

Стовбан М. П.

Комунальне некомерційне підприємство
«Івано-Франківська обласна клінічна інфекційна лікарня
Івано-Франківської Обласної Ради»

ВПЛИВ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ НА ВЗАЄМОДІЮ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19 В МЕЖАХ ОДНОГО ГОСПІТАЛЬНОГО ОКРУГУ

У статті досліджено процес реформування системи охорони здоров'я та особливості створення госпітальних округів, визначено їх склад та межі. Проаналізовано мережу закладів охорони здоров'я окремого госпітального округу на прикладі Покровського госпітального округу. Визначено термінологію медичних установ за чинним законодавством України та особливості автономії закладів охорони здоров'я у сучасних умовах. Основним завданням госпітальної ради є формування Плану розвитку госпітального округу. Він складається на 3–5 років, повинен містити аналіз поточної ситуації, плани розвитку та реорганізації закладів охорони здоров'я, оцінку фінансування заходів, а також механізми моніторингу та звітування закладами медичної сфери про хід поліпшення послуг. Він також має містити інформацію щодо функцій закладів охорони здоров'я у складі госпітального округу та видів медичної допомоги кожного закладу, їх функціональних потужностей. Виконання функцій багатoproфільних лікарень інтенсивного лікування першого або другого рівня покладається на заклади охорони здоров'я у складі госпітального округу, функціональні потужності яких відповідають вимогам до таких лікарень. Багатoproфільна лікарня інтенсивного лікування першого рівня повинна забезпечувати надання медичної допомоги не менш як 120 тис. осіб, а другого рівня – не менш як 200 тис. осіб. Наголошено на проблемі поширення соціально небезпечних хвороб в умовах глобалізованого світу та дано визначення епідемії. Виділено принципи санітарно-протиепідемічне забезпечення та основні заходи для попередження і ліквідації медико-санітарних наслідків епідемії закладами медичної сфери. Проаналізовано перелік дій головного лікаря при виникненні епідемії та механізм взаємодії органів місцевого самоврядування та центру первинної медико-санітарної допомоги в умовах загострення епідеміологічної ситуації. Визначено механізм взаємовідносин головного лікаря та персоналу лікарні при виникненні епідемії. Зазначені ключові проблеми вітчизняної галузі охорони здоров'я в умовах пандемії та заходи для ліквідації наслідків надзвичайної ситуації в межах компетенції МОЗ України.

Ключові слова: медична реформа, епідемія, госпітальний округ, система фінансування, вторинна ланка, медична допомога, БЛЛЛ-1, БЛЛЛ-2, головний лікар, персонал лікарні, механізм взаємодії в умовах НС.

Постановка проблеми. Сьогодні в Україні функціонує досить розгалужена та неефективна система охорони здоров'я. Учасники медичної сфери (лікарні, лабораторні центри МОЗ, центри здоров'я, центри медичної статистики, відділи моніторингу та оцінки) діють незлагоджено, дублюють свої функції, потребують додаткових ресурсів (фінансових, майнових) та зміни системи управління ними. Реформування системи охорони здоров'я особливо актуально в умовах, коли постає питання необхідності боротьби всього світа з масовими епідеміями. Саме тому зараз в Україні досить гостро стоїть питання необхідності дослідження взаємовідносин та оптимізації

закладів сфери охорони здоров'я через низький рівень ефективності їх функціонування, особливо в межах одного госпітального округу.

Останні дослідження та публікації. Необхідність дослідження умов функціонування лікарень у межах одного госпітального округу виникло після впровадження першого етапу реформи охорони здоров'я. Сьогодні діяльність медичних установ регулюється законодавчими акти, основними з яких є: Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», Постанова Кабінету міністрів «Про затвердження Порядку створення госпітальних округів», «Про порядок проведення реформу-

вання системи охорони здоров'я», Розпорядження Кабінету Міністрів «Про затвердження переліку опорних закладів охорони здоров'я у госпітальних округах на період до 2023 року», а також статуту лікарень. Але на законодавчому рівні на жаль немає чітких механізмів їх взаємодії, особливо в період загострення епіміологічної ситуації, саме тому це питання заслуговує на особливу увагу.

Метою роботи є аналіз функціонування закладів охорони здоров'я одного госпітального округу в умовах загострення епіміологічної ситуації та механізм їх взаємодії.

Виклад основного матеріалу. На початку 2016 року Міністерство охорони здоров'я України запропонувало проект «Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я України», враховуючи кращий досвід реформування систем охорони здоров'я розвинутих країн, який підтримали ВООЗ, Генеральний директорат Європейської Комісії «Охорона здоров'я та споживча політика» та інші міжнародні організації, що опікуються проблемами ефективності систем охорони здоров'я в усьому світі. Відповідно до концепції, реформування медичної сфери здійснюється за наступними напрямками:

1) оптимізація медичної інфраструктури шляхом закриття або перепрофілювання закладів із низькою завантаженістю і слабкою технічною базою та створення укрупнених лікарень інтенсивного лікування;

2) перерозподіл ресурсів шляхом запровадження нового механізму фінансування медичних послуг:

– запровадження системи співоплати, коли держава бере чітко зобов'язання надавати попередньо визначений безоплатний обсяг медичних послуг, а додаткові послуги громадяни мають сплатити приватно;

– поступовий перехід до оплати закладам охорони здоров'я кінцевого результату реально наданих медичних послуг за принципом «гроші йдуть за пацієнтом»;

– надання медичним бюджетним закладам фінансової та управлінської автономії шляхом перетворення їх на державні та комунальні некомерційні підприємства;

3) перехід від командно-адміністративних методів до державно-громадської моделі управління [1].

На сучасному етапі в рамках медичної реформи для оптимізації сфери охорони здоров'я створюються госпітальні округи, для ухвалення рішень щодо закладів вторинної медичної допомоги серед міст обласного значення, районів та об'єднаних територіальних громад. Відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України у межах однієї

адміністративно-територіальної одиниці можна створити більше ніж один госпітальний округ, а заклади охорони здоров'я можуть входити до складу госпітальних округів за погодженням з органами, уповноваженими відповідно до закону управляти майном цих закладів [2]. Утворення та діяльність госпітальних округів здійснюються з дотриманням конституційних прав громадян на охорону здоров'я і медичну допомогу. 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 області [3].

До складу госпітального округу мають входити не менше однієї багатопрофільної лікарні інтенсивного лікування першого та/або другого рівня та інші заклади охорони здоров'я. Центром госпітального округу визначається населений пункт (що географічно є найближчим до центру округу), як правило, місто з населенням понад 40 тис. осіб, в якому розміщена багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування другого рівня. Сьогодні Кабінетом Міністрів України затверджено перелік та склад госпітальних округів у 13 регіонах України (Дніпропетровській, Житомирській, Запорізькій, Київській, Полтавській, Луганській, Тернопільській, Рівненській, Хмельницькій, Херсонській, Чернігівській, Чернівецькій областях та місті Києві) [2].

Крім того, у склад майже кожного госпітального округу входять: лікувально-діагностичний центр, лікарні планового та відновного лікування, станція швидкої медичної допомоги з пунктами швидкої медичної допомоги, пунктами швидкої медичної допомоги тимчасового базування та спеціалізованими бригадами швидкої медичної допомоги, хоспіс (заклад для надання паліативної допомоги та психологічної підтримки безнадійно хворим). На адміністративній території госпітальних округів базуються центри первинної медико-санітарної допомоги для надання первинної медичної допомоги [4]. Забезпечення діагностичних досліджень для потреб первинної ланки та планова амбулаторна спеціалізована допомога будуть надаватися поліклінічними відділеннями лікарень планового лікування або консультативно-діагностичними поліклініками. У гострих випадках амбулаторну спеціалізовану допомогу надаватимуть спеціалісти лікарень для надання інтенсивної допомоги [5].

Мережа закладів охорони здоров'я окремого госпітального округу представлена на прикладі Покровського госпітального округу (рис. 1). [6].

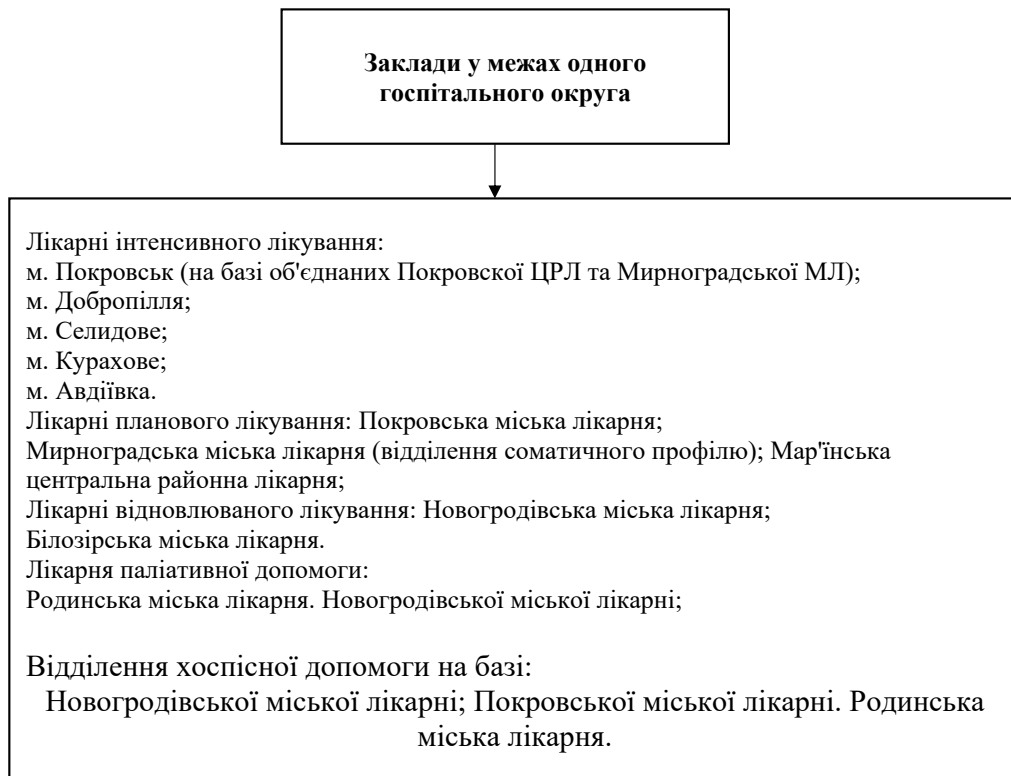


Рис. 1. Заклади у межах одного госпітального округу

Порядок визначення складу та меж госпітальних округів:

1) межі та склад госпітальних округів повинні бути визначені таким чином, щоб жителі, які проживають у їх межах, мали доступ до вторинної медичної допомоги у межах свого госпітального округу;

2) адміністративним центром госпітального округу визначається населений пункт, з населенням понад 40 тис. осіб, або населений пункт, що географічно є найближчим до центру округу, де розташована лікарня інтенсивного лікування.

3) зона обслуговування госпітального округу визначається своєчасністю доїзду до лікарень інтенсивного лікування, що не повинен перевищувати 60 хвилин, та бути еквівалентна радіусу зони обслуговування 60 км за умов наявності доріг з твердим покриттям (існують інші умови) [7].

За рішенням МОЗ до складу Наглядових рад мають входити експерти, медики та представники пацієнтських організацій, що мають необхідні компетенції.

Основним завданням госпітальної ради є формування Плану розвитку госпітального округу. Він складається на 3–5 років, повинен містити аналіз поточної ситуації, плани розвитку та реорганізації закладів охорони здоров'я, оцінку фінансування заходів, а також механізми моніторингу та звіту-

вання закладами медичної сфери про хід поліпшення послуг. Він також має містити інформацію щодо функцій закладів охорони здоров'я у складі госпітального округу та видів медичної допомоги кожного закладу, їх функціональних потужностей. Виконання функцій багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування першого або другого рівня покладається на заклади охорони здоров'я у складі госпітального округу, функціональні потужності яких відповідають вимогам до таких лікарень. Багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування першого рівня повинна забезпечувати надання медичної допомоги не менш як 120 тис. осіб, а другого рівня – не менш як 200 тис. осіб [8]. Визначення медичних установ за чинним законодавством України представлено у таблиці 1 [9, 10].

Таким чином у державній медичній установі, комунальному закладі охорони здоров'я та комунальному некомерційному підприємстві (комунальному унітарному некомерційному підприємстві) за МОЗ залишається функція головного регулятора, відповідального за формування політики та здійснення контролю у сфері організації надання, фінансування та контролю якості медичної допомоги населенню [11].

Відповідно до Закону України № 2002-19 «Про внесення змін до деяких законодавчих актів

Визначення медичних установ за чинним законодавством України

Державна медична установа	Комунальний заклад охорони здоров'я	Приватні заклади охорони здоров'я
Належить до системи охорони здоров'я, що не має права власності на закріплене за нею майно, яким вона володіє, користується та розпоряджається в межах, визначених Цивільним кодексом України.	Утворюється компетентним органом місцевого самоврядування в розпорядчому порядку на базі відокремленої частини комунальної власності і входить до сфери його управління.	Створюються відповідно до рішення власника майна. Приватний заклад охорони здоров'я вважається створеним і здобуває права фізичної особи з дня його державної реєстрації.

України щодо удосконалення законодавства з питань охорони здоров'я» передбачено реорганізацію державних та комунальних закладів охорони здоров'я та зміну їх правового статусу, що дозволить змінити постатейний кошторис доходів та витрат на працю на основі контракту- договору про публічну закупівлю медичних послуг, що входять до складу гарантованого державою пакету медичних послуг. Цей пакет будуть закуповувати розпорядники відповідних бюджетів для потреб своєї громади, його буде формувати Національна служба здоров'я України та затверджувати Кабінет Міністрів України [12].

Визначена модель, на погляд МОЗ, уможливить управлінську та фінансову автономію. Причому автономія забезпечиться шляхом реорганізації, зокрема перетворення таких ЗОЗ у повноцінні суб'єкти господарської діяльності – державні та комунальні некомерційні підприємства, а саме: через укладення договорів про медичне обслуговування населення відповідним розпорядником бюджетних коштів в порядку, передбаченому законом про публічні закупівлі; фінансування з використанням програмно-цільового методу (за бюджетною програмою), що передбачено Бюджетним кодексом України; надання фінансової підтримки з місцевого бюджету [13].

Поширення соціально небезпечних хвороб в умовах глобалізованого світу не є проблемою окремої держави, адже соціально небезпечні хвороби – це хвороби, що виникають унаслідок взаємодії людського організму та біологічного чинника (вірус, бактерія), реалізуються через механізми ризикованої поведінки, інтенсивно поширюючись у соціальному середовищі, а для стабілізації чи припинення своєї реалізації обов'язково потребують спільного впливу з боку державних інституцій, насамперед, органів державного управління охороною здоров'я та дотичних галузей, а також інституцій громадського сектору [14].

Епідемія – це масове захворювання людей на інфекційні хвороби у межах певного регі-

ону, коли рівень інфекційної захворюваності на цій території значно перевищує зазвичай реєстрований раніше рівень захворюваності для цієї території. Виникнення епідемій може бути пов'язане з: природними чинниками; кліматичними чинниками; матеріально-побутовими чинниками; соціальними умовами [15].

Санітарно-протиепідемічне забезпечення при виникненні епідемії – це складова частина медико-санітарного забезпечення населення, що включає комплекс організаційних, правових, медичних, гігієнічних і протиепідемічних заходів, що спрямовані на вирішення наступних завдань: попередження виникнення і розповсюдження інфекційних захворювань серед населення при НС, а при виникненні, їх ліквідацію; збереження і зміцнення здоров'я населення, підтримка його працездатності шляхом забезпечення санітарного благополуччя і усунення несприятливих наслідків НС; контроль за дотриманням санітарних правил і норм у зоні НС і у місцях розселення постраждалого населення, ліквідацію інфекційних захворювань у разі їх появи [16].

Санітарно-протиепідемічне забезпечення будується на наступних принципах: державний і пріоритетний характер санітарно-епідеміологічної служби; єдиний підхід до організації санітарно-протиепідемічних заходів; відповідність змісту і об'єму заходів санітарно-епідемічній обстановці; диференційований підхід до формування сил і засобів служби, з урахуванням регіональних особливостей, рівня потенційної небезпеки територій; постійна готовність її сил і засобів, їх висока мобільність; взаємодія санітарно-епідеміологічної служби з органами і установами інших відомчих медико-санітарних служб [16].

З метою попередження і ліквідації медико-санітарних наслідків епідемії закладами медичної сфери проводяться наступні основні заходи: контроль за санітарно-епідеміологічною обстановкою у зоні НС і навколо неї; експертиза харчової сировини, продуктів харчування, питної води на забрудненість радіоактивними речовинами, отруту

і хімічно небезпечні речовини, патогенні мікроорганізми; проведення спеціальної підготовки співробітників санітарно-епідеміологічних установ і формувань для роботи при НС; підтримання у готовності територіальних центрів санепіднагляду, формувань та установ санепідслужби; здійснення накопичення, зберігання, поповнення, облік і контроль медичного майна, що є необхідним для роботи формувань і установ санітарно-епідеміологічної служби при НС; контроль за дотриманням санітарних правил, гігієнічних нормативів при виникненні НС; організує роботу мережі спостереження і лабораторного контролю з своєчасного виявлення та індикації біологічного (бактеріологічного) зараження (забруднення) питної води, харчової і фуражної сировини, харчів, об'єктів довкілля при НС [16].

Закладом охорони здоров'я на всіх етапах надання допомоги населенню має бути забезпечений: необ-

хідний протиепідемічний режим, знезараження епідемічних вогнищ (дезинфекція, дезінсекція, дератизація); проведення населенню екстреної неспецифічної і специфічної профілактики; посилене медичне спостереження за ураженим населенням.

При виявленні серед уражених хворих на особливо небезпечну інфекцію та контактних з ними осіб черговий лікар зобов'язаний:

1. негайно доповісти про обстановку начальникові етапу медичної евакуації (головному лікареві лікарні).

2. Оповістити персонал етапу медичної евакуації.

3. Віддати розпорядження про переведення приймально-діагностичного відділення на строгий протиепідемічний режим роботи [15].

Некерованість процесу поширення епідемії, як у випадку з COVID-19, може мати масштаби національної загрози, що завдасть Україні зна-

Таблиця 2

Механізм взаємодії органів місцевого самоврядування та ЦПМСД

Дії органів місцевого самоврядування
<p>1. Рішенням органу місцевого самоврядування (ОМС) затвердити план дій в умовах епідемії COVID-19.</p> <p>2. Створити оперативний штаб для вирішення питань подолання наслідків епідемії.</p> <p>3. Відпрацювати маршрут пацієнта у випадку інфікування: самоізоляція / первинна медична допомога / екстрена медична допомога – спеціалізована медична допомога. Довести маршрут до відома керівництва всіх медичних установ та їхніх працівників. Забезпечити постійну комунікацію між медичними закладами.</p> <p>4. Забезпечити готовність медичних закладів, які працюватимуть з особами, інфікованими COVID-19 (наявність апаратів ШВЛ та ізованих приміщень), забезпечити виконання санітарних вимог для недопущення інфікування вірусом медичного персоналу та інших пацієнтів.</p> <p>5. Через місцеві канали комунікації довести до відома населення інформацію стосовно симптомів COVID-19; контактних номерів телефонів: цілодобової гарячої лінії вашої області з питань коронавірусної інфекції; алгоритму дій пацієнта у разі виявлення симптомів ГРВІ.</p> <p>6. Провести навчання для керівників медичних закладів, їхніх структурних підрозділів та персоналу щодо алгоритмів дій, передбачених чинними нормативними актами, у разі виявлення випадку інфікування COVID-19, а також подальшого маршруту пацієнта.</p> <p>7. Всі інші заклади охорони здоров'я перевести на особливий режим роботи, що включає: забезпечення засобами індивідуального захисту, скасування операцій та інших заходів планового характеру, обмеження доступу населення до медичного закладу окрім невідкладних випадків, зменшення присутності осіб, які знаходяться у групі ризику (особи старші 60 років, особи, які страждають захворюваннями дихальної системи та діабетом).</p> <p>8. Оцінити потужності і можливості медичних установ вашого регіону: провести інвентаризацію реанімаційного і дихального обладнання, його рівень, наявність та кількість кисневих масок, кисневих концентраторів та ін.</p> <p>9. Скласти план реагування системи охорони здоров'я у випадку збільшення кількості інфікованих по кожному закладу охорони здоров'я у разі інфікування 10/50/100/250 осіб вірусом SARS-CoV-2, що включає: план перепрофілювання закладів, створення окремого інфекційного стаціонару для надання допомоги при коронавірусній хворобі COVID-19, розгортання інфекційних ліжок та роботи медперсоналу. Додатково визначити потужності всіх закладів охорони здоров'я регіону та можливості перепрофілювання відділень для забезпечення безперервності надання інших видів медичної допомоги населенню.</p> <p>10. Вирішити питання резерву медпрацівників, наприклад, залучення до роботи медсестер шкіл, дитсадків та ін. у разі спалаху COVID-19.</p>
Дії ЦПМСД
<p>1. В межах своїх повноважень вести динамічне спостереження за потенційними носіями COVID-19 (наприклад особами, що повернулися з країн з високим рівнем зараження COVID-19).</p> <p>2. Вести статистику та постійно взаємодіяти з ОМС.</p>

чних соціально-економічних збитків (зменшення робочої сили в найбільш уражених регіонах; зниження рівня ВВП та загального добробуту населення; зменшення загального обсягу інвестицій). Ці проблеми привертають дедалі більшу увагу керівників вищого рівня, політиків, науковців, медичних працівників, представників вітчизняних та міжнародних громадських організацій [17].

Механізм взаємодії органів місцевого самоврядування та центру первинної медико-санітарної допомоги в умовах загострення епідеміологічної ситуації представлено у таблиці 2 [18].

У нашій державі за останні роки перед війною спостерігається зменшення кількості лікарень, ліжок і амбулаторних закладів, що свідчить про перехід сфери охорони здоров'я на інтенсивний шлях розвитку. Водночас розширення приватного сектору в галузі охорони здоров'я та ускладнення його інфраструктури загалом призвели до значного зростання організацій на першому рівні медичної допомоги (амбулаторно-поліклінічному). Ця негативна динаміка пов'язана зі зменшенням доступності медичних послуг на ліжку та соціального добробуту населення, а також зі збільшенням вартості як медичних препаратів, так і в цілому циклу лікування. [19]. Крім, того в умовах воєнного стану ця кількість лікарень зменшується через руйнування інфраструктури ворогом. Саме тому необхідно звернути увагу на оптимальне завантаження наявних потужностей амбулаторно-поліклінічних закладів та лікарень (таблиця 3).

Аналізуючи стан системи охорони здоров'я, можна зробити наступні висновки: відбувається формування конкурентного простору серед закладів охорони здоров'я, його подальша сегментація, зниження якості надання послуг через значну монополізацію, впровадження системи

обов'язкового медичного страхування, що призведе до зміни механізму надання послуг. Механізм взаємодії ЦПМСД та опорної лікарні в умовах епідемії представлений на рис. 2.

Найефективніший спосіб стимулювати співробітників до більш ефективної та відповідальної роботи в умовах кризи – це особистий приклад, що надає головний лікар. Механізм взаємодії між головним лікарем та персоналом лікарні під час епідемії включає такі аспекти:

1. Розв'язання питань організації транспорту для перевезення працівників на робочі місця (службові автомобілі, співпраця з таксі, залучення перевізників).

2. Забезпечення вхідного санітарного контролю, який включає в себе візуальний огляд (оцінка загального стану, виявлення ознак лихоманки та ознак гострого респіраторного захворювання, таких як кашель, чхання, нежить) та за потреби – температурний скринінг (вимірювання температури безконтактним термометром).

3. Проводити інформаційну роботу серед працівників щодо особистих заходів профілактики та реагування у випадку виявлення симптомів.

4. Забезпечити працівників необхідними засобами індивідуального захисту, провести навчання з правильного використання та утилізації використаних масок і серветок, а також встановити контроль за дотриманням цих правил.

5. Збільшити кратність проведення дезінфекційних заходів (вологі прибирання з використанням дезінфікуючих засобів у приміщеннях, особливо в місцях найбільшого контакту з поверхнями: ручки дверей, місця загального користування, санвузли, тощо);

6. Дотримуватися нормативних показників температури повітря та забезпечувати наскрізне провітрювання приміщень;

Таблиця 3

Кількість лікувальних організацій та стан захворюваності населення [20]

Роки	Кількість лікарняних організацій, тис.	Кількість лікарняних ліжок		Кількість амбулаторно- поліклінічних організацій, тис		Захворюваність населення на 100 тис. чоловік	Динаміка захворюваності, % 1990/2020
		усього, тис.	на 10 тис чол. населення	усього, тис.	планова ємність на 10 тис. чол. населення		
1	2	3	4	5	6	7	8
1990	3,9	700	135,5	6,9	173,1	2863,4	44,20%
2000	3,3	466	95,0	7,4	198,4	4727,2	
2010	2,8	94	90,6	9	217,7	5219,6	
2015	1,8	332	78,1	10	214,2	62651,3	
2020	1,7	315	74,3	10,2	215,6	64659,3	

1. Визначити відповідальну особу по за взаємодію з іншими закладами охорони здоров'я.
2. Тимчасово припинити проведення планових заходів, медичних оглядів, крім термінових та невідкладних, мінімізувати кількість відвідувачів центру;
3. Не допускати припинення наданням медичної допомоги:
 - вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим;
 - наданням медичної допомоги у спеціалізованих відділеннях закладів охорони
 - здоров'я при онкологічних захворюваннях чи захворюваннях, що потребують кардіоторакальних оперативних втручань у разі, коли припинення (відтермінування) такої медичної допомоги несе серйозний ризик життю та здоров'ю;
 - наданням паліативної медичної допомоги;
 - інших невідкладних та термінових заходів з госпіталізації, коли їх припинення (відтермінування) несе серйозний ризик життю та розвитку життєзагрожуючих станів.
4. У разі виявлення особи з ознаками ГРВІ, спричиненого коронавірусом, забезпечити госпіталізацію силами екстреної медичної допомоги до найближчої опорної лікарні.
5. У разі погіршення епідеміологічної ситуації на території негайно:
 - забезпечити максимально безперебійну роботу медичного персоналу, враховуючи вимоги ч. 3 ст. 11 та ч. 3 ст. 12 Закону України «Про відпустки»;
 - створити облік наявного резерву медичного персоналу, що перебуває поза межами системи охорони здоров'я, з Єдиного державного реєстру закладів охорони здоров'я та автоматизованої бази даних медичних працівників.

Рис. 2. Важливі дії головного лікаря ЦПМСД для забезпечення ефективної взаємодії з опорною лікарнею [18]

7. Запобігати прийняттю на роботу осіб, які проявляють ознаки інфекційних захворювань.

8. Обмежити проведення масових заходів у внутрішніх приміщеннях.

9. Забезпечити належні умови для дотримання правил особистої гігієни працівниками, включаючи наявність рукомийників, мила, одноразових рушників, серветок та антисептиків.

10. Організувати кожен кабінет з використанням бактерицидних випромінювачів закритого типу та забезпечити необхідні дезінфекційні та антисептичні засоби. 11. Запровадити роботу змінами, тимчасово запровадити дистанційну або надомну роботу (для немедичних працівників) [18].

Крім цього необхідно: інформувати про ситуацію, плани та перспективи; матеріально мотивувати персонал; колективно обговорювати проблеми; залучати колег до вироблення стратегії та прийняття рішень; досягати розуміння кожного співробітника своїх завдань [18].

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

На рівні регіону встановлено порядок направлення пацієнтів на планові, консультативні, діаг-

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

Новий ефективний спосіб взаємодії обласної лікарні з медичними закладами госпітального округу полягає в утворенні та розвитку тренінгового центру для безперервного професійного підвищення кваліфікації медичних працівників (включаючи лікарів та середній медичний персонал). Це сприятиме ефективному підвищенню професійних навичок всіх медичних працівників обласної лікарні та інших закладів охорони здоров'я госпітальному окрузі [21]. Держава може впливати на цю взаємодію у багатьох аспектах, зокрема через формування законодавчої бази. Держава може створити або модернізувати законодавство, що стосується системи охорони здоров'я, щоб сприяти створенню та розвитку тренінгових центрів із підвищення професійної майстерності. Також вплив державного управління в позитивному напрямку може реалізовуватись через фінансову підтримку: державні фонди можуть виділяти фінансування для створення та функціонування тренінгових центрів, що дозволить забезпечити доступність професійного навчання для медич-

ного персоналу. Крім того, державні органи встановлюють стандарти і вимоги щодо навчальних програм і професійного навчання в тренінгових центрах і акредитація теж відноситься до компетенції державної інститутції такої як НАЗЯВО і через ці важелі можна регулювати зміст та дотримання стандарту програм.

Держава грає важливу роль у створенні сприятливого середовища для взаємодії обласних лікарень з медичними закладами госпітального округу через регулювання, фінансування, стандартизацію та контроль.

Для успішного реформування системи охорони здоров'я та ефективної взаємодії лікарень одного госпітального округу необхідно приділити увагу джерелам фінансування. Додатковими джерелами фінансових надходжень мають стати: благочинна допомога та кошти грантів; кошти добровільного медичного страхування; оплата лікарні за наданні послуги за угодами; надходження за послуги, які надає лікарня поверх нормативів надання безоплатної медичної допомоги; за послуги наданні пацієнтам за їх особистої ініціативи; добровільні внески та пожертви, та інші джерела, що не заборонені чинним законодавством [19].

В умовах пандемії доцільно визначити ключові проблеми вітчизняної галузі охорони здоров'я: недостатнє фінансування галузі, зумовлений цим низький рівень оплати праці медичних працівників, брак коштів для забезпечення доступної, якісної та ефективної медичної допомоги; нераціональна організація медичної допомоги, диспропорція в розвитку амбулаторно-поліклінічної і стаціонарної, первинної та спеціалізованої допомоги, незадовільні зв'язок і наступність у їх наданні; недосконалість правового забезпечення діяльності системи охорони здоров'я; недостатність, нескоординованість і неефективність заходів, спрямованих на збереження і зміцнення здоров'я населення; потреба в удосконаленні підготовки, перепідготовки і підвищенні кваліфікації лікарів та інших працівників охорони здоров'я, поліпшенні умов їх роботи, її якості та ефективності; брак сучасних медичних технологій, недостатнє володіння ними, незадо-

вільне медикаментозне і матеріально-технічне забезпечення закладів охорони здоров'я; низький рівень інформаційного забезпечення й управління системою охорони здоров'я на різних рівнях [19].

Найбільшою проблемою при погіршенні епідеміологічної ситуації є те, що медична допомога може одночасно знадобитись великій кількості хворих.

В закладі охорони здоров'я режим підвищеної готовності або режим надзвичайної ситуації вводиться керівником закладу або особою яка його заміщує. Головний лікар лікувального закладу після отримання інформації про НС для організації надання медичної допомоги та прийняття рішення щодо подальшої роботи збирає Штаб з ліквідації наслідків надзвичайної ситуації (в робочий час впродовж 30 хвилин, в неробочий час –1 година 30 хвилин) [18].

До заходів ліквідації наслідків надзвичайної ситуації в межах компетенції МОЗ України належать: 1. Організація та забезпечення постійного аналітичного контролю за станом захворюваності населення; 2. Здійснення моніторингу стану здоров'я населення; 3. Визначення потреб у лікарських засобах, медичній продукції, реактивах, медичній апаратурі тощо; 4. Забезпечення формування бригад лікарів; 5. Забезпечення формування мобільних медичних бригад та їх укомплектування медичними кадрами, лабораторією та діагностичною апаратурою для безпосередньої роботи на території постраждалих від НС населених пунктів; 6. Передбачення резервних місць в клініках за межами осередку надзвичайної ситуації [19].

Штаб з ліквідації наслідків НС закладу охорони здоров'я контролює підготовку відділень лікарні до масової госпіталізації уражених та хворих; організує додаткове розгортання лікарняних ліжок; вивчає потребу використання резерву медичного майна. В штабі працюють: заступники головного лікаря, керівники лікувальних відділень та інших структурних підрозділів закладу охорони здоров'я, головна медична сестра. Всі медичні установи одного госпітального округу переходять до режиму підвищеної готовності та повної взаємодії.

Список літератури:

1. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я України, підготовлена робочою групою з питань реформи фінансування охорони здоров'я при МОЗ України : проект / Міністерство охорони здоров'я. URL: http://moz.gov.ua/docfiles/pre_20160205_0_dod.pdf
2. Юридичні аспекти функціонування лікарень в межах госпітальних округів. Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». *Правовий Альянс*. URL: <https://www.legalalliance.com.ua/publikacii/uridicni-aspekti-reformi-medicnogo-obslugovuvanna-v-ukraini/>

3. Госпітальний округ з'явиться в кожній області. *ЛІГА ЗАКОН*. URL: https://jurliga.ligazakon.net/ua/news/191961_gospitalniy-okrug-zyavitsya-v-kozhny-oblast
4. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві : Закон України від 07.07.2011 р. № 3612-VI / *Верховна Рада України. Відомості Верховної Ради України*. 2012. № 12-13. ст. 81. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3612-17#Text>
5. *Департамент охорони здоров'я Донецької облдержадміністрації*. URL: <https://doz.donoda.gov.ua/Pokrovsk.pdf>
6. Про деякі питання створення госпітальних округів : Постанова Кабінету Міністрів України від 27.11.2019 № 1074 / Кабінет Міністрів України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1074-2019-%D0%BF>
7. *ЛІГА ЗАКОН*. URL: <https://jurliga.ligazakon.net/ua/nny-oblast>
8. Heese H. S. Specialization and competition in healthcare delivery networks. *Health Care Management Science*. 2009. Vol. 12, Iss. 3. P. 306–324.
9. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я : Закон України від 06.04.2017 № 2002-VIII / *Верховна Рада України. Відомості Верховної Ради*. 2017. № 21. ст. 245. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/l2002-19>
10. Методичні рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ на комунальні некомерційні підприємства / Міністерство охорони здоров'я. URL: http://moz.gov.ua/uploads/0/3555moz_metod_tion_2018_ua_final_web.pdf
11. Хожило І.І. Профілактика соціально небезпечних хвороб як напрям соціальної політики держави : монографія. Дніпропетровськ: ДРІДУ НАДУ, 2008. 254 с.
12. Рябоконт О. В., Оніщенко Т. Є., Тютюнщиков Б. Г. Особливості проведення протиепідемічних заходів у випадках виникнення надзвичайних ситуацій в мирний час за умов занесення карантинних інфекцій. *Протиепідемічний захист військ, бактеріологічна розвідка* : навч. посіб. для студентів V курсу мед. ф-ту. Запоріжжя : ЗДМУ, 2016. 107 с.
13. Про вищу освіту : Закон України від 1 липня 2012 року № 4004-VI / *Верховна Рада України*. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4004-12>
15. Про основи національної безпеки України : Закон України від 19 черв. 2003 р. № 964-IV / *Верховна Рада України. Відом. Верхов. Ради України*. 2003. № 39. Ст. 351.
16. Організація діяльності обласної лікарні в умовах реформування системи медичної допомоги населенню : методичні рекомендації / Г. О. Слабкий та ін. Київ, 2013. 23 с. URL: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/10684/1/Організація%20діяльності%20обласної%20лікарні%20в%20умовах%20реформування%20системи%20медичної%20допомоги%20населенню.pdf>
17. Організація діяльності обласної лікарні в умовах реформування системи медичної допомоги населенню : методичні рекомендації / Г. О. Слабкий та ін. Київ, 2013. 23 с. URL: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/10684/1/Організація%20діяльності%20обласної%20лікарні%20в%20умовах%20реформування%20системи%20медичної%20допомоги%20населенню.pdf>
18. Панорама охорони здоров'я населення України / А. В. Підаєв та ін. Київ : Здоров'я, 2003. 396 с.
19. Про затвердження Інструкції щодо організації взаємодії між Державною службою України з надзвичайних ситуацій і Міністерством охорони здоров'я України в разі виникнення надзвичайних ситуацій : Наказ Міністерство Внутрішніх Справ України, Міністерство Охорони Здоров'я України від 03.04.2018 № 275/600 / Міністерство Внутрішніх Справ України, Міністерство Охорони Здоров'я України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0479-18>

Stovban M. P. THE IMPACT OF PUBLIC ADMINISTRATION ON THE INTERACTION OF HEALTH CARE INSTITUTIONS IN THE CONTEXT OF THE COVID-19 PANDEMIC WITHIN ONE HOSPITAL DISTRICT

The article examines the process of reforming the health care system and the peculiarities of creating hospital districts, defines their composition and boundaries. The network of health care institutions of a separate hospital district is analyzed on the example of the Pokrovsky Hospital District. The terminology of medical institutions under the current legislation of Ukraine and the peculiarities of the autonomy of health care institutions in modern conditions are defined. The main task of the hospital council is to create a Hospital District Development Plan. It is drawn up for 3-5 years and should contain an analysis of the current situation, plans for the development and reorganization of healthcare facilities, an assessment of the financing of activities, as well as mechanisms for monitoring and reporting by healthcare facilities on the progress of service improvement. It should also contain information on the functions of healthcare institutions within

the hospital district and the types of medical care provided by each institution, as well as their functional capacities. The functions of multidisciplinary intensive care hospitals of the first or second level are assigned to healthcare facilities within the hospital district whose functional capacities meet the requirements for such hospitals. A multidisciplinary intensive care hospital of the first level should provide medical care to at least 120 thousand people, and of the second level – at least 200 thousand people. The problem of the spread of socially dangerous diseases in the globalized world is emphasized and the definition of an epidemic is given. The principles of sanitary and epidemiological support and the main measures to prevent and eliminate the medical and sanitary consequences of the epidemic by medical institutions are highlighted. The list of actions of the chief physician in the event of an epidemic and the mechanism of interaction between local governments and the primary health care center in the context of an aggravation of the epidemiological situation are analyzed. The mechanism of relations between the chief physician and the hospital staff in the event of an epidemic is determined. The key problems of the domestic healthcare sector in the context of a pandemic and measures to eliminate the consequences of the emergency within the competence of the Ministry of Health of Ukraine are indicated.

Key words: *healthcare reform, epidemic, hospital district, financing system, secondary care, medical care, SARS-1, SARS-2, chief physician, hospital staff, mechanism of interaction in emergency situations.*