

М. П. СТОВБАН^{1,2}, І. В. СТОВБАН¹, А. Г. ВАСИЛЬЄВ³, З. В. ГБУР³

ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ВЗАЄМОДІЇ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ У МЕЖАХ ОДНОГО ГОСПІТАЛЬНОГО ОКРУГУ В РІЗНИХ РЕГІОНАХ УКРАЇНИ

¹Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ, Україна

²Комунальне некомерційне підприємство «Івано-Франківська обласна клінічна інфекційна лікарня Івано-Франківської обласної ради», м. Івано-Франківськ, Україна

³Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

Мета: визначити особливості формування та роботи госпітальних округів, їх переваги та недоліки, які виявляють після завершення першого етапу медичної реформи, на прикладі Східного Полтавського госпітального округу, з'ясувати ступінь взаємодії між різними закладами охорони здоров'я для забезпечення якісних медичних послуг при наданні вторинної спеціалізованої медичної допомоги в межах одного госпітального округу.

Матеріали і методи. Використано такі загальнонаукові методи дослідження, як статистичний метод, метод економічного аналізу та системний підхід, бібліосемантичний метод. Дослідження ґрунтується на матеріалах, наданих Східним Полтавським округом, офіційних статистичних даних.

Результати. Висвітлено проблему створення госпітальних округів та механізм взаємодії закладів охорони здоров'я на прикладі Східного Полтавського госпітального округу. Визначено переваги та недоліки даного підходу під час надання вторинної медичної допомоги. Проведені дослідження вказують на те, що медична реформа, яка зумовила появу госпітальних округів та госпітальних центрів вторинної спеціалізованої медичної допомоги територіально пов'язаних з обласними адміністраціями, є досить ефективною. Система створення лікарень, які надають вторинну спеціалізовану медичну допомогу, дозволяє реалізувати принцип «гроші ходять за пацієнтом» та сприяє загальному розвитку лікарень за рахунок отримання фінансів із міського, районного або обласного бюджету для реорганізації та модернізації медичного закладу. Таким чином, відбувається вдосконалення системи надання медичних послуг, здійснюється перехід на якісно новий рівень, який є повноцінно орієнтованим на задоволення потреб хворого.

Висновки. Проведена медична реформа, яка зумовила появу госпітальних округів та госпітальних центрів вторинної спеціалізованої медичної допомоги територіально пов'язаних з обласними адміністраціями, є досить ефективною. Система створення лікарень, які надають вторинну спеціалізовану медичну допомогу, дозволяє реалізувати принцип «гроші ходять за пацієнтом» та сприяє загальному розвитку лікарень за рахунок отримання фінансів із міського, районного або обласного бюджету для реорганізації та модернізації медичного закладу. Таким чином, відбувається вдосконалення системи надання медичних послуг, здійснюється перехід на якісно новий рівень, який є повноцінно орієнтованим на задоволення потреб хворого.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: госпітальний округ; вторинна медична допомога; лікарня інтенсивного лікування.

На території України впродовж останніх років проходить реформа медичної системи, яка має визначених три етапи. Наразі активно впроваджуються зміни, визначені другим етапом. А за результатами першого етапу маємо нову систему роботи медичних закладів – систему госпітальних округів.

Проблема дослідження ґрунтується на тому, щоб визначити ефективність впровадження політики госпітальних округів та з'ясувати, які ж переваги та недоліки вона має.

Мета дослідження: визначити особливості формування та роботи госпітальних округів, їх переваги та недоліки, які виявляють після завершення першого етапу медичної реформи, на прикладі Східного Полтавського госпітального округу, з'ясувати ступінь взаємодії між різними закладами охорони здоров'я для забезпечення

якісних медичних послуг при наданні вторинної спеціалізованої медичної допомоги в межах одного госпітального округу.

Матеріали і методи. Під час дослідження вказаної теми використано такі загальнонаукові методи дослідження, як статистичний метод, метод економічного аналізу та системний підхід, бібліосемантичний метод. Дослідження ґрунтується на матеріалах, наданих Східним Полтавським округом, офіційних статистичних даних та результатах опрацювання літератури авторами статті.

Методом системного підходу досліджували об'єкт (медичні заклади) як цілісної множини елементів у сукупності відношень (в межах одного госпітального округу) і зв'язків між ними.

Метод економічного аналізу дав можливість вивчити становлення і розвиток процесів діяльності медичного закладу шляхом виявлення та

визначення взаємозв'язку і змін його показників, кількісного та якісного визначення впливу факторів й їх сукупності на ці зміни.

Результати дослідження та їх обговорення.

Початок медичної реформи в Україні був зумовлений тим, що стара система охорони здоров'я та надання медичних послуг були малоефективними і не виправдовували себе. За рахунок недостатнього рівня фінансування, застарілого обладнання, на оновлення якого не вистачало коштів, та неуккомплектованості медичних працівників система охорони здоров'я почала занепадати.

Складений проект реформи передбачав зміну способу фінансування державних закладів охорони здоров'я таким чином, щоб кожен українець мав доступ до якісних медичних послуг, не витрачаючи при цьому кошти на несанкціоновані медичні послуги.

Реформа системи охорони здоров'я спрямована на офіційне введення оплати на ряд послуг у межах медичних закладів, що зумовить активізацію загального механізму оновлення обладнання та забезпечення медичних закладів необхідними матеріалами.

На першому етапі проведено реформу, спрямовану на створення ефективної мережі медичних закладів із надання первинної медичної допомоги. У 2020 р. відбувся перехід до другого етапу, який має прямий зв'язок із вторинною спеціалізованою допомогою.

Під час впровадження першого етапу медичної реформи були створені госпітальні округи, засновані на принципі доступності для пацієнта, але наразі система госпітальних округів також зазнає нових змін.

Госпітальний округ – це функціональне об'єднання закладів охорони здоров'я, розміщених на відповідній території, що забезпечує надання вторинної (спеціалізованої) та госпітального етапу екстреної медичної допомоги населенню такої території [1].

При введенні системи госпітальних округів, першопочатково, планували створити таку мережу медичних закладів, яка зможе надати невідкладну медичну допомогу будь-якому громадянину України в максимально короткий проміжок часу. При визначенні саме госпітальних округів прив'язки до адміністративних центрів не планували, а система повинна була б працювати в інтересах пацієнта. Планувалось, що пацієнт зможе отримати вторинну медичну допомогу в закладі охорони здоров'я, не витрачаючи на дорогу до нього більше однієї години. Такий принцип можна визначити як принцип доступності медичного закладу.

Після того, як медична реформа вступила в дію, а госпітальні округи були сформовані, було

розмежовано три основних групи послуг, які надають медичні заклади. Перша група – це надання вторинної спеціалізованої допомоги, а друга група – надання екстреної допомоги, третя – надання планової медичної допомоги.

Екстрена медична допомога – це медична допомога, яку надають працівники системи екстреної медичної допомоги з невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування і збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я [2].

Вторинна (спеціалізована) медична допомога – це медична допомога, яку надають в амбулаторних або стаціонарних умовах лікарі відповідної спеціалізації (крім лікарів загальної практики – сімейних лікарів) у плановому порядку або в екстрених випадках і передбачає надання консультації, проведення діагностики, лікування, реабілітації та профілактики хвороб, травм, отруєнь, патологічних і фізіологічних (під час вагітності та пологів) станів; направлення пацієнта відповідно до медичних показань для надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги з іншої спеціалізації або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги [2].

Планова медична допомога – це допомога, яку надають пацієнту за рекомендацією сімейного лікаря, може здійснюватись у закладах планового лікування. Як правило, сюди належать амбулаторії денного перебування та лікування в умовах стаціонару. Планова медична допомога може полягати у здійсненні медичних оглядів, проведенні планових операцій та профілактичного або реабілітаційного лікування.

При використанні системи госпітальних округів відбувається перерозподіл можливостей медичних закладів та їх спрямованість. Серед усіх лікарень, які існували в межах визначеного госпітального округу, планували розподіл за певною спрямованістю та потоком пацієнтів. Передбачалось, що будуть визначені найбільш потужні медичні заклади – лікарні інтенсивного лікування (ЛІЛ), які зможуть надати максимально широкий спектр медичних послуг при наданні вторинної спеціалізованої допомоги. За умовою реформи, ЛІЛ повинні розташовуватись від пацієнта на відстані, яку можна подолати не більше, ніж за годину. Головним завданням ЛІЛ є цілодобове надання стаціонарної допомоги як в екстрених, так і планових випадках. Відповідно до умов медичної реформи, в таких медичних закладах мають бути наявні відділення екстреної допомоги, травматологія, хірургія, пологове відділення, а загально медичний заклад повинен мати максимальні діагностичні можливості.

Особливістю медичної реформи є і те, що заклади інтенсивного лікування в межах одно-

го госпітального округу може бути декілька, причому кожен із них матиме свою вузькоспецифічну спрямованість або може об'єднувати можливості одразу з кількох напрямів надання вторинної спеціалізованої допомоги. Так, у госпітальному окрузі одна лікарня може бути визначена як ЛІЛ кардіологічного та пульмонологічного спрямування, інша – перинатально-гінекологічного, третя – травматологічного і хірургічного і т. д. Визначаючи лікувальний заклад як опорний, важливу роль відіграє кількість пацієнтів, яку обслуговує лікарня впродовж року.

Загалом лікарні інтенсивного лікування визначають за двома рівнями. Перший рівень ЛІЛ повинні забезпечувати медичними послугами не менше 120 тис. осіб, другого рівня – не менше 200 тис. осіб на рік.

Враховуючи той момент, що необхідно створювати лікарні інтенсивного лікування, актуальним стає матеріально-технічне забезпечення медичного закладу, який був визначений як ЛІЛ, адже передбачається, що на базі даного закладу будуть надавати максимально широкий спектр послуг при вирішенні питань як вторинної, так і екстреної медичної допомоги, та працюватиме при цьому медичний заклад, разом із всіма зазначеними відділеннями, у режимі 24 год на добу, 7 днів на тиждень.

У зв'язку з тим, що існує чітке розмежування території на адміністративні центри, області, створення ЛІЛ та госпітальних округів викликало ряд незручностей через проблеми як з фінансуванням, так і з розмежуванням території. Задля вирішення даних проблем, у грудні 2019 р. влада приймає рішення про внесення змін до системи створення та регуляції роботи госпітальних округів, які знову прив'язують лікувальні заклади до їх адміністративних центрів, тому питання орієнтування на хворого стають другорядними.

Оскільки госпітальний округ тепер контролює влада обласного рівня, закономірним стає той факт, що в межах однієї області створюють декілька госпітальних центрів, які розраховані як на кількість пацієнтів, так і на територію обслуговування. Ще одним із моментів, який регулює влада обласного рівня, є тривалість існування того або іншого госпітального центру. Передбачено, що кожних 3–5 років будуть проводити оцінку ефективності роботи госпітального центру, за результатами якої він або може залишатись на місці, або переміщуватись.

Говорячи про механізм створення госпітального округу, варто розуміти і те, що до його складу входять різні елементи. Як правило, учасниками госпітального округу є органи, уповноважені управляти комунальними та державними закладами охорони здоров'я, а також керівники приватних закладів охорони здоров'я (за

їх згодою), які забезпечують надання вторинної (спеціалізованої) та госпітального етапу екстреної медичної допомоги в межах АР Крим, області.

Під час формування госпітальних округів, одним із головних питань постало питання регуляції даного механізму. В зв'язку з тим, що активно впроваджують політику децентралізації, то процес формування госпітальних округів був покладений на органи місцевого самоврядування та на міську громаду. В результаті, на початку 2017 р. на території України госпітальні округи були сформовані практично у всіх областях. Так, наприклад, у Вінницькій області з урахуванням її територіального показника та кількості населення визначено три госпітальні округи. У Дніпропетровській області створено та діє 5 госпітальних округів, до складу яких входять 8 лікарень, визначених як ЛІЛ, 42 лікарні планового лікування, 3 лікарні відновлювального лікування, 4 хоспіси та 51 спеціалізований центр. Харківська, Запорізька, Івано-Франківська області також формують по 5 госпітальних округів, Херсонська – 4, Хмельницька – 3, Кіровоградська – 2 і т. д.

Аналізуючи ситуацію щодо формування госпітальних округів на території України, стикаємось з тим, що кожен госпітальний округ має свою кількість медичних закладів як державного, так і приватного підпорядкування. Виходячи з рівня забезпеченості та територіального розташування, госпітальні округи відрізняються сформованими в них центрами ЛІЛ, хоча кожен з округів повинен мати лікарні інтенсивного лікування такої спрямованості: кардіоцентр; неврологічний центр; пульмонологічний центр; хірургічний центр; центр травматології; центри ендокринології; гінекологічно-перинатальний центр; офтальмологічний центр.

Залежно від рівня розвитку окремих відділень медичного закладу на базі однієї лікарні може розташовуватись декілька центрів надання вторинної спеціалізованої допомоги. Наприклад, хірургічний та травматологічний центри або неврологічний, пульмонологічний та інші. Залежно від розмірів госпітального округу центри однієї і тієї ж спрямованості можуть розташовуватись в різних його частинах. Наприклад, у Дніпропетровському госпітальному окрузі налічується 25–35 центрів надання вторинної хірургічної допомоги, причиною цього є висока густина населення та територіальне розташування медичних закладів. А дитячих онкологічних центрів на всю область лише один – в самому Дніпропетровську, на базі Дніпропетровської обласної дитячої лікарні.

Формування ЛІЛ надання вторинної спеціалізованої допомоги відбувається з урахуванням вікових особливостей. Так, законодавчою базою передбачено, що для дітей ЛІЛ створюються окремо, при цьому в більшості областей дитячі лікарні інтенсивного лікування мають власну ло-

калізацію та лише одну лікарню з певною вузькою спрямованістю.

На першому етапі медичної реформи формування госпітальних округів повинно відбуватись з урахуванням таких аспектів, а саме:

- фінансової підтримки;
- забезпеченості та ступеня розвитку медичних закладів;
- територіального розташування;
- густоти населення.

Планувалось, що у великих містах та обласних центрах може бути декілька госпітальних округів залежно від того, на скільки готова міська громада регулювати фінансово-економічні, територіальні та громадські питання, пов'язані з роботою медичних закладів. У цей самий час у сільській місцевості більше уваги звертали не на забезпечення лікарні, а на її територіальне розташування та доступність для великої кількості людей. Оскільки густина населення в селах не висока, то територіальне питання ставало пріоритетним. При формуванні госпітальних округів незвичним став той факт, що один з округів міг приймати хворих із сусідніх областей, оскільки він був найближчим до декількох районних центрів. Медичний заклад, визначений як ЛІЛ, був розташований саме на межі областей, тому використовувався як опорний. Така ситуація склалась у Волинській та декількох інших областях. Але такий підхід є не вигідним у фінансово-економічному плані, оскільки обласною та районною громадою фінансування здійснюється в межах певної області на ту кількість хворих, які є зареєстрованими в цій області, в цьому районі. Лікарня, у такому випадку, опинялась у програшному становищі з недостатнім фінансуванням, недостатньою кількістю персоналу і т. д.

Саме після того, як держава стикнулася з цією проблемою, влада повертає систему взаємодії «обласна державна адміністрація – госпітальний центр», що сприяє вирішенню фінансово-економічного аспекту даного питання. Такий підхід призводить до того, що вдається зберегти більшу кількість лікарень, які надають вторинну спеціалізовану допомогу, за рахунок того, що віддаленість крайніх точок області в різних її напрямках вимагає використання більшої кількості медичних установ. Тепер, незважаючи на кордони областей, поруч можуть розташовуватись 2 лікарні, які надають вторинну спеціалізовану лікарську допомогу, але, при цьому кожна з них належить до різних адміністративних центрів.

Аналізуючи такі фактори, як густина населення та територіальне розташування, кількість госпітальних центрів в областях відрізняється, але всі вони розташовані таким чином, щоб кожен пацієнт мав можливість отримати необхідний рівень вторинної медичної допомоги.

При створенні госпітального центру враховували природний рух населення. На основі аналізу даних про завантаження медичного закладу, його можливостей визначали лікарні інтенсивного лікування та інші медичні заклади надання вторинної медичної допомоги, які можуть бути використані для розвантаження ЛІЛ за потреби, або як додаткові ресурсні центри у разі надзвичайної ситуації. На базі різних медичних закладів формують резервні центри відповідного спрямування, наприклад гінекологічний центр, на базі перинатального центру, або травматологічний центр, на базі хірургічного комплексу і т. д. Такий підхід дозволяє більш раціонально використовувати ресурси, що надаються медичною системою.

За умови, що хворому встановлено діагноз, така система надання вторинної медичної допомоги є ефективною, адже, наприклад, у випадку, коли швидка транспортує пацієнта, якому потрібна термінова операція з видалення апендициту, не обов'язково везти його до ЛІЛ, натомість можна звернутись до резервного опорного центру, який, найімовірніше, є менш завантаженим та може бути розташований ближче. Якщо ж вузькопрофільний центр розташований більш віддалено, то однозначно пацієнта транспортують до ЛІЛ. Коли ж мова йде про невстановлений діагноз та незрозумілу причину захворювання, незважаючи на те, що інша лікарня може бути розташована ближче, пацієнта однозначно транспортують до ЛІЛ із метою проведення діагностичного обстеження [1].

Обов'язковою умовою якісної роботи кожного з центрів надання вторинної спеціалізованої допомоги є наявність діагностичної бази, мінімальними складовими якої є:

- клінічна лабораторія цілодобового доступу;
- рентгенологічний кабінет цілодобового доступу;
- центр ультразвукової діагностики цілодобового доступу.

Якщо заклад визначений як центр надання вторинної допомоги при серцево-судинних захворюваннях, то обов'язкова наявність апарата ЕКГ, якщо це центр надання вторинної офтальмологічної медичної допомоги, то повинні бути наявні апарати лазерного діагностування вад зору і т. д.

Говорячи про ефективність проведення медичної реформи за рахунок створення госпітальних округів, то її потрібно розглянути з різних сторін.

У напрямі регулювання фінансово-економічного питання, відповідно до медичної реформи, діє принцип «гроші ходять за пацієнтом», тобто, коли людина звертається за допомогою до лікарні, вона робить свій внесок у її розвиток. Зрозуміло, що для лікарні, яка визначена як лікарня інтенсивного лікування, такий підхід є досить вигідним, а що робити маленьким лікарням, які мають невелику кількість звернень.

Вирішуючи це питання, медична реформа передбачила наступний варіант розвитку подій. За умови, що лікарня здатна надавати високий рівень вторинної медичної допомоги, необхідно створити такі умови, які б спонукали пацієнтів до неї звертатись, тому лікарні, які є невеликими, але ефективними в своїй роботі, повинні надавати медичну допомогу в одному із вузьких напрямів, перекваліфікуватись. На базі медичного закладу може діяти звичайна амбулаторія, де працюють сімейні лікарі, але повинна в ній бути і база з надання медичних послуг, яка буде визначена в закладі як пріоритетна. Так, наприклад, на базі амбулаторії може працювати центр кардіології або нейрохірургії тощо. Якщо ж медичний заклад досить маленький і здійснити його пере-кваліфікацію неможливо, функціонування припиняється.

Можливість закриття медичних закладів, які можуть виявляти неефективними, наприклад, якщо на базі медичного закладу обслуговується не більше 50 пацієнтів, а медичний персонал налічує близько 10 осіб, утримання такого медичного закладу є нераціональним, тому його статус буде змінено, найімовірніше, до медичного пункту, а медичні працівники будуть залучені до роботи медичного закладу, де їхні послуги будуть необхідні. Такий підхід для медичних працівників може видатись малоефективним за рахунок зміни місця роботи, але у плані реалізації медичної реформи він є більш ефективним і дозволяє уникнути масового звільнення медичного персоналу [3].

Працюючи відповідно до визначеної системи, міську, районну та обласну адміністрації фінансуватимуть ті установи, які вимагатимуть найбільшого розвитку в зв'язку із розширенням послуг, які надають медичні заклади. Фінансування закладів передбачається на основі їх результативності та зростання кількості пацієнтів, яких будуть вони обслуговувати. Діє принцип «гроші ходять за пацієнтом», але додаткове фінансування надають лише тим закладам, які є ефективними. Відповідно до даного принципу фінансування та формування госпітального округу, лікарні можуть забезпечувати власний розвиток та модернізацію, покращуючи загально-технічне та матеріальне забезпечення. Саме використання даного принципу в наданні вторинної спеціалізованої допомоги дозволяє надавати якісні медичні послуги та здійснювати загальний розвиток медичного закладу, сприяючи підвищенню його ефективності.

Принцип «гроші ходять за пацієнтом» дозволить не лише підвищити рівень фінансування медичних закладів, а й визначити ті заклади, до яких пацієнти виявляють найвищий ступінь довіри. Як така потреба в тому, щоб іти до лікаря, визначе-

ного за місцем проживання, відпадає, натомість, людина може звернутись до лікаря, кваліфікація якого, на його думку, є вищою і дозволить йому покращити стан власного здоров'я, тому взаємодія двох факторів, госпітального округу та «гроші ходять за пацієнтом», дозволить вирішити ряд фінансових питань в закладах надання медичної допомоги та забезпечить розвиток медицини, спрямованої на задоволення потреб хворого.

Іншим фактором, за допомогою якого можна аналізувати ефективність створення госпітальних округів, є якість послуг, які надає медичний заклад.

Зрозуміло, що навіть високоосвічений професіонал, не маючи реальної практики, втрачає свою майстерність, натомість людина, яка постійно практикує, набуває більш високого рівня знань та практичних навичок, тому питання як поєднати одне з іншим повинно бути вирішено саме за рахунок створення госпітальних округів. Створюючи ЛІЛ та вторинні центри надання вузькоспрямованої професійної допомоги, реформа передбачає можливість зміни складу медичного персоналу, так, наприклад, якщо медпрацівник виявляє бажання, та його кваліфікація йому дозволяє, він може працювати в профільному центрі, який відповідає його вузькому профілю. Але, у більшості випадків, медичні працівники вирішують не змінювати місця роботи, вказуючи на стабільність того місця, де вони працюють нині, хоча насправді, у них відсутнє бажання виходити із вже сформованої, звичної для них зони комфорту. Щоб забезпечити професійне зростання медичного персоналу, систематично впроваджують курси підвищення кваліфікації, які дозволяють лікарю набувати нового досвіду, обмінюватись ним із колегами, а отже, переходити на новий професійний рівень.

Однозначно, що якість надання медичних послуг залежить не лише від технічного оснащення медичного закладу, а й від кваліфікації та рівня сформованості практичних навичок у медичного персоналу. Саме тому освіта медичних працівників один із базових компонентів, які впливають на якість послуг, що надає медичний заклад.

Останнім не менш важливим фактором, який визначає ефективність формування госпітального центру, є збалансованість звернень з боку громадян до медичних закладів різного, відповідного вузького профілю.

Питання регуляції потоку має незначну прив'язку до місця проживання за рахунок того, що, маючи центр надання вторинної медичної допомоги, наприклад, при серцево-судинних захворюваннях доцільним і раціональним вважається звернення до медичного закладу, який є територіально ближчим до місця, де перебуває людина зараз, але у випадку, якщо у місті чи районі наяв-

ні 2 центри даного спрямування, перед пацієнтом є вибір, здійснюючи який, він може керуватись як власними побажаннями, так і рекомендаціями, наданими лікарями швидкої.

Розглянемо ступінь взаємодії медичних закладів у межах одного госпітального округу, на прикладі Східного Полтавського госпітального округу [4].

Головною метою при створенні Східного Полтавського госпітального округу було створення такої мережі закладів охорони здоров'я, яка зможе забезпечити:

- гарантоване і своєчасне надання населенню вторинної спеціалізованої медичної допомоги належної якості;

- ефективне використання бюджетних коштів, спрямованих на фінансування медичних закладів, які надають вторинну медичну допомогу;

- створення умов для ефективної підготовки закладів охорони здоров'я, що надають вторинну медичну допомогу до функціонування за умов управлінської та фінансової автономії та надання медичної допомоги в межах договорів про медичне обслуговування населення з головним розпорядником бюджетних коштів.

Для регуляції питань госпітального округу визначають склад госпітальної ради, яка несе відповідальність за роботу всього округу. Як правило, до її складу входять представники міської, районної та обласної громади, які регулюють основні механізми роботи госпітального округу, визначають напрями його розвитку та вирішують проблеми, що виникають. Головна особа, яка відповідає за роботу госпітальної ради, це її голова, що несе повну відповідальність за роботу всієї ради і є, як правило, єдиним представником госпітального округу на обласному рівні.

До складу Східного Полтавського госпітального округу входить 20 медичних закладів, серед яких 10 – міські, а ще 10 – районні. ЛІЛ серед закладів, що увійшли до цього госпітального округу, є Полтавська перша міська лікарня. Цей заклад хоч і визначений як універсальний, має далеко не всі відділення, які повинні бути для надання вторинної спеціалізованої допомоги пацієнту. На базі закладу найбільш розвиненими є міський травматологічний пункт, амбулаторно-поліклінічне відділення для дорослого населення, параклінічне відділення. Серед стаціонарних відділень наявні відділення реанімації, травматологічне, хірургічне, терапевтичне, неврологічне, пульмонологічне, дитяче інфекційне. Параклінічні відділення включають: клінічну лабораторію, рентгенологічне відділення, відділення функціональної діагностики, відділення ультразвукової діагностики, фізіотерапевтичне відділення та відділення переливання крові.

Тобто, підсумовуючи, дана лікарня може надати вторинну спеціалізовану допомогу хворому

у випадку травм, при необхідності операційного втручання, та при групі загальних захворювань. У той же час даний заклад не має можливості приймати породіль або надавати вторинну спеціалізовану допомогу дітям.

Водночас такі напрями надання вторинної спеціалізованої допомоги, як оториноларингологія, терапія, кардіологія; неврологія; ендокринологія, є базовими у Другій міській клінічній лікарні м. Полтава. Але фактором впливу на опорні центри всіх лікарень є і спеціалізація інших медичних закладів. Так, Друга міська лікарня не надає вторинну медичну допомогу породіллям, направляючи їх до пологового будинку, хоча має власне невелике пологове відділення. Робота даного відділення є мінімальною, і породіллі сюди потрапляють лише в час роботи відділення вдень, вночі це відділення не працює, тому опорним воно не вважається.

Для того, щоб надати всі вищезазначені види вторинної спеціалізованої допомоги, в медичному закладі цілодобово чергують такі лікарі: хірург, анестезіолог, реаніматолог, терапевт.

Коли мова йде про третю, четверту та п'яту міські лікарні м. Полтава, то зазначено, що вони є закладами загального планового лікування, що означає, що в цих закладах вторинну спеціалізовану допомогу надають лише за рекомендацією та направленням сімейного лікаря, надання екстреної допомоги не здійснюють, оскільки цілодобових відділень вузького профілю на базі даних закладів просто немає.

Базовим закладом для породіль визначено Полтавський міський клінічний пологовий будинок, який працює цілодобово, має чергових лікарів – гінекологів та акушерів, діагностичну лабораторію.

Дитяча міська клінічна лікарня визначена як ЛІЛ у наданні вторинної спеціалізованої та екстреної допомоги дітям та підліткам. На території даного закладу є фундаментальна база як для проведення діагностичних досліджень, так і для надання медичної допомоги.

У закладі функціонують такі відділення, як онкогематологічне, ендокринологічне, пульмонологічне, хірургічне, офтальмологічне та інші. Задля можливості надання вторинної спеціалізованої допомоги на території медичного закладу цілодобово чергують: педіатр, 2 дитячі хірурги, дитячий ортопед-травматолог, 2 дитячі анестезіологи, лікар-лаборант. У разі екстреної ситуації додатковий персонал може бути екстрено викликаний. Для проведення діагностичних досліджень на базі закладу цілодобово працює клінічна лабораторія, рентгенологічне відділення, кабінет функціональної діагностики, кабінет ультразвукової діагностики.

Говорячи про 10 районних лікарень, стикаємось з тим фактом, що вони мають різний ступінь віддалення від закладів охорони здоров'я, визначених як ЛІЛ, але при цьому, практично в кожному з них є такі відділення вторинної спеціалізованої допомоги, які функціонують цілодобово, як:

- травматологічно-хірургічне відділення, де чергує 1–2 лікарі-хірурги;
- терапевтичне.

Надання вузькопрофільної вторинної допомоги тут відбувається переважно у відділеннях, які визначають як планові, але на базі кожного із закладів цілодобово чергують такі лікарі, а саме: лікар-терапевт, один робітник клінічної лабораторії. За потреби інших фахівців викликають в екстреному порядку.

Особливістю закладів надання медичної допомоги районного рівня є те, що далеко не у всіх передбачено надання допомоги дітям, а якщо дитячі відділення і є, то рівень їх оснащення – мінімальний.

Аналізуючи структуру Східного Полтавського госпітального округу, робимо висновок, що:

- запропонована мережа медичних закладів є досить ефективною, оскільки загальна вторинна медична допомога може бути надана будь-якою лікарнею районного рівня, що є досить зручним у територіальному розташуванні;

- надання вузькоспеціалізованої вторинної медичної допомоги відбувається у медичних закладах, які визначені як лікарні інтенсивного лікування, перевагою такого підходу є те, що рівень професіоналізму лікарів у відповідній галузі значно зростає, що дозволить надавати медичну допомогу пацієнту на більш якісному рівні;

- доцільним є і розподіл ЛІЛ за окремими медичними галузями за рахунок того, що вдається уникнути перевантажень одного медичного закладу і відсутності пацієнтів в іншому, мало того, такий підхід є оптимальним і у вирішенні територіального питання, та мобільності у разі надання екстреної допомоги;

- раціональним є і те, що пологовий будинок має окреме, індивідуальне розташування для безпечення немовлят та їхніх матерів;

- розташування закладів охорони здоров'я, які надають медичну допомогу дітям, окремим корпусом також є високоефективним;

- перевага такої системи медичного забезпечення проявляється і в тому, що планові лікування та планові операції здійснюються у закладах, які надають планову медичну допомогу, дозволяючи уникати перевантаження закладів, призначених для екстремальних випадків;

- одним із недоліків госпітальних округів є те, що лікарі, які чергують цілодобово, є не всіх напрямів, тому у випадку екстреної ситуації доводиться витрачати час на виклик лікаря відповідного профілю;

- ще одним недоліком є нерівномірне фінансове забезпечення, адже принцип «гроші ходять за пацієнтом» у маленьких лікарнях не виправдовує себе, що може призвести до закриття відповідного медичного закладу.

Висновки

Проведені дослідження вказують на те, що медична реформа, яка зумовила появу госпітальних округів та госпітальних центрів вторинної спеціалізованої медичної допомоги територіально пов'язаних з обласними адміністраціями, є досить ефективною. Система створення лікарень, які надають вторинну спеціалізовану медичну допомогу, дозволяє реалізувати принцип «гроші ходять за пацієнтом» та сприяє загальному розвитку лікарень за рахунок отримання фінансів із міського, районного або обласного бюджету для реорганізації та модернізації медичного закладу. Таким чином, відбувається вдосконалення системи надання медичних послуг, здійснюється перехід на якісно новий рівень, який є повноцінно орієнтованим на задоволення потреб хворого.

Перспективи подальших досліджень. Дослідження ефективності взаємодії медичних закладів у межах одного госпітального округу дає поштовх ряду досліджень з цього напрямку, зокрема дослідження підходів із модернізації та оптимізації медичних закладів, ефективності організації власної діяльності та удосконалення менеджменту взаємодії медичних закладів у межах одного госпітального округу. Формування механізму та системи взаємодії медичних закладів у межах одного госпітального округу є досить широкою темою для подальших досліджень, вивчення та вдосконалення в Україні.

Список літератури

1. *Про деякі питання створення госпітальних округів* : Постанова Кабінету Міністрів України від 19.11.2017 р. № 1074 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1074-2019-%D0%BF> (дата звернення 17.05.2020).
2. *Про екстрену медичну допомогу* : Закон України від 20.12.2019 р. № 421 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5081-17> (дата звернення 17.05.2020).
3. *Реформа системи охорони здоров'я* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/reformi/rozvitok-lyudskogo-kapitalu/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya> (дата звернення 17.05.2020).
4. *Склад Східного Полтавського госпітального округу* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://www.umsa.edu.ua/hospital-district/composition> (дата звернення 17.05.2020).

References

1. (2017). Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy №1074 vid 19.11.2017 «Pro deiaki pytannia stvorennia hospitorykh okruhih» [Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine No. 1074 of November 19, 2017 “On some issues of creation of hospital districts”]. Retrieved from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1074-2019-%D0%BF> [in Ukrainian].
2. (2019). Zakon Ukrainy «Pro ekstrenu medychnu dopomohu» №421 vid 20. 12. 2019. [Law of Ukraine “On Emergency Medical Care” No. 421 of December 20, 2019]. Retrieved from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5081-17> [in Ukrainian].
3. Reforma systemy okhorony zdorovia. [Health care reform]. Retrieved from: <https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/reformi/rozvitok-lyudskogo-kapitalu/reforma-sistemi-okhoroni-zdorovya> [in Ukrainian].
4. Sklad Skhidnoho Poltavskoho hospitalnoho okruhu [The composition of the Eastern Poltava Hospital District]. Retrieved from: <https://www.umsa.edu.ua/hospital-district/composition> [in Ukrainian].

STUDY OF THE EFFECTIVENESS OF INTERACTION OF MEDICAL INSTITUTIONS WITHIN ONE HOSPITAL DISTRICT IN DIFFERENT REGIONS OF UKRAINE

M. P. Stovban^{1,2}, I. V. Stovban¹, A. G. Vasilyev³, Z. V. Hbur³

¹Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

²Ivano-Frankivsk Regional Clinical Infectious Diseases Hospital of Ivano-Frankivsk Regional Council, Ivano-Frankivsk, Ukraine

³P. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

Purpose: to determine the peculiarities of the formation and operation of hospital districts, their advantages and disadvantages, which are identified after the first stage of medical reform, on the example of Eastern Poltava Hospital District, determine the degree of interaction between different health care institutions when providing secondary specialized medical care within one hospital district.

Materials and Methods. General scientific research methods were used, such as the statistical method, the method of economic analysis and the system approach. The research is based on the materials provided by the Eastern Poltava district, official statistics and the results of the literature by the authors of the article.

The system approach was used to study an object (medical institution) as a whole set of elements in a set of relations (within one hospital district) and connections between them. The method of economic analysis made it possible to study the formation and development of the processes of the medical institution by identifying and determining the relationship and changes in its indicators, quantitative and qualitative determination of the influence of factors and their combination on these changes.

Results. The problem of creating hospital districts and the mechanism of interaction of health care institutions on the example of the Eastern Poltava Hospital District is highlighted. The advantages and disadvantages of this approach in the provision of secondary care are identified. Studies indicate that the medical reform, which has led to the emergence of hospital districts and hospital centers of secondary specialized medical care, territorially associated with regional administrations is quite effective. The system of creating hospitals that provide secondary specialized medical care allows to implement the principle of “money follows the patient” and promotes the overall development of hospitals by obtaining funding from the city, district or regional budget for the reorganization and modernization of the medical institution. Thus, the system of medical services is being improved, the transition to a qualitatively new level is underway, which is fully focused on meeting the needs of the patient.

Conclusions. Medical reform that has led to the emergence of hospital districts and secondary specialized hospital care centers that are territorially associated with regional administrations is quite effective. The system of creating hospitals that provide secondary specialized medical care allows to implement the principle of “money follows the patient” and promotes the overall development of hospitals by obtaining funding from the city, district or regional budget for the reorganization and modernization of the medical institution. Thus, there is an improvement in the system of medical services, the transition to a qualitatively new level, which is fully focused on meeting the needs of the patient.

KEY WORDS: **hospital district; secondary medical care; intensive care hospital.**

Рукопис надійшов до редакції 25.05.2020 р.

Відомості про авторів:

Стовбан Микола Петрович – кандидат медичних наук, доцент кафедри фтизіатрії і пульмонології з курсом професійних хвороб Івано-Франківського національного медичного університету, заступник генерального директора Комунального некомерційного підприємства «Івано-Франківська обласна клінічна інфекційна лікарня Івано-Франківської обласної ради»; тел.: +38(050) 433-91-82.

Стовбан Ірина Василівна – кандидат медичних наук, доцент кафедри соціальної медицини та громадського здоров'я Івано-Франківського національного медичного університету; тел.: +38(050) 433-91-83.

Васильєв Авер'ян Григорович – аспірант кафедри управління охороною здоров'я Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика; тел.: +38(050) 311-85-04.

Гбур Зоряна Володимирівна – доктор наук з державного управління, професор кафедри управління охороною здоров'я Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, начальник відділу магістратури; тел.: +38(050) 868-76-75.