню якості та доступності медичних послуг, оптимізації використання ресурсів та покращенню загального стану здоров'я населення.

Наукове обґрунтування понять, підходів та самого концептуального функціонально – організаційного механізму державного управління системою взаємодії медичних закладів в межах госпітального округу застосовано нами на практиці та підтримуємо до практичного застосування.

Директор



**Володимир КРОКОШ**





**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО «СНЯТИНСЬКИЙ**  
**ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ»**  
**СНЯТИНСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ**

вул. Шевченка, 75, м. Снятин, Коломийський район, Івано-Франківська область, 78301  
тел. контакт-центру – 099-679-99-57, [scpmsd@i.ua](mailto:scpmsd@i.ua) Код закладу 38816907

Big 27.12.2023 № 2064

**Д О В І Д К А**  
**про впровадження результатів дисертаційного дослідження**  
**Стовбана Миколи Петровича**

Актуальність та практична значущість впровадження концептуального функціонально-організаційного механізму державного управління взаємодією медичних закладів у госпітальних округах, запропонованого Стовбаном М.П., обумовлені нагальною потребою в підвищенні ефективності та якості медичних послуг. В умовах реформування системи охорони здоров'я України, госпітальні округи відіграють ключову роль у забезпеченні доступності медичної допомоги.

Впровадження нового механізму управління сприятиме кращій координації між закладами охорони здоров'я, уникненню дублювання функцій та ефективного використанню ресурсів. Використання сучасних інформаційних технологій, таких як електронні медичні записи та телемедицина, забезпечить оперативний обмін інформацією і безперервність медичного обслуговування. Це дозволить підвищити задоволеність пацієнтів і покращити результати лікування.

Крім того, адаптація кращих міжнародних практик допоможе гармонізувати українську систему охорони здоров'я з європейськими стандартами. Таким чином, впровадження цього механізму є актуальним і важливим кроком для оптимізації медичної допомоги, раціонального використання ресурсів та покращення здоров'я населення.

Наукове обґрунтування понять, підходів та самого концептуального функціонально – організаційного механізму державного управління системою взаємодії медичних закладів в межах госпітального округу застосовано нами на практиці та підтримуємо до практичного застосування.

Директор  
КНП «СЦПМСД» СМР



Іван ТИМОФІЙЧУК



**УКРАЇНА**  
**КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО**  
**«ЦЕНТРАЛЬНА МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ**  
**ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ»**  
**(КНП «ЦМКЛ ІФМР»)**

вулиця Гетьмана Мазепи, 114, місто Івано-Франківськ, Івано-Франківська область, Україна,  
 76025, тел/факс (0342) 53-44-54, код ЄРДПОУ 01993305  
 Hetman Mazepa's – street 114, Ivano-Frankivsk, Ukraine, 76025  
 Phone / Fax (8-0342) 53-44-54, e-mail: [info@cmkl.if.ua](mailto:info@cmkl.if.ua), [www.cmkl.if.ua](http://www.cmkl.if.ua)

« 29 » 12 2023 року  
 № 2315

**ДОВІДКА**  
**про впровадження результатів дисертаційного дослідження**  
**Стовбана Миколи Петровича**

Сама ідея створення госпітальних округів є частиною загальної концепції реформування державного управління, в тому числі в сфері охорони здоров'я та полягає в тому, що заклади, які належать до вторинної медицини, повинні надавати повний набір послуг, який передбачено медичними протоколами.

Забезпечення фінансової стійкості закладу охорони здоров'я, що входить до спроможної мережі, яка визначається можливістю власника такого закладу забезпечити наявність необхідних функціональних потужностей, з метою забезпечення населення якісною спеціалізованою медичною допомогою в необхідних обсягах та з урахуванням наявного обсягу фінансових ресурсів.

Госпітальні округи покликані забезпечити комплексний підхід до надання медичних послуг, що є критично важливим для задоволення потреб населення в якісному та доступному медичному обслуговуванні.

Запропонований та впровадженний Стовбаном М.П. концептуальний функціонально-організаційний механізм державного управління взаємодією закладів охорони здоров'я у госпітальних округах безперечно спрямований на оптимізацію ресурсів, зниження дублювання функцій та покращення координації між закладами охорони здоров'ям. А його впровадження апріорі сприятиме створенню інтегрованої системи медичного обслуговування, яка забезпечить безперервність та оперативність надання медичної допомоги.

**З повагою**  
**Директор**



**Тарас МАСЛЯК**



Міністерство освіти і науки України

**Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника**

вул. Шевченка, 57, м. Івано-Франківськ, 76018, тел. (0342) 75-23-51, факс (0342) 53-15-74  
імейл office@pnu.edu.ua, сайт https://pnu.edu.ua, код ЄДРПОУ 02125266

28.05.2024 № 01-23/148

На № \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_

**Довідка**

**про впровадження результатів дисертаційного дослідження**

**Стовбана Миколи Петровича**

к.мед.н., доцент кафедри терапії, реабілітації та морфології

В Україні інтеграція медичної допомоги відбулась через створення госпітальних округів, що впливає на вирішення найбільш актуальних проблем медичної галузі та покращення медичних послуг населенню. Відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України від 27.11.2019 р. №1074 «Деякі питання створення госпітальних округів», спроможна мережа госпітального округу це сукупність закладів охорони здоров'я, що провадять господарську діяльність з медичної практики та мають функціональні потужності, які здатні забезпечувати надання якісної, комплексної, безперервної і орієнтованої на пацієнта медичної допомоги відповідно до соціально-демографічних характеристик населення, особливостей його розселення на відповідній території. Госпітальний округ є інструментом співпраці територіальних громад з питань схвалення рішень, які стосуються закладів вторинної медичної допомоги на рівні міста, району та об'єднаної територіальної громади.

Протягом останніх років в Україні відбувається реформа системи охорони здоров'я, що включає в себе три ключові етапи. В результаті впровадження першого етапу сформовано нову систему діяльності медичних закладів, зокрема, систему госпітальних округів. На даний час особливого значення та актуальності набувають питання, що стосуються системи побудови ефективної взаємодії лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я в межах госпітального округу.

Цей та інший напрацьований матеріал з дисертаційного дослідження Стовбана Миколи Петровича було використано при викладанні лекційного та практичного курсу здобувачам вищої освіти освітнього рівня магістр спеціальності 281 Публічне управління та адміністрування.

Завідувач кафедри публічного  
упрагління та адміністрування

Проректор  
з науково-педагогічної роботи



Ольга ЖУК

Едуард ЛАПКОВСЬКИЙ



УКРАЇНА  
**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**ІВАНО-ФРАНКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ**  
**УНІВЕРСИТЕТ**

вулиця Галицька, 2, Івано-Франківськ, 76018, тел/факс (0342) 53-32-95, e-mail: ifnmu@ifnmu.edu.ua  
 код ЄДРПОУ 02010758

29.05.24 № 01/1772

На № \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_

### Д О В І Д К А

#### про впровадження результатів дисертаційного дослідження Стоvbана Миколи Петровича

к.мед.н., доцент кафедри терапії, реабілітації та морфології  
 Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника

На даний час на систему охорони здоров'я покладено відповідальність за стан здоров'я громадян, що саме по собі важко виконати одній галузі будь-якій державі. При цьому охорона здоров'я обмежена у можливостях правового та іншого впливу на діяльність структур суспільства, пов'язану з впливом на здоров'я населення.

Однак, здоров'я та система охорони здоров'я є важливим компонентами соціально-економічної системи країни та в більшості визначають демографічну ситуацію, розвиток соціальної структури, якість населення, та при цьому самі обумовлені вищезазначеними чинниками.

Якісні медичні послуги в сучасних умовах є пріоритетною ціллю діяльності системи охорони здоров'я, виступаючи при цьому базовим індикатором її функціонування.

Ефективним напрямом оптимізації мережі лікувальних закладів є створення єдиного медичного простору, що ґрунтується на інтеграції медичних закладів, які знаходяться у власності різних об'єднаних територіальних громад.

На даний час особливого значення та актуальності набувають питання, що стосуються системи побудови ефективної взаємодії лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я в межах госпітального округу.

Цей та інший інформаційно-аналітичний матеріал з дисертаційного дослідження Стоvbана Миколи Петровича було використано при викладенні лекційного та практичного курсу здобувачам другого (магістерського) рівня вищої освіти за освітньо-професійними програмами 221 Стоматологія, 222 Медицина, 228 Педіатрія на кафедрі соціальної медицини та громадського здоров'я, а також слухачів курсів безперервного професійного розвитку за спеціальністю «Організація та управління охороною здоров'я»

Ректор



Роман ЯЦИШИН



МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
**ІВАНО-ФРАНКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ТЕХНІЧНИЙ  
 УНІВЕРСИТЕТ НАФТИ І ГАЗУ**

вул. Карпатська, 15, м. Івано-Франківськ, 76019, тел./факс (0342) 54-71-39, тел. (0342) 54-72-66  
 E-mail: admin@nung.edu.ua, код ЄДРПОУ 02070855, р/р № 35228290004276  
 в ДКСУ в м. Києві, МФО 820172

29.05.2014р. № 46-10-25

На № \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_

**Довідка**

**про впровадження результатів дисертаційного дослідження  
 Стовбана Миколи Петровича**

к.мед.н., доцент кафедри терапії, реабілітації та морфології Прикарпатського національного університету ім. В. Стефаника

Протягом останніх років в Україні відбувається реформа системи охорони здоров'я, що включає в себе три ключові етапи. В результаті впровадження першого етапу сформовано нову систему діяльності медичних закладів, зокрема, систему госпітальних округів. На даний час особливого значення та актуальності набувають питання, що стосуються системи побудови ефективної взаємодії лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я в межах госпітального округу.

Ефективна реалізація запропонованої Стовбаном М.П. концептуальної функціонально-організаційної моделі взаємодії закладів охорони здоров'я в межах одного госпітального округу дасть змогу вдосконалити державне управління системою охорони здоров'я в частині надання медичної допомоги в госпітальних округах, отримати очікувані позитивні результати в роботі закладів вторинної ланки, підвищити якість життя населення, зменшити розрив у стані здоров'я різних соціально-економічних груп та в цілому поліпшити стан здоров'я населення України. Крім того, дане дисертаційне дослідження збагатило теоретичну базу актуальною інформацією для викладання дисциплін спеціальності соціальна медицина, управління охороною здоров'я та різноманітних тематичних удосконалень.

Зокрема цей та інший інформаційно-аналітичний матеріал з дисертаційної роботи Стовбана Миколи Петровича було використано при навчанні магістрів, за спеціальністю «Публічне управління та адміністрування».

Ректор



**Ігор ЧУДИК**

## ДОДАТОК Б

## Структура витрат на охорону здоров'я у країнах Європейського Союзу\*

Назва країни	Державні видатки	Обов'язкове медичне страхування та обов'язкові медичні рахунки	Добровільне медичне страхування
Бельгія	11,4	66,2	22,4
Болгарія	8,8	44,2	47,0
Чехія	11,6	71,9	16,5
Данія	84,2	н.д.	н.д.
Німеччина	6,6	78,0	15,4
Естонія	10,0	65,6	24,4
Ірландія	69,0	0,3	30,7
Греція	28,4	31,3	40,4
Іспанія	65,0	4,8	30,2
Франція	4,1	74,5	21,4
Хорватія	2,5	72,7	24,8
Італія	75,5	0,3	24,2
Кіпр	43,6	0,6	55,8
Латвія	59,9	н.д.	н.д.
Литва	10,1	57,5	32,4
Люксембург	8,5	73,9	17,6
Угорщина	9,4	57,6	33,0
Нідерланди	4,8	75,8	19,4
Австрія	31,2	44,7	24,1
Польща	9,2	61,8	29,0
Португалія	65,0	1,3	33,8
Румунія	14,9	64,4	20,7
Словенія	3,4	67,6	29,0
Словаччина	4,0	76,2	19,8
Фінляндія	62,2	13,2	24,6
Швеція	83,4	0,0	16,6
Великобританія	79,5	0,1	20,4

\*Джерело: зібрано та опрацьовано автором на основі даних Євростату

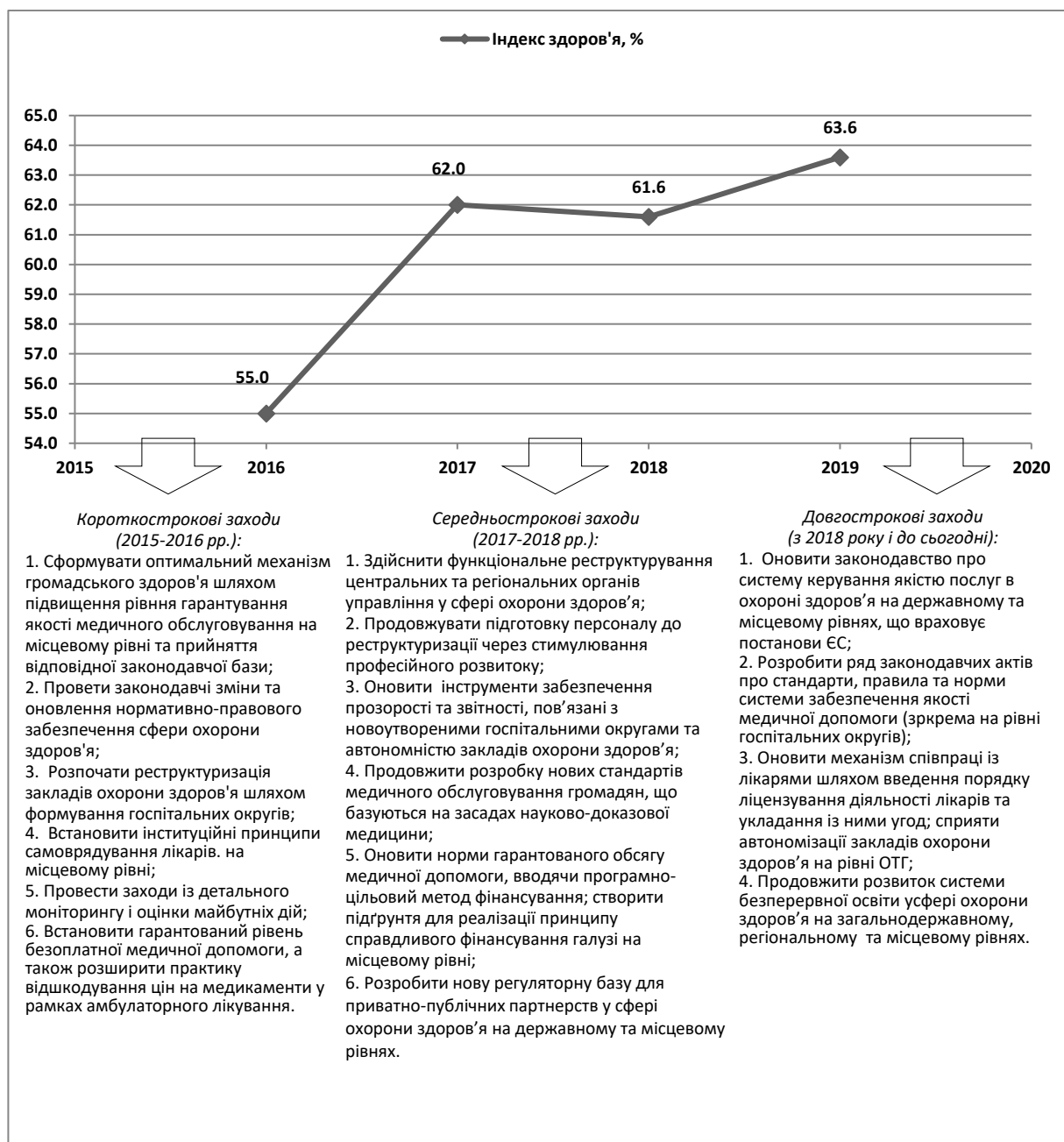
## ДОДАТОК В

Проміжні результати проведення реформи децентралізації у сфері охорони  
здоров'я (2017–2018 рр.)\*

<b>ПОКАЗНИКИ</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
<b>Кількість госпітальних округів, в т.ч. по областях:</b>	82	88
Вінницька область	3	3
Волинська область	4	4
Дніпропетровська область	5	5
Донецька область	6	6
Житомирська область	4	4
Закарпатська область	-	-
Запорізька область	5	5
Івано-Франківська область	5	5
Київська область	4	4
Кіровоградська область	3	3
Луганська область	3	3
Львівська область	-	1
Миколаївська область	-	4
Одеська область	9	9
Полтавська область	4	4
Рівненська область	3	3
Сумська область	-	-
Тернопільська область	4	4
Харківська область	-	1
Херсонська область	4	4
Хмельницька область	3	3
Черкаська область	5	5
Чернівецька область	3	3
Чернігівська область	4	4
<b>Кількість госпітальних рад</b>	40	64
<b>Кількість ухвалених планів розвитку госпітальних округів</b>	15	173

\*Джерело: складено автором за даними [10].

## Взаємозалежність рівня індексу здоров'я та реалізації реформаційних заходів в межах реструктуризації сфери охорони здоров'я України\*



\*Джерело: складено автором за даними [12; 14]



## Госпітальні округи в Україні\*

Госпітальний округ	Стан формування госпітальної ради	Затвердження положення	Наявність плану розвитку
Івано-Франківський госпітальний округ	ні	ні	ні
Коломийський госпітальний округ	ні	ні	ні
Калуський госпітальний округ	ні	ні	ні
Надвірнянський госпітальний округ	ні	ні	ні
Косівський госпітальний округ	ні	ні	ні
Павлоградський госпітальний округ	ні	ні	ні
Нікопольський госпітальний округ	ні	ні	ні
Кам'янський госпітальний округ	ні	ні	ні
Криворізький госпітальний округ	ні	ні	ні
Дніпровський госпітальний округ	так	ні	ні
Луцький госпітальний округ	ні	ні	ні
Ковельський госпітальний округ	ні	ні	ні
Нововолинський госпітальний округ	ні	ні	ні
Хмельницький госпітальний округ	ні	ні	ні
Кам'янець-Подільський госпітальний округ	ні	ні	ні
Шепетівський госпітальний округ	ні	ні	ні
Черкаський госпітальний округ	ні	ні	ні
Лівобережний госпітальний округ	ні	ні	ні
Шевченківський госпітальний округ	ні	ні	ні
Центральний госпітальний округ	ні	ні	ні
Західний госпітальний округ	ні	ні	ні
Західний госпітальний округ	так	ні	ні
Кропивницький госпітальний округ	так	ні	ні
Олександрійський госпітальний округ	так	ні	ні
Західний госпітальний округ	ні	ні	ні
Центральний госпітальний округ	ні	ні	ні
Східний госпітальний округ	ні	ні	ні
Білоцерківський госпітальний	так	так	ні

округ			
Васильківський госпітальний округ	ні	ні	ні
Лівобережний госпітальний округ	ні	ні	ні
Бородянський госпітальний округ	ні	ні	ні
Рівненський госпітальний округ	так	ні	ні
Сарненський госпітальний округ	так	ні	ні
Дубенський госпітальний округ	так	так	ні
Східний госпітальний округ	так	ні	ні
Південний госпітальний округ	так	ні	ні
Західний госпітальний округ	так	ні	ні
Північний госпітальний округ	так	ні	ні
Херсонський госпітальний округ	Ні	ні	ні
Таврійський госпітальний округ	так	ні	ні
Бериславський госпітальний округ	так	ні	ні
Генічеський госпітальний округ	так	ні	ні
Житомирський госпітальний округ	так	ні	ні
Коростенський госпітальний округ	так	ні	ні
Новоград-Волинський госпітальний округ	так	ні	ні
Бердичівський госпітальний округ	так	ні	ні
Чернігівський госпітальний округ	ні	ні	ні
Північний госпітальний округ	ні	ні	ні
Ніжинський госпітальний округ	ні	ні	ні
Прилуцький госпітальний округ	ні	ні	ні
Північний госпітальний округ	так	ні	ні
Севєродонецький госпітальний округ	ні	ні	ні
Лисичанський госпітальний округ	так	ні	ні
Запорізький госпітальний округ	так	ні	ні
Пологівський госпітальний округ	так	ні	ні
Бердянський госпітальний округ	так	ні	ні
Мелітопольський госпітальний округ	так	ні	ні
Василівський госпітальний округ	так	ні	ні
Тернопільський госпітальний округ	так	ні	ні
Бережанський госпітальний округ	так	ні	ні
Кременецький госпітальний округ	так	ні	ні
Чортківський госпітальний округ	так	ні	ні
Госпітальний округ м. Києва	ні	ні	ні
Госпітальний округ №1	ні	ні	ні
Госпітальний округ №2	ні	ні	ні
Госпітальний округ №3	ні	ні	ні

Госпітальний округ № 4	ні	ні	ні
Госпітальний округ № 5	ні	ні	ні
Госпітальний округ № 6	ні	ні	ні
Госпітальний округ № 7	ні	ні	ні
Госпітальний округ № 8	ні	ні	ні
Госпітальний округ № 9	ні	ні	ні
Слов'янський госпітальний округ	ні	ні	ні
Бахмутський госпітальний округ	ні	ні	ні
Краматорський госпітальний округ	ні	ні	ні
Покровський госпітальний округ	ні	ні	ні
Волноваський госпітальний округ	ні	ні	ні
Маріупольський госпітальний округ	ні	ні	ні
Північний госпітальний округ	так	ні	ні
Західний госпітальний округ	ні	ні	ні
Західний госпітальний округ	ні	ні	ні

*\*Джерело: [1]*

## **КОНЦЕПЦІЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ГОСПІТАЛЬНИМ ОКРУГОМ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

### **РОЗДІЛ І. ОСНОВОПОЛОЖНІ ЗАСАДИ КОНЦЕПЦІЇ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ГОСПІТАЛЬНИМ ОКРУГОМ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Наразі відзначається гостра необхідність в удосконаленні державного управління системою взаємодії медичних закладів в межах госпітального округу. Виникненню концепції державного управління системою взаємодії медичних закладів в межах госпітального округу передували негативні зміни у сфері охорони здоров'я, що поширилися у останні роки. Серед викликів, що стоять перед сферою медицини, слід відзначити, розвиток медичних технологій, підвищення вимог на якості надання медичних послуг, потреба в підвищенні рівня інклюзивності та доступності, необхідність реформування застарілих медичних закладів та оптимізації процесів під час надання послуг, що сформувалися через неефективність державного управління та недостатність фінансового забезпечення, а також за період пандемії та під час запровадження воєнного стану, стали поштовхами для оцінки поточного стану функціонування сфери охорони здоров'я в Україні та розробки напрямків для удосконалення державного управління системою взаємодії медичних закладів в межах госпітального округу. Розуміння цих проблем сприяли формуванню концептуального базису державного управління системою взаємодії медичних закладів в межах госпітального округу. Результат його реалізації полягає у зменшенні смертності, підвищенні якості та доступності медичних послуг для усіх верств населення, рівня задоволеності пацієнтів та медичних працівників, урівноваженому розвитку сфери охорони здоров'я на регіональному рівні. Ключова роль держави у даному процесі полягає у науково-обґрунтованому плануванні і керуванні, централізованому регулюванні взаємодії медичних закладів в межах госпітального округу.

Функціонування державного управління госпітальними округами передбачає реалізацію комплексу заходів (стратегічне планування, фінансове забезпечення, моніторинг та оцінка, забезпечення якості та стандартизація, освіта та підготовка кадрів, взаємодія з громадськістю, підвищення інклюзивності, міжнародне співробітництво, забезпечення екологічності, управління ризиками та кризовими ситуаціями), спрямованих на розвиток сфери охорони здоров'я, забезпечення її стабільного та сталого зростання. Метою державного управління госпітальним округом сфери охорони здоров'я є створення оптимальних умов для задоволення потреб сучасної людини у якісних медичних послугах, сприянні потенціалу у сфері охорони здоров'я та комплексному розвитку конкретної території (округу) через міжсекторальне співробітництво. На впровадження концепції державного управління системою взаємодії медичних закладів в межах госпітального округу впливають економічні, соціальні та суспільні чинники. Економічні чинники: значний потенціал розвитку сфери охорони здоров'я, високий потенціал для стимулювання розвитку взаємодії медичних закладів в межах госпітального округу та загальної підприємницької активності, можливість залучення власних внутрішніх інвестицій (а не лише іноземних), значні можливості для іноземного інвестування та зацікавлення іноземних інвесторів сферою охорони здоров'я України, низька конкурентоспроможність медичних закладів в межах госпітального округу, зменшення кількості медичних кадрів на ринку праці. Соціальні та суспільні чинники: висока кваліфікація медичних працівників, рівень розвитку медичних установ, складна демографічна ситуація, невисокий рівень доходу громадян, високий рівень смертності та низький рівень тривалості життя.

**РОЗДІЛ II. МЕТА ТА ПЕРЕДУМОВИ ФОРМУВАННЯ ЦІЛЕЙ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ГОСПІТАЛЬНИМ ОКРУГОМ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.** Стратегічною метою концептуального функціонально-організаційного механізму державного управління системою взаємодії медичних закладів в межах госпітального округу є підвищення ефективності діяльності закладів охорони здоров'я України в умовах реформи, пандемії та воєнного стану. У формуванні медичного та соціального компоненту Концепції розвитку госпітальних

округів додатково пропонується враховувати також наступні цілі для досягнення: надання якісної медичної допомоги усім верствам населення (орієнтація на якісне медичне обслуговування найменш захищених верств населення), створення мережі профілактичної медицини та профілактики захворювань, ефективна допомога та реабілітація військових і осіб, які постраждали внаслідок бойових дій (протезування, лікування), розгалужена система психологічної реабілітації та покращення ментального здоров'я, ефективне регулювання ринку лікарських препаратів. Принципи: співвідношення, перспективності, системності, прогресивності, роботи в межах наявних ресурсів, обмеженості та взаємозалежності, цільового направлення використання ресурсів, адаптивності.

**РОЗДІЛ III. ЦІЛІ І ЗАВДАННЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ГОСПІТАЛЬНИМ ОКРУГОМ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.** Цільова структура Концепції розвитку госпітальних округів в умовах підвищення доступності та якості медичних послуг в Україні включає: (1) доступність та інклюзивність медичних послуг (розширення охоплення послугами охорони здоров'я населення та видів пропонованих послуг, доступ до медицини та медичного обслуговування на віддалених територіях та територіях прилеглих до зон бойових дій, інклюзивність в роботі закладів охорони здоров'я та пацієнторієнтованість); (2) якість та безпека послуги (надання якісної медичної допомоги усім верствам населення (орієнтація на якісне медичне обслуговування найменш захищених верств населення), покращення показників здоров'я населення, зниження смертності. Покращення ментального здоров'я, підвищення рівня задоволеності послугами населення); (3) ефективний інноваційний розвиток у повоєнному період (інновації та технології в лікарнях, якісні препарати; створення мережі профілактичної медицини та профілактики захворювань; ефективна допомога та реабілітація військових і осіб, які постраждали внаслідок бойових дій; побудова розгалуженої системи психологічної реабілітації та покращення ментального здоров'я населення; оптимізація витрат в системі охорони здоров'я).

**РОЗДІЛ IV. ІНСТИТУЦІЙНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ГОСПІТАЛЬНИМ ОКРУГОМ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.**

Відповідальність: економічний вимір. Відповідальність за виконання заходів щодо розвитку госпітального округу несуть, передусім, органи влади економічного сектору державного управління: Мінекономрозвитку, Міністерство фінансів України, Національну службу здоров'я України., МОЗ, Держаудитслужба, Державна казначейська служба України, Державна служба фінансового моніторингу України, Державна регуляторна служба України, Державна фіскальна служба України, Державне агентство інфраструктурних проєктів України, Антимонопольний комітет України тощо. Спільну відповідальність несуть державні фінанси, фінансові інституції, наукові установи, приватні підприємства, галузеві та кластерні об'єднання. Відповідальність: соціальний вимір. Відповідальність за створення умов для соціального розвитку не може ґрунтуватися винятково на Міністерстві соціальної політики України, вона має бути розподілена пропорційно до завдань. До цього долучені: МОЗ, Міністерство інформаційної політики України, Міністерство з питань тимчасово окупованих територій та внутрішньо переміщених осіб. України, Міністерство молоді та спорту України, Державна служба України з безпеки на транспорті, Державна служба України з питань праці, Державна служба України у справах ветеранів війни та учасників антитерористичної операції, Державна служба якості освіти України, Пенсійний фонд України. Важливою є відповідальність Міністерства соціальної політики. Разом із тим, у системі державного управління розвитком госпітального округу сфери охорони здоров'я мають бути визначені координатори – відомства, які відповідають за підготовку та реалізацію окремих секторальних/галузевих стратегій. Координаційно-дорадчі органи: Національна Рада зі сталого розвитку та економічного зростання, Рада регіонів, Національна Рада реформ при Президентові України.

**РОЗДІЛ V. ЗАСОБИ І МЕХАНІЗМИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ГОСПІТАЛЬНИМ ОКРУГОМ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.** Механізм державного управління госпітальним округом сфери охорони здоров'я – спосіб впливу держави на розвиток і функціонування госпітальним округом сфери охорони здоров'я з метою забезпечення його ефективності, конкурентоспроможності та стійкості. Впровадження публічного управління розвитку госпітального округу

сфери охорони здоров'я в нашій країні повинне супроводжуватися створенням моделі нормативно-правового, медико-соціального, організаційно-управлінського, фінансово-економічного, інформаційно-комунікаційного механізму. Нормативно-правовий механізм – Законодавче забезпечення процесів регулювання розвитку госпітального округу (закони, стратегії, програми). I. Стратегічні (законодавчі рішення – стратегії, цільові програми); галузеві (які приймають в окремих галузях розвитку). II. Забезпечуючі, які регламентують важливі засади, зумовлюють чинники та можливості для того, щоб досягти поставлених цілей у сфері управління розвитку госпітального округу. Медико-соціальний механізм – забезпечення ефективного функціонування медичних закладів, надання якісних медичних послуг. Організаційно-управлінський механізм – система суб'єктів та об'єктів державного регулювання; мети, цілей, функцій та завдань їх діяльності; внутрішньої структури їх діяльності; 1. Організаційною складовою механізму державного регулювання розвитку госпітального округу. 2. Управлінською складовою механізму державного регулювання управління розвитку госпітального округу (методи та інструменти впливу на об'єкти управління, що характеризуються адміністративною підпорядкованістю). Фінансово-економічний механізм – фінансово-економічна складова механізму регулювання; фінансове забезпечення процесу регулювання; сукупність усіх економічних методів, інструментів та важелів, що застосовуються для державного регулювання управління розвитку госпітального округу); I. Фінансовий механізм державного регулювання 1.1. Внутрішній фінансовий механізм 1.2. Зовнішній фінансовий механізм II. Фінансово-економічний механізм державного регулювання. Інформаційно-комунікаційний механізм – інформаційне забезпечення державного регулювання управління розвитку госпітального округу. I. Внутрішній інформаційно-комунікаційний механізм державного регулювання. До структури механізму належить: горизонтальний та вертикальний потік інформації в органах влади; горизонтальна та вертикальна комунікація; формальна та неформальна комунікація в структурі діяльності органів влади. За допомогою комунікації здійснюється управління відносинами в групах і між групами, а за допомогою психологічних – управління впливом на свідомість окремих працівників,



міжособистісні відносини в групі. II. Зовнішній інформаційно-комунікаційний механізм державного регулювання.

## **РОЗДІЛ VI. МОНІТОРИНГ ТА ОЦІНЮВАННЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ГОСПІТАЛЬНИМ ОКРУГОМ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.**

Розроблено багаторівневу систему оцінювання ефективності механізму державного управління системою взаємодії медичних закладів в межах госпітального округу. Визначено методи та інструменти оцінки ефективності впроваджених змін у систему державного управління госпітальними округами: (1) аналіз фінансових показників механізму державного управління госпітальними округами ( $H_{fin}$ ): оцінка змін в фінансовому стані медичних установ госпітального округу ( $\Delta H_r$ ) (обсяги фінансування, економічна ефективність послуг); ефективне використання бюджетних коштів та покращення бюджетної ефективності (утримання на тому ж рівні обсягів фінансування ( $\Delta H_b$ ); виділення коштів на препарати хворим, втч. дороговартісні препарати ( $H_p$ ); ліквідність діяльності округу ( $H_{lik}$ ); платоспроможність діяльності округу ( $H_{pay}$ ); збільшення кількості пацієнтів та фінансування ( $H_{pac}$ ); витрати на лікування одного пацієнта ( $H_v$ ); (2) оцінка доступності медичних послуг ( $H_c$ ): охоплення населення медичною допомогою ( $H_{qn}$ ); аналіз доступності та якості медичної допомоги в госпітальному окрузі за допомогою показників, таких як середні терміни очікування на прийом ( $H_t$ ), доступність медичної послуги для осіб з інвалідністю та осіб похилого віку через охоплення медичними послугами осіб з інвалідністю ( $H_{ci}$ ), охоплення медичними послугами осіб похилого віку ( $H_{cp}$ ) доступність медичної послуги через охоплення медичними послугами для соціально незахищених верств населення ( $H_{cs}$ ), доступність через охоплення медичними послугами для військових ( $H_{cm}$ ); кількість виконаних операцій пацієнтів ( $H_{op}$ ); (3) оцінка забезпечення медичних прав пацієнтів та якості медичних послуг ( $H_q$ ) кількість та склад медичних помилок ( $H_m$ ); аналіз задоволеності пацієнтів якістю послуг ( $H_{qp}$ ); аналіз задоволеності пацієнтів умовами лікування ( $H_{quil}$ ) та роботою медичного персоналу ( $H_{qmedp}$ ) та медичного персоналу умовами роботи ( $H_{qmedu}$ ), рівнем оплати праці ( $H_{qmedp}$ ); обсяги захворювань від окремих хворіб ( $H_{il}$ ); зменшення смертності населення ( $H_d$ ), дитячої смертності ( $H_{cd}$ ); відсоток пацієнтів, які отримали

необхідне лікування ( $H_l$ ), кількість повторного звернення пацієнтів з одним і тим же захворюванням ( $H_{povt}$ ), зменшення кількості непрацездатних через хвороби ( $H_{ppp}$ ), зростання продуктивності праці ( $H_{pp}$ ); (4) оцінка рівня інноваційності, технологічного та управлінського розвитку  $H_{inov}$ : аналіз впровадження нових технологій (кількість нових технологій в госпітальному окрузі  $H_{inn}$ ); кількість нових управлінських процесів, впроваджених в госпітальному окрузі ( $H_{rup}$ ); нові медичні послуги ( $H_{new}$ ); нові складні медичні послуги ( $H_{d_{new}}$ ); впровадження ключових показників ефективності ( $H_{kpi}$ ); впровадження бенчмаркінгових показників ( $H_{bp}$ ); покращення ментального здоров'я населення під час війни ( $H_{ment}$ ); кількість висококваліфікованих лікарів округу ( $H_{hql}$ ); достатня кількість висококваліфікованого середнього медичного персоналу ( $H_{hqls}$ );

## Методологія оцінки медичних закладів\*

Оцінка з позиції	Сфери оцінки	Тлумачення
Стратегічна позиція	Покриття потреб населення	Цей критерій оцінює кожен заклад за обсягом ключових послуг (наприклад, пологи, екстрена допомога, лікування серцевих нападів та інсультів), які надає заклад у межах загального госпітального округу та району, у якому він знаходиться. Обґрунтування: це важливо для визначення того, наскільки населення округу покладається на заклад у наданні послуг ключових послуг
	Функціональні потужності	Цей критерій оцінює поточну спроможність кожного закладу за показниками кількості лікарів, ліжок та обладнання Обґрунтування. Це важливо для визначення того, чи зможе заклад взяти додаткових пацієнтів у майбутніх моделях надання медичної допомоги
Операційна ефективність	Невідкладність надання медичних послуг/гострота випадків	Цей критерій оцінює невідкладність послуг, що надаються кожним закладом, порівняно з іншими закладами округу. Обґрунтування: це важливо для того, щоб надавані послуги відповідали профілю закладу вторинного рівня.
	Функціональна ефективність	Цей критерій оцінює, наскільки добре кожен заклад використовує свої матеріальні ресурси та діє згідно з міжнародними критеріями та критеріями МОЗ. Обґрунтування: це важливо для розуміння загальної якості послуг у кожному закладі, та розуміння того, наскільки ефективно використовуються матеріальні та людські ресурси

\*Джерело: [13]

## Повноваження госпітальної ради\*

№ з/п	Повноваження
1	Трансферт між бюджетами учасників госпітального округу для фінансування програм вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги
2	Розробка багаторічного плану розвитку госпітального округу згідно з вимогами
3	Реорганізація і перепрофілювання закладів, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу в межах госпітального округу
4	визначення перспективних закладів охорони здоров'я
5	призначення та звільнення керівників закладів охорони здоров'я комунальної власності, що знаходяться в межах госпітального округу
6	інші питання, визначених рішеннями учасників госпітального округу, які належать до компетенції органів місцевого самоврядування щодо, забезпечення надання медичної допомоги в госпітальному окрузі

\*Джерело: [14]

## SWOT аналіз госпітального округу\*

Сильні сторони	Слабкі сторони
<ul style="list-style-type: none"> <li>– скерованість управління до поліпшення інфраструктури та менеджменту госпітального округу;</li> <li>– оптимальне керівництво;</li> <li>– чітке бачення місії та цінності кожної лікарні в системі госпітального округу;</li> <li>– зобов'язання учасників щодо поліпшення якості та самовдосконалення;</li> <li>– запровадження єдиної інформаційної системи;</li> <li>– мотивований персонал;</li> <li>– наявність місця для розбудови мережі.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– недостатня кількість висококваліфікованого персоналу;</li> <li>– недостатня інфраструктура;</li> <li>– недостатня кількість та застаріле обладнання для обслуговування.</li> </ul>
Можливості	Ризики
<ul style="list-style-type: none"> <li>– сприяння зацікавлених сторін щодо збільшення періодичних та капітальних фінансових впливань відповідно до нового стратегічного напрямку;</li> <li>– зобов'язання партнерів з розвитку та покращення якості лікарень госпітального округу;</li> <li>– покращення служби забезпечення;</li> <li>– позитивна громадська думка (позитивний імідж) з точки зору надання послуг;</li> <li>– вигоди від державного та приватного партнерства;</li> <li>– платоспроможність населення госпітального округу за рахунок залучення до схем страхування та інших форм оплати медичної послуги.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– збільшення кількості скарг та адміністративних судових розглядів;</li> <li>– недостатня кількість медичного персоналу;</li> <li>– недостатність забезпечення засобами медичного призначення і поставок товарів та послуг;</li> <li>– висока залежність від фінансових субсидій;</li> <li>– висока плинність кадрів.</li> </ul>

\*Джерело: систематизовано автором за [2; 7; 10; 14]

## ДОДАТОК Н

Нормовані показники для розрахунку Комплексного показника ефективності механізму державного управління госпітальним округом

Індикатори	2022	2023	2024
<b>Фінансовий показник (<math>H_{fin}</math>)</b>	<b>1,03</b>	<b>1,05</b>	<b>1,08</b>
оцінка змін в фінансовому стані медичних установ ГО ( $\Delta H_f$ )	0,96	1,09	1,11
ефективне використання бюджетних коштів та покращення бюджетної ефективності ( $\Delta H_b$ )	1,05	0,98	1,07
виділення коштів на препарати хворим, втч. дороговартісні препарати ( $H_p$ )	1,04	1,08	1,14
ліквідність діяльності округу ( $H_{lik}$ )	1,04	0,97	0,95
платоспроможність діяльності округу ( $H_{pay}$ )	1,05	1,09	1,13
збільшення кількості пацієнтів та фінансування ( $H_{pac}$ )	1,09	1,15	1,19
витрати на лікування одного пацієнта ( $H_v$ )	0,97	0,96	0,99
<b>Доступність медичних послуг (<math>H_c</math>)</b>	<b>1,03</b>	<b>1,06</b>	<b>1,09</b>
охоплення населення медичною допомогою ( $H_{qn}$ )	1,06	1,08	1,09
середній час очікування на прийом лікаря ( $H_t$ )	1,04	0,96	0,94
доступність медичної послуги для осіб з інвалідністю ( $H_{ci}$ )	1,01	1,04	1,07
охоплення медичними послугами осіб похилого віку ( $H_{cp}$ )	0,97	1,02	1,1
доступність медичної послуги соціально незахищених верств населення ( $H_{cs}$ )	1,02	1,04	1,08
доступність медичної послуги військових ( $H_{cm}$ )	1,09	1,13	1,19
кількість виконаних операцій пацієнтів ( $H_{op}$ )	1,05	1,14	1,21
інклюзивність роботи ( $H_{inc}$ )	1,04	1,07	1,08
сталість роботи ( $H_{sd}$ )	1,03	1,04	1,07
<b>Забезпечення медичних прав пацієнтів та якості медичних послуг (<math>H_q</math>)</b>	<b>1,03</b>	<b>1,04</b>	<b>1,1</b>
кількість медичних помилок ( $H_m$ )	1,04	1,06	1,07
задоволеність пацієнтів якістю послуг ( $H_{qp}$ )	1,05	1,09	1,16

задоволеність пацієнтів умовами лікування ( $H_{qul}$ )	1,09	1,14	1,21
задоволеність пацієнтів роботою медичного персоналу ( $H_{qmedp}$ )	1,03	1,04	1,15
задоволеність медичного персоналу умовами роботи ( $H_{qmedu}$ )	0,98	1,0	1,2
задоволеність медичного персоналу рівнем оплати праці ( $H_{qmedp}$ )	0,95	0,96	0,94
обсяги захворювань від окремих хворіб ( $H_{il}$ )	1,1	1,05	1,08
смертність населення ( $H_d$ )	0,97	0,98	0,94
зменшення дитячої смертності ( $H_{cd}$ )	1,02	1,03	1,05
відсоток пацієнтів, які отримали необхідне лікування ( $H_l$ )	1,06	1,09	1,17
кількість повторного звернення пацієнтів з одним і тим же захворюванням ( $H_{povt}$ )	1,03	1,05	1,09
зменшення кількості непрацездатних через хвороби ( $H_{npp}$ )	1,06	1,09	1,14
продуктивність праці ( $H_{pp}$ )			
<b>Інноваційність технологічного та управлінського розвитку (<math>H_{inov}</math>)</b>	<b>1,04</b>	<b>1,09</b>	<b>1,12</b>
кількість нових технологій в госпітальному окрузі ( $H_{inn}$ )	1,08	1,12	1,14
кількість нових управлінських процесів в ГО ( $H_{rup}$ )	1,03	1,08	1,11
нові медичні послуги ( $H_{new}$ )	1,05	1,12	1,16
нові складні медичні послуги ( $H_{dnew}$ )	1,01	1,02	1,03
впровадження ключових показників ефективності ( $H_{kpi}$ )	1,12	1,34	1,49
впровадження бенчмаркінгових показників ( $H_{br}$ )	1,13	1,24	1,31
покращення ментального здоров'я населення під час війни ( $H_{ment}$ )	0,98	0,87	0,85
кількість висококваліфікованих лікарів округу ( $H_{hql}$ )	1,03	1,1	1,09
достатня кількість висококваліфікованого середнього медичного персоналу ( $H_{hqls}$ )	0,98	0,95	0,96
<b>Комплексний показник ефективності</b>	<b>1,032</b>	<b>1,06</b>	<b>1,1</b>

\*Джерело: зібрано та опрацьовано автором на основі даних Державного комітету статистики України

## ДОДАТОК П

Аналіз кадрових показників Івано-Франківського обласного клінічного  
кардіологічного диспансеру\*

Кадровий показник	2015	2016	2017	2018	Відхилення 2018 р. від 2015 р. (+/-)
Прийнято штатних працівників (усього/з них жінки)	11/7	7/6	4/4	3/3	-8/-4
Кількість звільнених працівників з причини плинності кадрів (за власним бажанням, за згодою сторін, порушення трудової дисципліни тощо) (усього/з них жінки)	14/12	12/10	4/4	5/5	-9/-7
Облікова кількість штатних працівників (усього/з них жінки)	275/246	270/242	271/259	263/247	-12/1
Облікова кількість штатних працівників, прийнятих на умовах неповного робочого дня (тижня) (усього/з них жінки)			37/33	33/29	-
Облікова кількість штатних працівників, які знаходяться у відпустці у зв'язку з вагітністю та пологами (усього/з них жінки)			-/1		-
Облікова кількість штатних працівників, які знаходяться у відпустці по догляду за дитиною до досягнення нею віку, встановленого чинним законодавством (усього/з них жінки)			22/22	-/19	-
Фонд оплати праці штатних працівників (тис. грн.)	7150,20	8067,90	3127,50	3542,70	3607,50
Фонд основної заробітної плати (тис. грн.)	4046,20	4914,90	2093,10	2226,50	1819,70
Фонд додаткової заробітної плати (тис. грн.)	2525,00	2609,70	876,90	1097,10	1427,90
Надбавки та доплати до тарифних ставок та посадових окладів (тис. грн.)	660,20	929,20	159,80	320,00	-340,20
Премії та винагороди, що носять систематичний характер (щомісячні, щоквартальні) (тис. грн.)	949,20	924,90	480,90	547,40	-401,80
Виплати, пов'язані з індексацією заробітної плати (тис. грн.)	325,60	-	71,50	14,90	-310,70



Заохочувальні та компенсаційні виплати (тис. грн.)	579,00	543,30	157,50	219,10	-359,90
Матеріальна допомога (тис. грн.)	375,00		155,50	85,60	-289,40
Оплата за невідпрацьований робочий час (тис. грн.)	590,00	755,60	164,70	214,80	-375,20
Кількість штатних працівників; яким оплачено 50% і більше робочого часу встановленого на місяць (тис. грн.)	255	245	249	243	-12
Кількість штатних працівників, які повністю відпрацювали норму робочого часу, встановлену на місяць (тис. грн.)	163	165	167	187	24
Кількість штатних працівників, які повністю відпрацювали місячну норму робочого часу, з нарахованою заробітною платою в межах мінімальної (тис. грн.)			15	15	-
Облікова кількість штатних працівників на кінець місяця, яким встановлено тарифну ставку (оклад, посадовий оклад) нижчу від прожиткового мінімуму. встановленого законодавством для працездатної особи (тис. грн.)			14	10	-
Кількість укладених і зареєстрованих колективних договорів, одиниць	1		1	1	0
Кількість штатних працівників, які охоплені колективними договорами, осіб	275		271	263	-12
Розмір мінімальної місячної тарифної ставки (окладу), встановлений у колективному договорі, грн.	1378		1600	1762	384,00
Розмір мінімальної місячної тарифної ставки (окладу), встановлений у галузевій угоді, грн.	1378		1600	1762	384,00

\*Примітка: сформовано на основі джерел: [12-15]

## Положення «Про взаємодію госпітального округу з громадськістю»

### Розділ 1. «Загальні положення»

1.1. Це Положення встановлює порядок організації та здійснення взаємодії між госпітальним округом (Госпітальною радою, опікунськими радами) та громадськістю із забезпечення відкритості, прозорості та ефективності в управлінських медичних закладах.

1.2. Громадські організації профільного спрямування та їх експерти залучаються консультантами задля прийняття ефективних рішень.

1.3. Госпітальна рада округу в своїй діяльності керується Конституцією України, чинним законодавством, актами Президента та Кабінету Міністрів України, а також Порядком проведення консультацій з громадськістю щодо формування та реалізації державної політики. Крім цього, рада враховує рішення виконавчого органу, при якому вона створена, та інші регламентуючі документи, зокрема дане Положення.

Основними завданнями Госпітальної Ради в рамках консультацій з громадськістю є:

1. сприяння реалізації громадянами конституційного права на участь в управлінні державними справами.

2. забезпечення врахування громадської думки у процесі підготовки та організації виконання рішень центральних і місцевих органів виконавчої влади.

3. забезпечення взаємодії між громадськістю та правлінням госпітального округу з питань, що стосуються покращення якості медичних послуг та умов надання медичної допомоги.

4. консультації управління госпітального округу щодо розробки та впровадження стратегій розвитку, а також планів роботи медичних закладів.

5. моніторинг та оцінка діяльності госпітального округу з погляду відповідності міжнародним та національним стандартам у наданні медичних послуг.

### Розділ 2. «Основні завдання Опікунської ради при її взаємодії з громадськістю»

Основні завдання Опікунської ради при її взаємодії з громадськістю включають:

1. надання консультацій та рекомендацій правлінню госпітального округу у питаннях соціально-правового захисту осіб з обмеженою дієздатністю та інших осіб, які потребують підтримки;
2. захист особистих та майнових прав осіб, які перебувають під опікою та піклуванням, а також сприяння реалізації прав інвалідів, літніх людей та інших груп, які потребують соціальної підтримки та захисту;
3. сприяння ефективній діяльності закладу охорони здоров'я шляхом участі у визначенні напрямків його розвитку, підготовці пропозицій щодо удосконалення діяльності закладу та залученні додаткових ресурсів на цільові потреби;
4. залучення коштів у вигляді благодійної допомоги та інших ресурсів, не заборонених законодавством України, а також здійснення громадського нагляду за їх використанням;
5. встановлення та підтримка взаємодії закладу охорони здоров'я з відповідними структурами, включаючи закордонні, організація заходів з обміну досвідом, та інформування громадськості про діяльність закладу і Опікунської Ради;
6. представництво інтересів та захист прав пацієнтів та працівників закладу охорони здоров'я відповідно до законодавства України.

Розділ 3. «Методи та способи взаємодії органів управління госпітальним округом з громадськістю».

Основні методи та способи взаємодії органів управління госпітальним округом з громадськістю зі сторони госпітального округу:

1. Підтримка постійного контакту з профільними громадськими організаціями та експертами.
2. Отримання зворотнього зв'язку по прийнятих рішеннях чи реалізованих заходах.
3. Залучення експертів до досліджень
4. Підтримка контактів із пацієнтами та збір ключових проблемних питань в роботі закладів округу.
5. Надання необхідних матеріалів на запити громадських організацій
6. Інформування та розгляд скарг організацій

7. Розгляд запитів та пропозицій від громадськості

8. Залучення громадських організацій для спільних заходів інформаційного та організаційного характеру

9. Залучення громадських організацій для спільного подання грантів.

Основні методи та способи взаємодії органів управління госпітальним округом з громадськістю зі сторони громадських організацій:

1. Збір пропозицій та скарг пацієнтів про роботу медичних закладів округу

2. Здійснення моніторингу розвитку округу та медичних закладів

3. Здійснення моніторингу фінансування, витрат ресурсів та кадрових призначень округу.

4. Долучення екпертами та надання якісних пропозицій щодо розвитку госпітального округу.

5. Залучення громадських організацій для спільних заходів інформаційного та організаційного характеру

6. Залучення громадських організацій для спільного подання грантів.

#### Розділ 4. «Прикінцеві положення»

Це Положення набуває чинності з моменту його затвердження рішенням правління госпітального округу і залишається чинним до прийняття нового рішення щодо внесення змін чи скасування. Чинність Положення охоплює весь період його дії.

## СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

### 1.1. Статті, опубліковані у наукових виданнях, які включені до міжнародних наукометричних баз:

1. Stovban M. P., Mykhalchuk V. M., Tolstanov A. K., Maglona V. V. Interaction links of healthcare institutions within one hospital district. *Wiadomości Lekarskie*. 2021. Vol. LXXIV, iss. 3, pt. 2. P. 756–760. DOI: <https://doi.org/10.36740/WLek202103236>

(Особистий внесок здобувача: розроблено ключові концепції та методологічні підходи для оцінки та покращення взаємодії між установами охорони здоров'я, що забезпечило високий рівень теоретичного та практичного аналізу).

2. Seredyuk N., Stovban M., Kulaeits N., Bielinskyi M., Kiritsa N., Fedorchenko M. Sudden cardiac death with recovery of cardiac activity (clinical case). *Cor et Vasa*. 2023. Vol. 65 (5). P. 790–795.

(Особистий внесок здобувача: наведено теоретичні засади розвитку кардіохвороб).

3. Stovban M. P. Implementation of the hospital district for the medical institutions: medical and social justification of the financial and economic state of Kalush Central District hospital before and after implementation. *Wiadomości Lekarskie Medical Advances*. 2023. Vol. 76, iss. 2. P. 243–250. DOI: <http://doi.org/10.36740/WLek202302101>.

4. Stovban M. P. Medical and social justification of the financial and economic condition of the «Horodenka non-commercial center of primary medical care» before and after the introduction of the hospital district. *Wiadomości Lekarskie*. 2022. Vol. 75 (11 pt 2). P. 2835–2838. DOI: <https://doi.org/10.36740/WLek202211219>.

### 1.2. Монографії

1. Стовбан М. П., Гбур З. В. Теоретико-методологічні основи поняття госпітальний округ в сфері охорони здоров'я. *Conceptual options for the development of medical science and education* : Collective monograph. Riga: Izdevniecība «Baltija Publishing», 2020. P. 80–97. DOI: <https://doi.org/10.30525/978-9934-588-44-0/05>

(*Особистий внесок здобувача:* розкрито важливі аспекти організаційно-управлінських підходів до формування госпітальних округів, акцентуючи увагу на ефективності державного управління та адміністрування у сфері охорони здоров'я).

2. Стовбан М. П., Толстанов О. К., Васильєв А. Г., Гбур З. В. Зарубіжний досвід утворення госпітальних округів в медичній сфері. *Wissenschaft für den modernen menschen: medizin, chemie, landwirtschaft, geographie, architektur* / [team of authors: Avrunin O. G., Denga O. V., Hbur Z. V., Malenko S. A., Ovcharuk V. A., Polenova G. T. and etc.]. Karlsruhe: NetAkhatAV, 2020. Bk. 1, Pt. 2. 192 p.: ill., tab. ISBN 978-3-9821783-1-8.

(*Особистий внесок здобувача:* здійснено ґрунтовний аналіз концепції госпітального округу з точки зору науки публічного управління та адміністрування та розкрито важливі аспекти організаційно-управлінських підходів до формування госпітальних округів).

3. Стовбан М. П., Толстанов О. К., Михальчук В. М. Особливості госпітальних округів різних регіонів України. *Wissenschaft für den modernen menschen: medizin, chemie, landwirtschaft, geographie, architektur* / [team of authors: Avrunin O. G., Denga O. V., Hbur Z. V., Malenko S. A., Ovcharuk V. A., Polenova G. T. and etc.]. Karlsruhe: NetAkhatAV, 2020. Bk. 1, Pt. 2 192 p. : ill., tab. ISBN 978-3-9821783-1-8.

(*Особистий внесок здобувача:* надано основні теоретичні та практичні основи для аналізу особливостей госпітальних округів у різних регіонах України; досліджено та систематизовано дані, що дозволило розробити ґрунтовні висновки щодо організації та функціонування госпітальних округів, а також їх впливу на якість медичних послуг).

4. Стовбан М. П., Стовбан І. В., Толстанов О. К., Гбур З. В. Методи дослідження механізму взаємодії медичних закладів в межах одного госпітального округу на практиці. *Сучасні аспекти науки:* колективна монографія / за ред. Є. О. Романенка, І. В. Жукової. Київ; Братислава: ФОП КАНДИБА Т. П., 2020. С. 181–199.

(*Особистий внесок здобувача:* проведено детальне дослідження методів взаємодії медичних закладів, зосереджуючи увагу на практичних аспектах їхньої

співпраці та координації; розроблено основні методологічні підходи для аналізу та оцінки ефективності цих механізмів).

5. Стовбан М. П., Толстанов О. К., Васильєв А. Г. Основні зміни в роботі закладів охорони здоров'я у зв'язку з утворенням госпітальних округів. *Громадське здоров'я в Україні: реалії, тенденції та перспективи*: колективна монографія / за заг. ред. проф. Ждана В. М. та проф. Голованової І. А. Полтава: ТОВ «Фірма «Техсервіс», 2020. С. 136–146.

(*Особистий внесок здобувача*: проведено детальне дослідження методів взаємодії медичних закладів, зосереджуючи увагу на практичних аспектах їхньої співпраці та координації; розроблено основні методологічні підходи для аналізу та оцінки ефективності цих механізмів).

### **1.3. Статті, опубліковані у наукових фахових виданнях України**

1. Стовбан М. П., Михальчук В. М. Особливості взаємодії медичних закладів одного госпітального округу в умовах загострення епідеміологічної ситуації. *Наукові перспективи*. 2020. № 2 (2). С. 158–176. DOI: [https://doi.org/10.32689/2708-7530-2020-2\(2\)-158-176](https://doi.org/10.32689/2708-7530-2020-2(2)-158-176)

(*Особистий внесок здобувача*:. детально розглянуто роль і обов'язки головних лікарів та механізми їх взаємодії з місцевими органами самоврядування і центрами первинної медико-санітарної допомоги під час загострення епідеміологічної ситуації та висвітлено питання санітарно-протиепідемічного забезпечення).

2. Стовбан М. П., Стовбан І. В. Механізми взаємодії обласної та районної клінічної лікарні в межах одного госпітального округу. *Наукові перспективи*. 2020. № 1 (1). С. 102–118. DOI: [https://doi.org/10.32689/2708-7530-2020-1\(1\)-102-118](https://doi.org/10.32689/2708-7530-2020-1(1)-102-118)

(*Особистий внесок здобувача*: проаналізовано умови та необхідність створення госпітального округу, особливості реформування закладів охорони здоров'я комунальної та державної форми власності у некомерційні та казенні підприємства, зокрема зміна форми фінансування).

3. Стовбан М. П., Завада О. Г. Ретроспективний аналіз основних показників ефективності діяльності Косівської ЦЛР за період 2014–2018 років. *Наукові інновації*

*та передові технології*. 2021. № 1 (1). С. 115–129. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-5274-2021-1\(1\)-115-129](https://doi.org/10.52058/2786-5274-2021-1(1)-115-129).

(*Особистий внесок здобувача*: проведено ретроспективний аналіз основних показників ефективності діяльності Косівської ЦРЛ та запропоновано авторську методику розрахунку показників ефективності діяльності лікарні за складовими медичної, соціальної та економічної ефективності).

4. Стовбан М. П. Проблеми законодавчого забезпечення формування та діяльності госпітальних округів. *Публічне управління і адміністрування в Україні*. 2023. Вип. 37. С. 190–196. DOI: <https://doi.org/10.32782/pma2663-5240-2023.37.35>

5. Стовбан М. П. Фактори впливу на ефективну взаємодію медичних закладів в межах одного госпітального округу. *Публічне управління і адміністрування в Україні*. 2023. Вип. 35. С. 173–179. DOI: <https://doi.org/10.32782/pma2663-5240-2023.35.33>

6. Стовбан М. П. Вплив епідеміологічної ситуації на механізми взаємодії закладів охорони здоров'я. *Право та державне управління*. 2023. № 2. С. 459–467. DOI: <https://doi.org/10.32782/pdu.2023.2.66>

7. Стовбан М. П. Особливості створення наглядових рад, проблеми у нормативному врегулюванні організаційних та процедурних засад їх діяльності та умови розробки перспективних планів розвитку госпітальних округів. *Наукові перспективи (Серія «Механізми державного управління»)*. 2024. № 1 (43). С. 985–1001. DOI: [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-1\(43\)-985-1001](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-1(43)-985-1001)

8. Стовбан М. П. Фінансово-економічний аналіз стану КНП Центральна районна лікарня Калуської міської та районної рад Івано-Франківської області: аспект державного управління до та після запровадження госпітального округу. *Наукові інновації та передові технології (Серія «Механізми державного управління»)*. 2024. № 2 (30). С. 1638–1651. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-5274-2024-2\(30\)-1638-1651](https://doi.org/10.52058/2786-5274-2024-2(30)-1638-1651)

9. Стовбан М. П. Ефективність реформи державного управління у сфері охорони здоров'я: індикатор – впровадження госпітальних округів. *Актуальні питання у сучасній науці (Серія «Механізми державного управління»)*. 2024. № 3(21). С. 1226–1240. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-6300-2024-3\(21\)-1226-1240](https://doi.org/10.52058/2786-6300-2024-3(21)-1226-1240)



10. Стовбан М. П. Вплив публічного управління на взаємодію закладів охорони здоров'я в умовах пандемії Covid-19 в межах одного госпітального округу. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В.І. Вернадського. Серія: Публічне управління та адміністрування*. 2023. Т. 34 (73), № 3. С. 166–175. DOI: <https://doi.org/10.32782/TNU-2663-6468/2023.3/26>
11. Стовбан М. П. Категоріально-понятійний апарат поняття «госпітальний округ». *Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського. Серія: Публічне управління та адміністрування*. 2023. Т. 34 (73), № 6. С. 175–182. DOI: <https://doi.org/10.32782/TNU-2663-6468/2023.6/28>
12. Стовбан М. П. Проблеми фінансування медичних закладів після утворення госпітальних округів: аспект державного управління. *Держава та регіони. Серія: Публічне управління і адміністрування*. 2023. № 3 (81). С. 188–195. DOI: <https://doi.org/10.32782/1813-3401.2023.3.31>
13. Стовбан М. П. Аналіз фінансово-економічного стану Рогатинської РЦПМСД запровадження госпітального округу: публічне управління. *Право та державне управління*. 2023. № 1. С. 319–326. DOI: <https://doi.org/10.32782/pdu.2023.1.48>
14. Стовбан М. П. Аспекти державного управління: аналіз фінансово-економічного стану Коломийської РЦПМСД. *Публічне управління і адміністрування в Україні*. 2023. № 38. С. 245–252. DOI: <https://doi.org/10.32782/pma2663-5240-2023.38.44>
15. Стовбан М. П. Законодавчий устрій щодо створення та державного регулювання госпітальними округами. *Держава та регіони. Серія: Публічне управління і адміністрування*. 2023. № 1(79). С. 135–142. DOI: <https://doi.org/10.32782/1813-3401.2023.1.21>
16. Стовбан М. П. Фінансово-економічний аналіз діяльності Снятинської ЦРЛ: аспект державного управління до та після запровадження госпітального округу. *Держава та регіони. Серія: Публічне управління і адміністрування*. 2024. № 1. С. 161–168. DOI: <https://doi.org/10.32782/1813-3401.2024.1.26>

#### 1.4. Статті, опубліковані у виданнях країн ЄС

1. Стовбан М. П., Стовбан І. В. Основні характеристики системи взаємодії медичних закладів в межах одного госпітального округу. *Open Access Peer-reviewed Journal. Science Review*. 2020. № 3 (30). С. 11–18. DOI: [https://doi.org/10.31435/rsglobal\\_sr/31032020/6994](https://doi.org/10.31435/rsglobal_sr/31032020/6994)

(*Особистий внесок здобувача*: наведено теоретичні засади взаємодії закладів охорони здоров'я)

#### 1.5. Опубліковані праці апробаційного характеру

1. Стовбан М. П. Окремі аспекти зарубіжного досвіду утворення госпітальних округів в медичній сфері. *Наукове забезпечення технологічного прогресу XXI сторіччя*: матеріали міжнар. наук. конф., 1 травня 2020 р., Чернівці, Україна. Чернівці: ЦНД, 2020. Т. 3. С. 31–33.

2. Стовбан М. П. Госпітальні округи різних регіонів України. *Здоров'я людини у сучасному світі: питання медичної науки та практики* : матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (Одеса 15–16 травня 2020 року). Одеса: ГО «Південна фундація медицини», 2020. С. 100–105.

3. Стовбан М. П. Госпітальні округи різних регіонів України (Житомирська та Чернівецька області). *Медична наука та практика на сучасному історичному етапі*: збірник тез наук. робіт учасників міжнар. наук.-практ. конф. (Київ, 1–2 травня 2020 р.). Київ: «Київський медичний науковий центр», 2020. С. 23–27.

4. Стовбан М. П. Фактори впливу на розвиток взаємодії медичних закладів в межах одного госпітального округу. *Перспективи розвитку сучасної науки та освіти*: матеріали II Міжнар. наук.-практ. конф., Львів, 15–16 червня 2020 року. Львів: Львівський науковий форум, 2020. Ч. 1. С. 52–53.

5. Стовбан М. П. Госпітальні округи – мета і специфіка формування. *Теоретичні та практичні аспекти розвитку сучасної медицини* : збірник тез наук. робіт учасників міжнар. наук.-практ. конф. (м. Львів, 26–27 червня 2020 року). Львів: ГО «Львівська медична спільнота», 2020. С. 42–47.

6. Стовбан М. П. Елементи та механізми взаємодії медичних установ інтегрованої системи. *Медичні науки: напрямки та тенденції розвитку в Україні та світі* : матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (Одеса 19–20 червня 2020 року). Одеса: ГО «Південна фундація медицини», 2020. С. 92–98.

7. Стовбан М. П. Специфіка взаємодії медичних закладів в межах одного госпітального округу. *Сучасні аспекти модернізації науки в Україні: стан, проблеми, тенденції розвитку*: матеріали II Міжнар. наук.-практ. конф., Київ; Туреччина 7 жовтня 2020 р. Київ: ФОП Кандиба Т. П., 2020. С. 119–123.

8. Стовбан М. П., Стовбан І. В., Толстанов О. К., Гбур З. В. Досягнення позитивного соціального результату для населення від впровадження госпітальних округів. *Нові тенденції та невирішені питання профілактичної та клінічної медицини*: матеріали конф., 25–26 вересня 2020 р., Люблін, Республіка Польща. [Люблін], 2020. С. 56 – 60.

(*Особистий внесок здобувача: розкрито суть позитивного соціального ефекту населення від впровадження госпітальних округів*)

9. Стовбан М. П. Дослідження ефективності взаємодії медичних закладів в межах Східного Полтавського госпітального округу. *Сучасні аспекти модернізації науки в Україні: стан, проблеми, тенденції розвитку*: матеріали I Міжнар. наук.-практ. конф., Київ; Братислава, 7 вересня 2020 р. Київ: ФОП Кандиба Т.П., 2020. С. 98–102.

10. Стовбан М. П. Нормативно-правові акти, які потребують доопрацювання в частині регулювання діяльності госпітальними округами. *Сучасні аспекти модернізації науки в Україні: стан, проблеми, тенденції розвитку*: матеріали III Міжнар. наук.-практ. конф., Київ; Великобританія 7 листопада 2020 р. / за ред. Є. О. Романенка, І. В. Жукової. Київ ; Великобританія : ФОП Кандиба Т. П., 2020. С. 135–139.

11. Стовбан М. П., Щиріна К. В. Оцінка ефективності діяльності лікарні в межах госпітального округу. *Взаємодія закладів охорони здоров'я в межах госпітального округу: актуальні питання та інноваційні аспекти*: матеріали наук.-

практ. конф. (Київ, 9 грудня 2021 р.) / Нац. ун-т охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика. Вінниця: ГО «Європейська наукова платформа», 2021. С. 45–49.

*(Особистий внесок здобувача: запропоновано шляхи та способи взаємодії, які мають стати частиною механізму державного управління взаємодії медичних закладів в межах госпітального округу).*