

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Центр професійної та післядипломної освіти
Кафедра управління імені Олега Балацького

Наказ ректора про
допускається”
затвердження теми

Шифр _____

„До захисту

завідувачка кафедри
_____ Г.О.Швіндіна

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему

«Реформування вторинної ланки закладів охорони здоров'я: досвід та перспективи (на прикладі КМП КМР «Конотопська центральна районна лікарня імені академіка М. Давидова)»

за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування»,
освітньо-професійна програма «Управління та адміністрування
в охороні здоров'я»

Студента гр. УЗ.мз-91К _____ Галайба Ю.А.

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр.

Кваліфікаційна робота магістра містить результати власних досліджень.
Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на
відповідне джерело _____ Галайба Ю.А.

Науковий керівник: _____ к.е.н., ст.викл. Опанасюк Ю.А.
_____ д.е.н., проф. Сміянов В.А.

Суми 2021 р.

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Центр професійної та післядипломної освіти
Кафедра управління імені Олега Балацького

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач

кафедри _____

„_____” _____ 20__

___ р.

ЗАВДАННЯ ДЛЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ МАГІСТРА
за спеціальністю

281 Публічне управління та адміністрування,
освітньо-професійна програма «Управління та адміністрування
в охороні здоров'я»
студенту групи УЗ.мз-91-III
Галайба Ю.А.

1. Тема роботи: «Реформування вторинної ланки закладів охорони здоров'я: досвід та перспективи (на прикладі КМП КМР «Конотопська центральна районна лікарня імені академіка М.Давидова» затверджена наказом по СумДУ № _____ від „_____” _____ 20__ р.
2. Термін подання студентом закінченої роботи _____
3. Мета кваліфікаційної роботи: дослідження процесу реформування вторинної ланки медичної галузі, виявлення недоліків та формування рекомендацій з їх виявлення.
4. Об'єкт дослідження: вторинна ланка закладів охорони здоров'я.
5. Предмет дослідження: відносини, що виникають в процесі реформування закладів охорони здоров'я вторинної ланки .
6. Кваліфікаційна робота виконується на матеріалах наукових статей, законодавчих актів, фінансової звітності закладу, статуту закладу, даних Національної служби здоров'я України.
7. Орієнтовний план кваліфікаційної роботи, терміни подання розділів керівникові та зміст завдань для виконання поставленої мети.

№ пор.	Назва розділу	Термін подання
I	Стан медичної галузі та її реформування	1.10.20
II	Реформування вторинної ланки закладів охорони здоров'я	1.12.20
III	Реформування вторинної ланки на прикладі КМП КМС «Конотопська ЦРЛ ім. ак. М. Давидова»	1.02.21

Зміст завдань для виконання поставленої мети кваліфікаційної роботи магістра:

У розділі 1 студент має провести аналіз галузі охорони здоров'я до реформи, розкрити основні положення реформи, розглянути створення нового органу з забезпечення фінансування вторинної ланки медицини Національної служби здоров'я України.

У розділі 2 студент має вивчити поняття вторинної ланки медичної галузі, стан медичної допомоги під час проведення реформ, основні аспекти фінансування вторинної ланки.

У розділі 3 студент має повинен проаналізувати стан медичної галузі в Конотопському районі, проаналізувати вторинну ланку медицини на прикладі КНП КМР «Конотопська центральна районна лікарня ім. академіка Михайла Давидова» та визначити проблеми та перспективи розвитку вторинної ланки. Розглянути альтернативні шляхи фінансування вторинної ланки та створення госпітальних округів як наступний крок реформ.

8. Консультації щодо виконання роботи:

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
1			
2			
3			

9. Дата видачі завдання _____

Керівник кваліфікаційної роботи _____ Опанасюк Ю.А.
(підпис)

Завдання до виконання одержав _____ Галай Ю.А.
(підпис)

Анотація

Україна на сьогодні знаходиться у періоді реформ. Вже реформовано первинну ланку медицини. З квітня почався другий етап реформи – реформування вторинної ланки. Але на цьому шляху виникає велика кількість питань та непорозумінь. В роботі проаналізована ефективність реформ, на прикладі конкретного закладу охорони здоров'я визначені основні недоліки реформи та запропоновані шляхи їх вирішення.

У першому розділі проведено аналіз галузі охорони здоров'я до реформи, розкрито основні положення реформи, розглянуто створення нового органу з забезпечення фінансування вторинної ланки медицини Національної служби здоров'я України.

У другому розділі проаналізовано поняття вторинної ланки медичної галузі, стан медичної допомоги під час проведення реформ, основні аспекти фінансування вторинної ланки.

У третьому розділі проаналізований стан медичної галузі в Конотопському районі, проаналізовано вторинну ланку медицини на прикладі КНП КМР «Конотопська центральна районна лікарня ім. академіка Михайла Давидова» та визначені основні проблеми та перспективи розвитку вторинної ланки. Розглянуто альтернативні шляхи фінансування вторинної ланки та створення госпітальних округів як наступний крок реформ.

РЕФЕРАТ

Структура й обсяг роботи. Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, що включає 46 найменувань. Загальний обсяг магістерської роботи становить 60 с., у тому числі 3 таблиці, 21 рисунок, список використаних джерел - 7 сторінок.

Актуальність. З 1 квітня 2020 року почалося реформування вторинної ланки закладів охорони здоров'я. Це другий етап реформи, наступним кроком є реформування третинної ланки, екстреної допомоги та хоспіс. Наступним кроком є утворення госпітальних округів. Однак, на цьому етапі виникають багато недоліків та перешкод. Що і обумовлює актуальність теми.

Об'єкт дослідження: вторинна ланка закладів охорони здоров'я.

Предмет дослідження: відносини, що виникають в процесі реформування закладів охорони здоров'я вторинної ланки .

Мета кваліфікаційної роботи: дослідження процесу реформування вторинної ланки медичної галузі, виявлення недоліків та формування рекомендацій з їх виявлення.

Відповідно до поставленої мети визначено такі завдання дослідження:

1. Вивчити стан медицини в Україні до реформ;
2. Проаналізувати основні кроки реформи.
3. Розглянути результати реформування вторинної ланки сфери охорони здоров'я.
4. Вивчити нову систему фінансування вторинної ланки медицини.
5. Визначити недоліки реформування вторинної ланки.
6. Запропонувати заходи для вирішення знайдених недоліків.

Методи дослідження. Методологічною основою роботи є метод наукового пізнання, системний підхід, статистичний метод.

Ключові слова: ЗАКЛАД ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ПЕРВИННА ЛАНКА, ВТОРИННА ЛАНКА, ТРЕТИННА ЛАНКА, РЕФОРМУВАННЯ.

Зміст

ВСТУП	7
РОЗДІЛ 1 СТАН МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ ТА ЇЇ РЕФОРМУВАННЯ	9
1.1. Загальний стан галузі охорони здоров'я в Україні до реформи... 9	
1.2. Основні положення медичної реформи	11
1.3. Створення Національної служби здоров'я України для ефективною реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я	15
РОЗДІЛ 2 РЕФОРМУВАННЯ ВТОРИННОЇ ЛАНКИ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	18
2.1. Поняття вторинної ланки закладів охорони здоров'я. Пріоритетні напрямки допомоги	18
2.2. Стан медичної допомоги в Україні та Сумській області після проведення реформи	20
2.3. Фінансування вторинної ланки системи охорони здоров'я	22
РОЗДІЛ 3 РЕФОРМУВАННЯ ВТОРИННОЇ ЛАНКИ НА ПРИКЛАДІ КНП КМС «КОНОТОПСЬКА ЦРЛ ІМ. АК. М. ДАВИДОВА»	29
3.1. Стан охорони здоров'я в Конотопському районі	29
3.2. Характеристика закладу КНП КМР «Конотопська центральна районна лікарня ім. академіка Михайла Давидова»	31
3.3. Альтернативні шляхи фінансування вторинної ланки.....	40
3.4. Утворення госпітальних округів як наступний шлях реформ ...	43
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	52

Вступ

У сучасних умовах якісна медицина є ключовою метою функціонування галузі охорони здоров'я в країні, виступаючи в якості основного критерію її діяльності. Зараз Вже зроблено багато кроків реформи. Проведена повна реформа первинної медико-санітарної допомоги, що дозволило реалізувати принцип «гроші йдуть за пацієнтом» і, як наслідок, призвело до збільшення фінансування пріоритетних медичних установ. З 1 квітня 2020 року розпочалася реформа вторинної ланки, що допомогло залучити кошти у вторинну ланку.

Слід зазначити, що нерозсудливість і відсутність системного підходу до модернізації та організації системи якості в сфері медицини негативно позначилися на ефективності її роботи. Сьогодні явно проявляється позасистемний підхід до реформи охорони здоров'я. Сучасна медична система досі не має адекватного набору конкретних соціальних норм і стандартів, не орієнтована на політичні, економічні, ідеологічні та ціннісні особливості сучасного суспільства і, тому, не може бути повністю інтегрована в його структуру. Це і обумовило актуальність досліджуваної теми.

Основні проблеми, що виникали до реформи такі: не враховувалась кількість пацієнтів, яким надана медична допомога кожним закладом; у стаціонарних умовах лікують захворювання, які можуть лікуватися амбулаторно, а це призводить до не ефективного фінансування галузі.

Мета кваліфікаційної роботи: дослідження процесу реформування вторинної ланки медичної галузі, виявлення недоліків та формування рекомендацій з їх виявлення.

Відповідно до поставленої мети визначено такі завдання дослідження:

1. Вивчити стан медицини в Україні до реформ;
2. Проаналізувати основні кроки реформи.

3. Розглянути результати реформування вторинної ланки сфери охорони здоров'я.

4. Вивчити нову систему фінансування вторинної ланки медицини.

5. Визначити недоліки реформування вторинної ланки.

6. Запропонувати заходи для вирішення знайдених недоліків.

Об'єкт дослідження: вторинна ланка закладів охорони здоров'я.

Предмет дослідження: відносини, що виникають в процесі реформування закладів охорони здоров'я вторинної ланки .

Методи дослідження. Методологічною основою роботи є метод наукового пізнання, системний підхід, статистичний метод.

РОЗДІЛ 1 СТАН МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ ТА ЇЇ РЕФОРМУВАННЯ

1.1. Загальний стан галузі охорони здоров'я в Україні до реформи

Україна не реформувала сферу громадського здоров'я з часів Радянського Союзу, так як і інші сектори економіки. До 2018 року сектор громадського здоров'я знаходився у державній власності, політика була направлена на лікування більшою мірою, ніж на профілактику. Пацієнти були приписані до однієї лікарні та лікарні не взаємодіяли між собою. Ця система була не орієнтована на споживачів та ускладнювала надання медичних послуг населенню. Зараз, коли держава перейшла на клієнтоорієнтований підхід, настав час реформування системи медичних установ. До реформи система медицини повинна була бути безкоштовною, але коштів на фінансування не вистачало і пацієнт все одно сплачував за надані послуги. У 2018 році почалася реформа системи охорони здоров'я для забезпечення прав на безкоштовну медицину [8, с. 37].

До проведення реформ українська система охорони здоров'я мала наступні характеристики:

- Значне відставання від європейських країн за тривалістю життя і смертності: у 2017 році різниця між очікуваною тривалістю життя в Україні та Європейському Союзі становила майже 10 років - 71,7 і 81,9 відповідно. Таким чином, в Україні спостерігається висока смертність. Кількість померлих показана на рисунку 1.1 [13]. А половину цих випадків можна було б запобігти за допомогою відповідної профілактики та лікування [9, 24, с. 90-91]. Частка випадків не потрібної госпіталізації становить до 60% від загального числа госпіталізації [25, С. 11].

- не достатній рівень видатків на медицину, що викликано низьким рівнем ВВП на душу населення. На охорону здоров'я виділяється приблизно 3% ВВП. Зміни у фінансуванні охорони здоров'я у 2015-2020 роках представлені у таблиці 1.1. [4] 79% від загального обсягу фінансування

лікарень іде на утримання інфраструктури, 69,8% - на заробітну плату медперсоналу, 9,9% - комунальні послуги і лише 19,3% - на закупівлі нового устаткування ; 1% - інші витрати [21, С. 34].

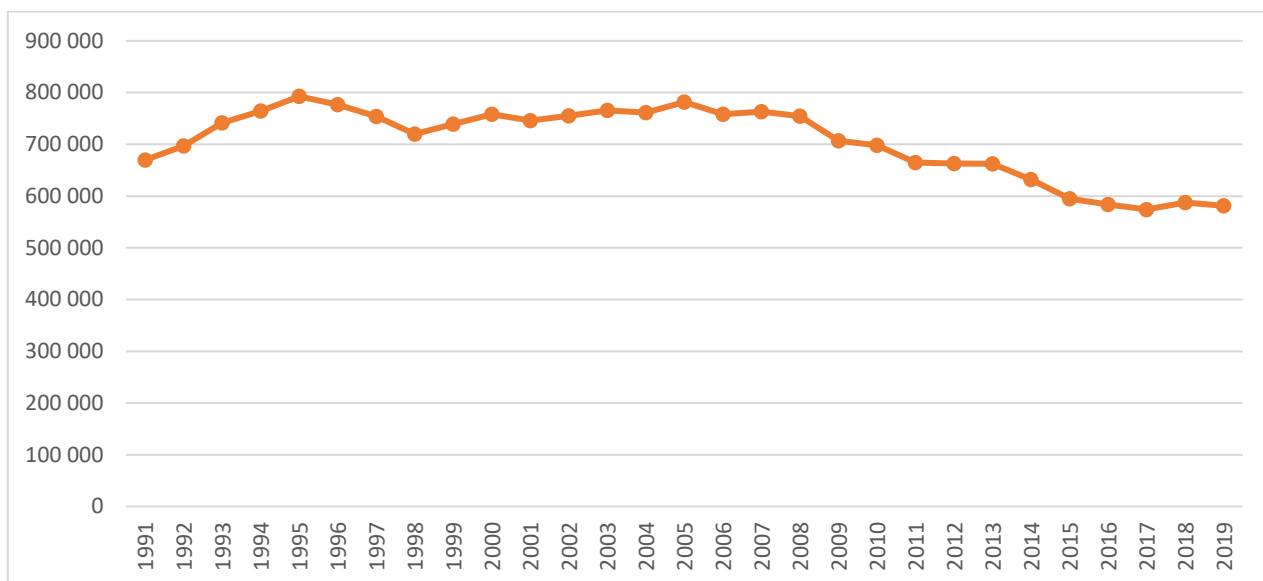


Рисунок 1.1 – Динаміка смертності в Україні за 1999-2019 рр.

- високий рівень корупції через застарілу систему управління, включаючи закупівлі, освіти, сертифікацію та працевлаштування лікарів, медичних допомогу при відсутності прозорого гарантованого державою пакету медичних послуг [26].

Таблиця 1.1. - Зміни у фінансуванні охорони здоров'я у 2015-2020 роках

Показник	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021 план
Реальні видатки на охорону здоров'я на душу населення (2015, грн) *	1 657	1 553	1850	1 897	1 959	1 988	1 848
Реальні видатки на охорону здоров'я (2015, млрд грн)*	71.0	66.3	78.6	80.2	82.3	83.2	77.0
Видатки на охорону здоров'я (% ВВП)	3.6	3.2	3.4	3.3	3.2	3.0	3.0

- відсутність орієнтації на потреби пацієнта, орієнтація на лікування, а не профілактику захворювань. Більше 25% населення, переважно із соціально незахищених прошарків населення, за фінансовими та економічними причинами не повертаються за медичною допомогою [29].

- Пацієнт не знав куди звертатися, не була описаний алгоритм надання допомоги. Маршрут пацієнта до реформи показаний на рисунку 1.2.

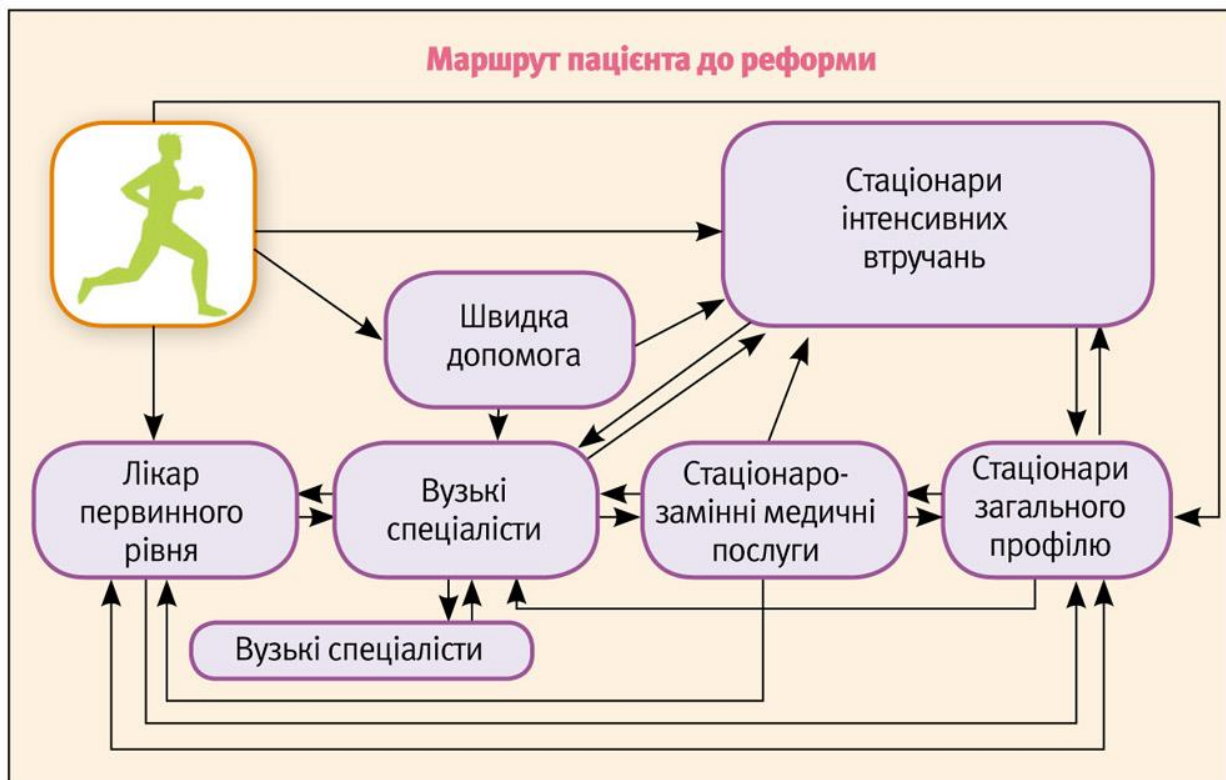


Рисунок 1.2. – Маршрут пацієнта до реформи

1.2. Основні положення медичної реформи

Зараз Україна знаходиться на етапі реформуванні галузі охорони здоров'я. Головна мета медичної реформи – «надати громадянам України рівний доступ до якісних медичних послуг, в результаті змін, орієнтувати систему таким чином, щоб в її центрі був пацієнт».

Реформа охорони здоров'я, була розпочата в 2018 році та торкнулася первинного рівня охорони здоров'я та істотно змінила підходи до фінансування і організації роботи сімейних лікарів. З 01.04.2020 р. розпочалось реформування системи охорони здоров'я в закладах вторинної та третинної ланки. При цьому виникає проблема зміни фінансування поліклінік і потрібно теоретичне і методологічне обґрунтування їх функціональної діяльності [10].

Розглянемо структуру реформованої системи охорони здоров'я. Структура нової медичної системи показана на рисунку 1.3.

Первинна ланка — це сімейні лікарі, педіатри та терапевти

Лікарні **вторинної ланки** надають спеціалізовані і більш складні послуги (надають допомогу при травмах, отруєннях, патологічних станах, вагітності, допомагають вилікуватися від хвороб).

Лікарі **третинного рівня** лікують за допомогою високотехнологічного обладнання і вузькоспеціалізованих процедур (хіміятерапія, лікування туберкульозу)

Рисунок 1.3 – Структура реформованої медичної системи [41]

У 2014 році Міністерство охорони здоров'я розробило «Національної стратегії реформування охорони здоров'я в Україні» [27]. Були розроблені нові стратегічні підходи до підвищення якості та доступності медичної допомоги та зниження фінансових ризиків. Національною стратегією розроблена нова система надання медичних послуг. Тепер для отримання допомоги пацієнт повинен звернутися до сімейного лікаря, а вже він може вирішити чи потрібна спеціалізована допомога. Спеціалізована допомога надається безкоштовно тільки при видачі направлення від сімейного лікаря. Якщо такого направлення немає, пацієнт оплачує послугу. Без направлення можуть надаватися тільки гінекологічні послуги, онкологічні послуги тощо. Маршрут пацієнта після реформи показаний на рисунку 1.4.

Закон України «Про державні фінансові гарантії медичної допомоги» [33] передбачає перехід до самофінансування надання медичної допомоги на всіх рівнях медичної допомоги шляхом оплати послуг Національною службою охорони здоров'я України до 2020 року за укладеними угодами про медичну допомогу.

Таким чином, реалізація державних гарантій надання медичної допомоги за програмою медичних гарантій здійснюється за всіма видами медичної допомоги через єдиного замовника - Національну службу охорони здоров'я України (НСЗУ) [46].

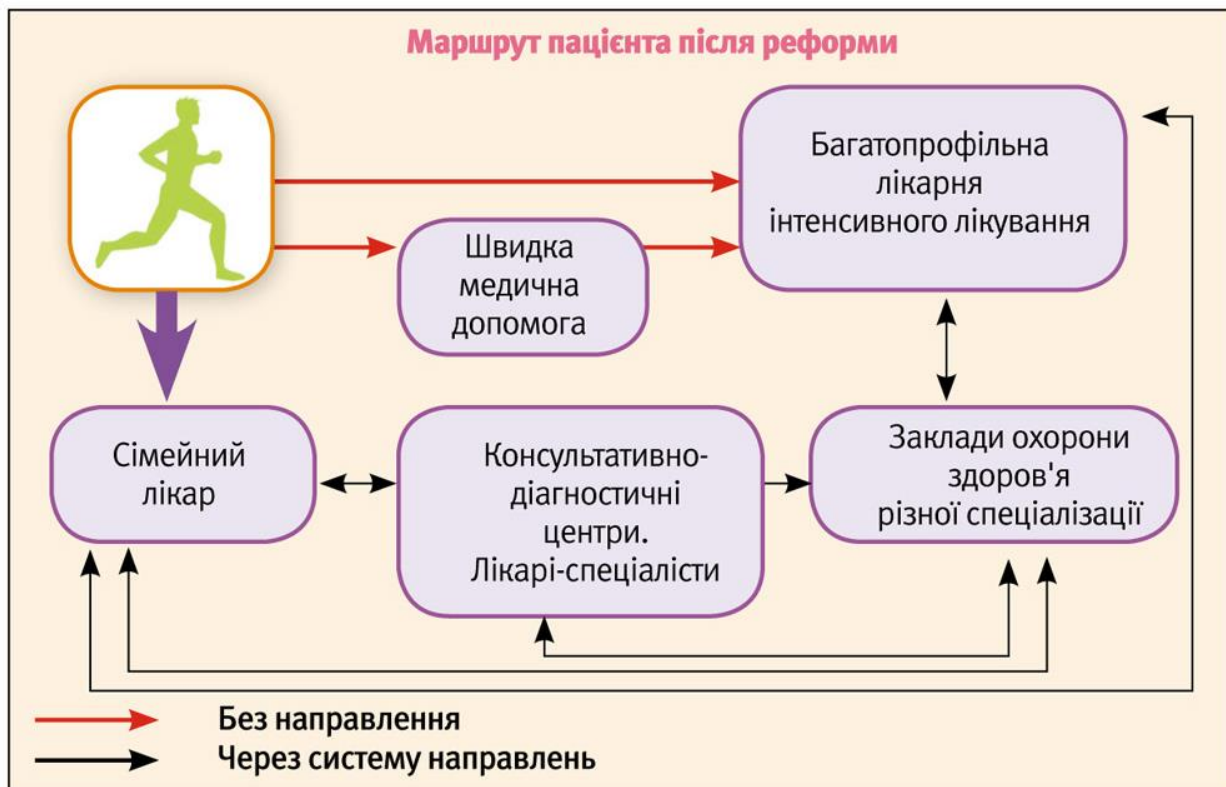


Рисунок 1.4 – Маршрут пацієнта після реформи

Основною умовою виділення коштів для лікарень є підписання договорів з Національною службою здоров'я України. На 1.04.2020 таких договорів 1524. Це майже 90% закладів, які подали свої пропозиції НСЗУ. Ще 138 проектів договорів очікують підписання. Загальні суми договорів з НСЗУ в Сумській області показані на рисунку 1.5.



Рисунок 1.5. – Загальні суми договорів з НСЗУ в Сумській області, млн. грн.

Розподіл договорів з приватними та державними закладами вторинної ланки наведено на рисунку 1.6.



Рисунок 1.6. – Розподіл договорів з НСЗУ між різними формами власності закладів охорони здоров'я

Головними умовами укладання договорів з НСЗУ є:

- автономність установи (перетворення медичного закладу в комунальне некомерційне/казенне підприємство);

- комп'ютеризація закладу (установка комп'ютерів або інших технічних засобів, таких як планшети, смартфони і т. д.);
- підключення закладу до електронної системи;
- установа повинна мати діючу ліцензію на ведення бізнесу в медичній практиці;
- підписання договору з Національною службою охорони здоров'я України [5].

1.3. Створення Національної служби здоров'я України для ефективної реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я

Новою формою фінансування закладів охорони здоров'я є укладання договорів на надання медичних послуг з Національною службою здоров'я України. НСЗУ – це центральний орган виконавчої влади, діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я щодо реалізації державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичної допомоги [34].

Національна служба здоров'я України виступає гарантом, страховою компанією, яка укладає договори з медичними установами та купує у них медичні послуги. Служба також стежить за дотриманням умов договорів і виплачує прями виплати установам за надані послуги. НСЗУ була створена ще у 2017 році як один з ключових елементів реформування системи фінансування охорони здоров'я.

За новою системою, з'являється лише один замовник пакетів медичних послуг (рис. 1.7), це дозволить знизити корупційні ризики, закупити медичні послуги для людини в кожному конкретному випадку, не використовуючи посередників у вигляді місцевих органів та економити на управлінні. За новою концепцією реформи - гроші ідуть за пацієнтом. Отже, замість утримання лікарень єдиний національний замовник буде оплачувати тільки фактично надані послуги на контрактній основі, що дозволить виявити конкурентоспроможні заклади та надавати тільки якісні послуги. Оплату

буде отримувати не розпорядник коштів, а безпосередньо медичний заклад, в який звернувся пацієнт.

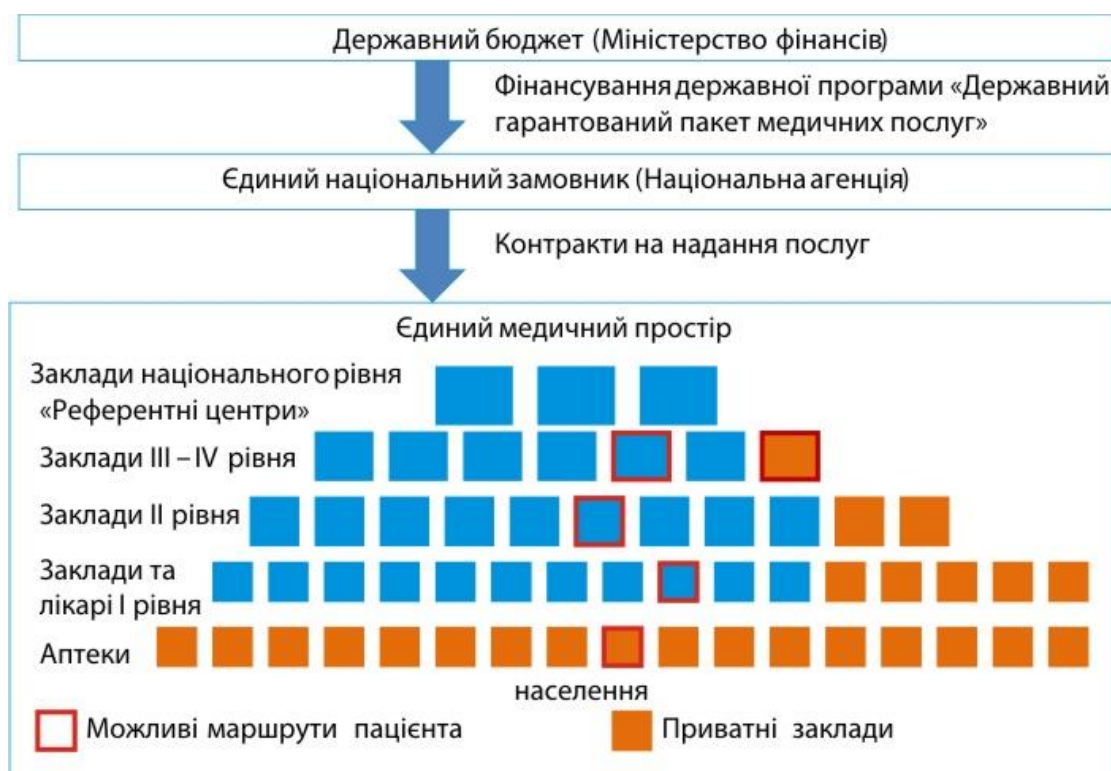


Рисунок 1.7 - Нова модель єдиного національного замовника

Основні питання, що може вирішувати НСЗУ:

- перехід на оплату первинної медико-санітарної допомоги за договорами надання медичної допомоги за програмою медичних гарантії не залучає відомство в бюджетний процес;

- перехід на відшкодування вартості лікарських засобів за програмою «Доступні ліки» за договорами з аптеками не вимагає розподілу коштів в бюджетному комітеті.

- За рахунок автономізації комунальних некомерційних підприємств медичні заклади можуть самостійно приймати рішення та вийти на самоокупність, що дозволяє не залежати від надходжень до місцевих та державного бюджетів.

- медичні установи зараз підзвітні тільки власнику і НСЗУ.

На веб-сайті НСЗУ оприлюднюються дані про діяльність установ первинної та вторинної ланки медико-санітарної допомоги та аптек, які

працюють за контрактами з НСЗУ, що дозволяє громадськості стежити за діяльністю закладів охорони здоров'я. Ці дані дозволяють місцевій владі і її структурним підрозділам з охорони здоров'я проводити статистичний аналіз та планувати розвиток системи охорони здоров'я в області, районі, місті, селі чи ОТГ. Для стратегічного планування, доступна інформація про кількість лікарів та молодших мед. сестер в певних областях або установах, їх спеціалізація. Також цей інструмент дозволяє вирішувати тактичні завдання. Наприклад, районна адміністрація може заохочувати перехід фахівця з однієї установи до іншої, формуючи кадровий резерв. Крім того, місцева влада може бачити цілісну картину укладення договорів по медичним установам з Національною службою охорони здоров'я [26].

РОЗДІЛ 2 Реформування вторинної ланки закладів охорони здоров'я

2.1. Поняття вторинної ланки закладів охорони здоров'я. Пріоритетні напрямки допомоги

До вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованою) медичної допомоги належать медичні послуги, які надаються професіоналами в амбулаторних умовах або стаціонарах.

Амбулаторні медичні послуги включають лабораторні, функціональні та інструментальні обстеження, невеликі операції, планову стоматологічну допомогу дітям до 16 років, невідкладну стоматологічну допомогу для дорослих і дітей, медичну реабілітацію.

Окремо в рамках Програми медичних гарантій виділені пакети пріоритетних медичних послуг. До них відносяться : інструментальні дослідження для ранньої діагностики новоутворень: гістероскопія, езофагогастродуоденоскопія, колоноскопія, цистоскопія, бронхоскопія і мамографія.

Цей напрямок амбулаторних досліджень визначено пріоритетним на 2020-2022 роках. Пріоритетними вважаються послуги, які включають дорогі обстеження, які відповідають міжнародним стандартам. Такі послуги оплачуються по спеціальним тарифам. Спеціальні тарифи є більшими, і це буде сприяти модернізації матеріально-технічного оснащення установ і підвищенню якості надання медичної допомоги.

Окремим пакетом медичних послуг передбачено лікування пацієнтів методом екстракорпорального гемодіалізу в амбулаторних умовах.

Виділимо медичні послуги, що надаються в умовах стаціонару. Кожна медична установа може укласти угоду з НСЗУ про надання:

- хірургічної допомоги, яка включає в себе хірургічні операції для дорослих і дітей на стаціонарному етапі з медичних спеціальностей: гінекологія, дитяча гінекологія, комбустіологія, нейрохірургія, дитяча

нейрохірургія, онкогінекологія, онкологія, дитяча онкологія, травматологія і отоларингологія, отоларингологія, онко-отоларингологія, отоларингологія, дитяча отоларингологія, офтальмологія, дитяча офтальмологія, проктологія, судинна хірургія, торакальна хірургія, трансплантологія, урологія, дитяча урологія, хірургія, дитяча хірургія, хірургія серця і магістральних судин, щелепно-лицьова хірургія;

- медична допомога, яка передбачає лікування дорослих та дітей нехірургічними методами в стаціонарі за наступними сферами: акушерство і гінекологія, алергологія, дитяча алергологія, гастроентерологія, дитяча гастроентерологія, гематологія, дитяча гематологія, гінекологія, дитяча дерматовенерологічних педіатрія ендокринологія, імунологія, дитяча імунологія, інфекційні хвороби, дитячі інфекційні хвороби, кардіологія, дитяча кардіоревматологія, наркологія, неврологія, дитяча неврологія, нефрологія, дитяча нефрологія, педіатрія, пульмонологія, дитяча пульмонологія, ревматологія, терапія;

- спеціальна медична допомога вагітним жінкам і новонародженим, а також передчасно народженим та хворим новонародженим дітям в неонатальному періоді;

- спеціалізована медична допомога при гострому інсульті та гострому інфаркті міокарда.

При чому, у 2020-2022 роках пріоритетними напрямками виділені: лікування гострого інфаркту міокарда, гострого мозкового інсульту, а також медична допомога жінкам при пологах, а також передчасно народженим та/або хворим новонародженим у неонатальному періоді.

Тому розроблені певні вимоги до цих медичних послуг. Кожен випадок, пролікований в умовах стаціонару відповідно до первинного діагнозу пацієнта і втручанням, буде віднесений до окремої діагностичної групи.

Окремими пакетами медичної допомоги будуть надаватися:

- діагностика і хіміотерапевтичне лікування раку у дорослих і дітей;

- діагностика і радіологічне лікування онкологічних захворювань у дорослих і дітей;
- психіатрична допомога дорослим та дітям;
- діагностика і лікування хворих на туберкульоз дорослих і дітей;
- діагностика, лікування та підтримка людей з вірусом імунодефіциту людини;
- лікування осіб з психічними та поведінковими розладами, викликаними вживанням наркотичних засобів, із застосуванням замісної підтримувальної терапії.

Вимоги до паліативної допомоги включають:

- надання паліативної допомоги дорослим і дітям в стаціонарі;
- надання паліативної допомоги дорослим і дітям на дому мобільними бригадами паліативної допомоги.

Вимоги до послуг медичної реабілітації включають надання стаціонарної або амбулаторної медичної реабілітації пацієнтам із захворюваннями в підгострому і відновному періодах, тобто поза гострого періоду, зокрема:

- дорослі та діти від трьох років з ураженням нервової системи;
- дорослі і діти у віці від трьох років з опорно-руховими порушеннями;
- діти, народжені недоношеними і / або хворими протягом перших трьох років життя.

Послуги медичної реабілітації для пацієнтів в гострому періоді захворювання надаються в пакетах послуг, що надаються в умовах стаціонару [5].

2.2. Стан медичної допомоги в Україні та Сумській області після проведення реформи

Станом на 1.09.2020 з НСЗУ уклало контракти 3095 постачальників медичних послуг населенню, яким виплачено 51,6 млрд грн. для надання послуг пацієнтам за Програмою медичних гарантій. Склад видатків на охорону здоров'я наведено на рисунку 2.1.

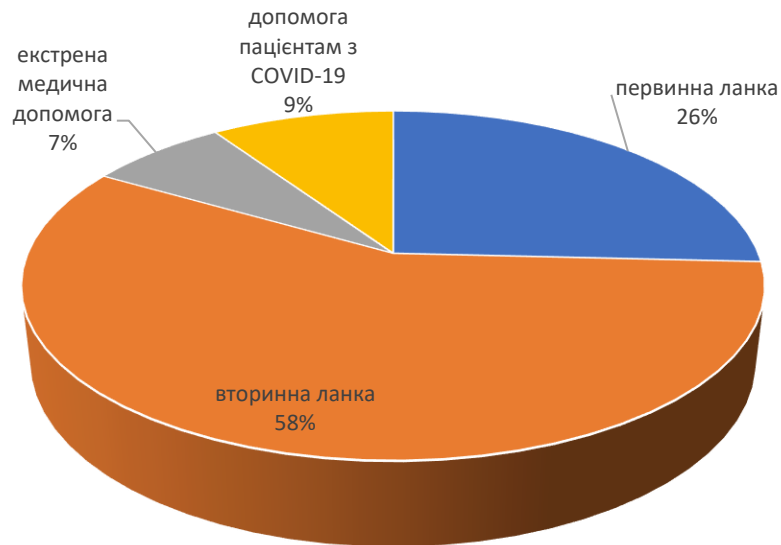


Рисунок 2.1. – Видатки для надання послуг пацієнтам за Програмою медичних гарантій

Згідно реформи вторинної ланки спеціалізовані послуги будуть формуватимуть пакет, що буде оплачуватися за затвердженим тарифом і відповідатиме спеціальним вимогам.

Безкоштовними для пацієнта будуть послуги, від яких залежить життя - наприклад, пологи і догляд за новонародженими, лікування серцево-судинних захворювань, інсульту, діагностика раку. Однак те, які послуги буде оплачуватися державою, залежить від бюджету на рік.

Підстави для надання послуги вторинної ланки безкоштовно:

- направлення лікаря, з яким укладається декларація, для надання спеціалізованої допомоги,
- направлення лікаря, що лікує;
- самостійне звернення до акушера-гінеколога, дитячого гінеколога, педіатра, психіатра, дитячого психіатра, нарколога, стоматолога, дитячого стоматолога;
- самостійне звернення до лікаря, якщо пацієнт з хронічними захворюваннями перебуває у нього на обліку;
- самостійне звернення до фахівців в екстрених випадках [45].

Станом на 04.04.2020 року 47 медичних установ Сумської області уклали договори з Національною Службою здоров'я України, з них 43 комунальні, а 7 - приватні. В рамках Програми медичних гарантій лікарні області протягом року отримали 1,19 млрд грн.

Всього в Сумській області укладено договори на 40 пакетів пріоритетних послуг. У 9 лікарнях області укладені договори на надання медичної допомоги при пологах, 3 лікарні будуть надавати допомогу в складних неонатальних випадках. Медичну допомогу при гострих інсультах за договорами з НСЗУ будуть надавати 7 лікарень, а при гострих серцевих нападах - дві. Мамографія доступна безкоштовно в 8 медичних установах. У 19 лікарнях Сумської області проводили безкоштовну діагностику для раннього виявлення раку [2, С.4].

2.3. Фінансування вторинної ланки системи охорони здоров'я

Після набуття незалежності Україна зіткнулася з тим, що не може виконувати всі гарантії в сфері надання медичних послуг. Це призводить до зниження якості медичних послуг, погіршення здоров'я нації, поганий фінансовий захист населення та обмежений доступ до медичних послуг.

У сфері фінансування вторинної ланки системи медицини Україна перейшла до оплати послуг не за окреме звернення, а сплата за гарантований пакет послуг, що буде надаватися пацієнтові при конкретній хворобі. До гарантованого пакету буде входити не тільки лікування, а також безкоштовне обстеження. В свою чергу, пацієнт зможе звернутися до будь-якої медичної установи, тому установи будуть конкурувати за пацієнтів. А це підвищить якість медичних послуг.

Програма медичних гарантій - перелік і обсяг медичних послуг і ліків, які гарантовані населенню і оплачуються з державного бюджету за єдиними загальнодержавними тарифами.

В Україні всім пацієнтам гарантовано надається доступ до медичних послуг, але вводяться додаткові послуги для пацієнтів певних вікових

категорій. Відповідно до Закону в гарантований пакет входять послуги і ліки, пов'язані з наданням тієї чи іншої медичної послуги [31]:

Основні гарантовані пакети послуг:

- первинна медична допомога;
- екстрена медична допомога;
- вторинна медична допомога;
- третинна медична допомога;
- паліативна медична допомога;
- медична реабілітація;
- медична допомога дітям до 16 років;
- медична допомога у зв'язку з вагітністю та пологами.

Проект програми медичних гарантій розроблений Національною Службою здоров'я України і затверджений Кабінетом Міністрів України. МОЗ затвердило Наказ про пріоритетні напрямки розвитку охорони здоров'я на 2020-2022 роки, вони були перераховані у пункті 2.2. Ці напрямки враховані в програмі медичних гарантій.

Тарифи за кожним пакетом встановлюється окремо та затверджуються Постановою Кабінету Міністрів України про порядок реалізації програми медичних гарантій на поточний рік. Цим же нормативним актом визначені поправочні коефіцієнти, які впливають на остаточну вартість послуги в рамках пакету в залежності від складності певних послуг.

Алгоритм надання медичного пакету наведено на рисунку 2.1 [6].

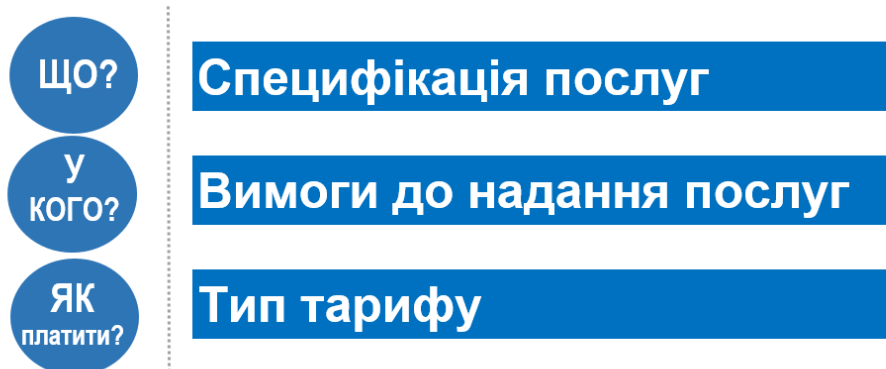


Рисунок 2.2 – Алгоритм фінансування медичного пакету

На сайті НСЗУ у 2020 році було опубліковано 27 оголошень, що відповідало 27 пакетам медичних послуг. У кожному оголошенні описані умови покупки і технічні характеристики, а також тарифи на оплату послуг в рамках пакету. Кожна установа самостійно обирає, які пакети вона буде подавати в заявці в НСЗУ для підписання договору. Цей вибір повинен ґрунтуватися на тому, чи відповідають умови надання медичних послуг в установі умовам закупівель, чи може установа надати всі послуги, описані в специфікації, чи є пакет економічно доцільним для установи і чи хоче установа надати ці послуги в наступних роках.

Пакет амбулаторної допомоги – досить широкий перелік послуг, який включає більшість вторинної та третинної медичної допомоги на амбулаторному рівні.

Основні медичні послуги, які може надавати поліклініка у вторинному секторі це:

- жіноча консультація;
- лабораторна та інструментальна діагностика;
- амбулаторна медична реабілітація пацієнтів у відновному періоді;
- надання невідкладної стоматологічної допомоги дорослим і дітям в певному обсязі;
- планова стоматологічна допомога дітям до 16 років в певному обсязі;
- проведення хірургічних втручань в амбулаторних умовах;
- послуги, пов'язані з наданням пріоритетних медичних послуг, що надаються в амбулаторних умовах (мамографія, гістероскопія, езофагогастродуоденоскопія, колоноскопія, цистоскопія, бронхоскопія)
- робота приймального відділення або відділення невідкладної (невідкладної) медичної допомоги, якщо медична допомога не завершилася госпіталізацією [35].

Схему фінансування медичних послуг наведено на рисунку 2.3.



Рисунок 2.3 - Схема нової системи фінансування СОЗ

У 2020 році було укладено угоди НСЗУ з 3080 постачальниками медичних послуг, у тому числі 1664 закладами спеціалізованої допомоги. Загалом на медичні послуги у 2020 році було виділено 43255 млрд грн, з них 22965 млрд грн - на спеціалізовану допомогу. Оплати надавачам медичної допомоги за програмою медичних гарантій по областях представлена на рис. 2.4.

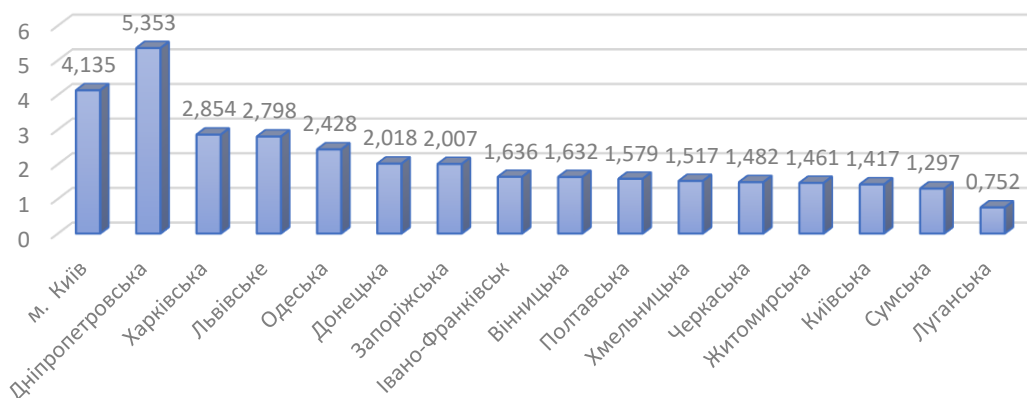


Рисунок 2.4 - Оплати надавачам медичної допомоги за програмою медичних гарантій по областях, млрд. грн.

Динаміка виплат коштів надавачам медичних послуг наведена на рис. 2.5.

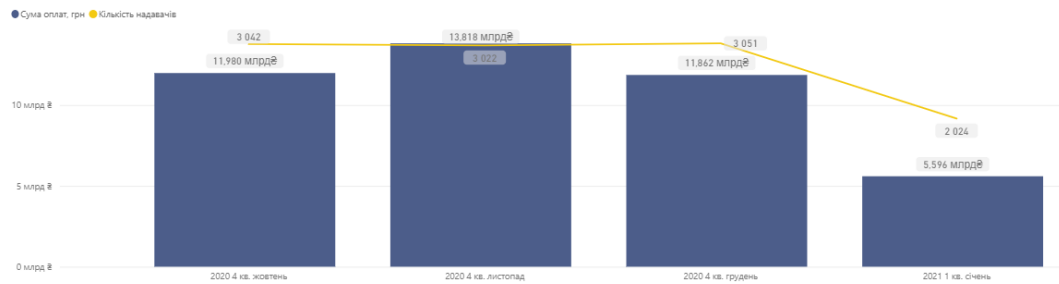


Рисунок 2.5 - Динаміка сум виплат за основними пакетами медичних послуг та кількість надавачів за 2020-2021 роки

Тарифи на пакети медичних послуг розраховуються за наступною схемою. Спочатку розраховується коефіцієнт збалансованості бюджету за формулою:

$$BRK_{plan} = \frac{Bud_{total} - Bud_{act}}{\sum(Cases_{plan}) \cdot CMI_{plan} \cdot AHL C_{plan}} \cdot \frac{1}{BR_{act}}, \quad (2.1)$$

Де BRK_{plan} - коефіцієнт збалансованості бюджету для поточного звітного періоду;

Bud_{total} - добуток запланованої кількості медичних послуг стаціонарної допомоги за всіма договорами протягом всього строку дії договорів, базової ставки і застосовних коригувальних коефіцієнтів;

Bud_{act} - добуток кількості наданих медичних послуг стаціонарної допомоги за всіма договорами у попередніх звітних періодах, базової ставки і застосовних коригувальних коефіцієнтів;

$$Bud_{act} = \sum Cases_{act} \cdot RW_i \cdot HLC_h \cdot BR_{act}, \quad (2.2)$$

$Cases_{act}$ - кількість пролікованих випадків за ДСГ і надавачем рівня стаціонару h за всіма договорами у звітному періоді p;

$$Cases_{act} = \frac{Cases_{total} \cdot per_{plan}}{per_{total}} \quad (2.3)$$

$Cases_{total}$ - запланована кількість медичних послуг стаціонарної допомоги за всіма договорами протягом усього строку договорів;

per_{plan} - кількість місяців в поточному та подальших звітних періодах до кінця строку договорів;

per_{total} - загальна кількість місяців строку договорів;

RW_i - застосовний ваговий коефіцієнт ДСГ i для кожного пролікованого випадку;

HLC_h - застосовний коефіцієнт рівня стаціонару h для кожного пролікованого випадку за ДСГ;

BR_{act} - добуток базової ставки та застосовного коефіцієнта збалансованості бюджету у відповідному звітному періоді p ;

$Cases_{plan}$ - запланована кількість медичних послуг стаціонарної допомоги у поточному та подальших звітних періодах за всіма договорами;

CMI_{plan} - запланований середній індекс структури випадків;

$$CMI_{plan} = \frac{\sum Cases_{plani} \cdot RW_i}{Cases_{plan}} \quad (2.4)$$

$Cases_{plani}$ - запланована кількість медичних послуг стаціонарної допомоги, визначена в договорі i для поточного та подальших періодів;

$AHLC_{plan}$ - запланований середній коефіцієнт рівня стаціонару;

$$AHLC_{plan} = \frac{Cases_{planh} \cdot HLC_h}{Cases_{plan}} \quad (2.5)$$

$Cases_{planh}$ - запланована кількість медичних послуг стаціонарної допомоги у поточному та подальших звітних періодах за всіма договорами відповідно до рівня стаціонару h ;

BR_{act} - добуток базової ставки та застосовного коефіцієнта збалансованості бюджету у попередньому звітному періоді [15, 33].

Базові ставки на проліковані випадки представлені в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1 – Тарифи на медичне обслуговування [1].

Пролікований випадок	Тариф, грн
Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	4 563,64
Гістероскопія без ендоскопічної маніпуляції	1 965,60
Надання медичної допомоги при гострому мозковому інсульті в стаціонарних умовах	19 332,31
Надання медичної допомоги при гострому інфаркті міокарда в стаціонарних умовах	16 001,43
Тариф на пологи	8 136,03
Надання медичної допомоги новонародженим у складних неонатальних випадках	від 26 087,72 грн до 98 533,82

РОЗДІЛ 3 РЕФОРМУВАННЯ ВТОРИННОЇ ЛАНКИ НА ПРИКЛАДІ КНП КМС «КОНОТОПСЬКА ЦРЛ ІМ. АК. М. ДАВИДОВА»

3.1. Стан охорони здоров'я в Конотопському районі

Проаналізуємо стан здоров'я населення міста за 2018-2020 роки. Слід зазначити, що у 2018-2019 роках смертність спадала, а в 2020 році зросла (рис. 3.1). Знизилась смертність від туберкульозу з 2,79 до 2,63 на 1 тис. осіб, . знизилась захворюваність на злоякісні новоутворення з 248,1 до 244,5, наркоманія з 26,0 до 18,2 на 100 тис. населення, питома вага злоякісних новоутворень, виявлених при IV стадії хвороби, з 8, 5% до 8,0%, відбулося зниження рівня первинної інвалідності серед дорослих від 24,52 до 24,26, осіб працездатного віку з 28,01 до 26,44, дітей від 18,2 до 16,4 на 10 тис. населення.

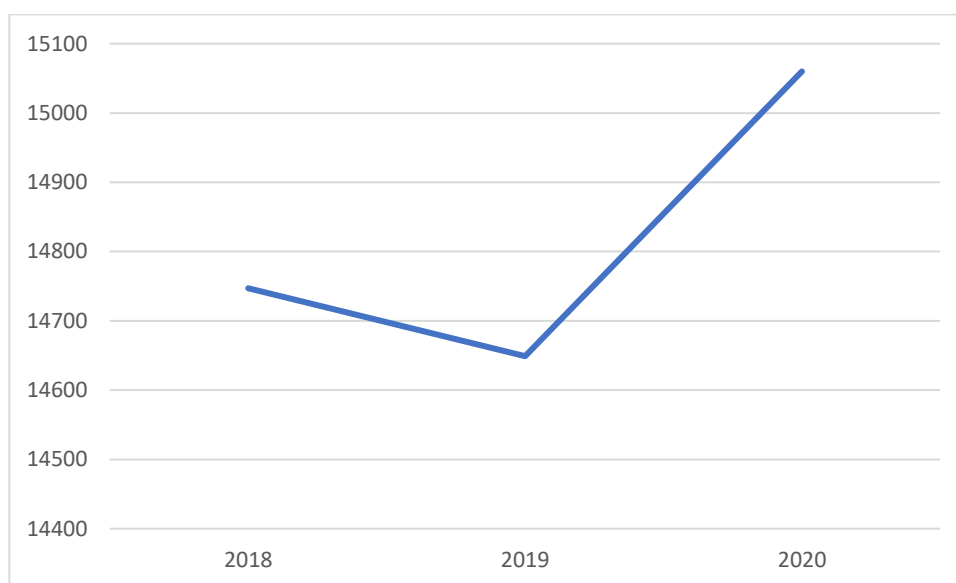


Рисунок 3.1 – Смертність населення в Конотопському районі за 2018-2020 роки

В практику стаціонару впроваджені нові технології, впроваджені 153 нових лікувально-діагностичних методів, їх економічна ефективність склала 281773,9 грн.

Однак ряд показників погіршився: збільшилася дитяча смертність з 1,8 до 6,4, перинатальна смертність з 3,9 до 9,7, кількість мертвонароджених з

1,9 до 4,8, рання неонатальна смертність з 1,9 до 4,8 на 1 тис. народжень, захворюваність на туберкульоз органів дихання з 29,1 до 29,3, в тому числі деструктивна - з 2,2 до 5,6 на 100 тис. населення, знизилася вартість пільгових рецептів для інвалідів, ветеранів війни з 26,09 до 8,66 грн, безкоштовного дитячого харчування з 18686,67 грн. до 2601,18 грн на 1 дитину, протезування зубів ветеранам війни від 30,87 грн. до 29,90 грн на 1 людину, з залученням позабюджетних коштів на 1 жителя від 147,02 грн. до 113,41 грн.

Є основні проблеми з реформування первинної ланки. Як і раніше залишаються невирішеними питання кадрового забезпечення первинного сектору, спостерігається недостатнє фінансування національних і регіональних програм, забезпечення медобслугодженням та каретами швидкої допомоги. У 2020 році в Конотопі був відкритий Центр первинної медико-санітарної допомоги.

У 2020 році були виділені основні напрямки діяльності сектору охорони здоров'я:

- підвищення якості надання спеціалізованої медичної допомоги населенню за рахунок дотримання вимог протоколів обстеження і лікування пацієнтів, затверджених Міністерством охорони здоров'я України;
- забезпечення реалізації заходів республіканських і регіональних медико-соціальних програм;
- реформування сектора охорони здоров'я, в тому числі на основі сімейної медицини, оптимізація ліжкового фонду;
- впровадження медичного страхування як невід'ємної частини системи охорони здоров'я;
- зміцнення матеріально-технічної бази міських лікарень, технічне переозброєння медичних установ сучасним обладнанням;
- впровадження електронної системи охорони здоров'я (eHealth) від Міністерства охорони здоров'я України;

- Підвищення рівня інформованості населення про здоровий спосіб життя, профілактика серцево-судинних та цереброваскулярних захворювань, раку, туберкульозу.

Мережа медичних закладів Конотопського району розташована переважно на 2 рівнях - в КЗ «Конотопська центральна районна лікарня ім. ак. Михайла Давидова» і сільських виборчих дільницях.

Вторинна ланка представлена вузькоспеціалізованими лікарями та надається районними лікарнями. Провідне ланка в цьому - КЗ «Конотопська центральна районна лікарня ім. ак. Михайла Давидова».

Всі медичні заклади заключили контракти з НСЗУ. Оплати надавачам медичної допомоги за програмою медичних гарантій представлена на рис. 3.2. Як бачимо з рисунка, на спеціалізовану допомогу у м. Конотом виділено 52, 607 млн. грн.

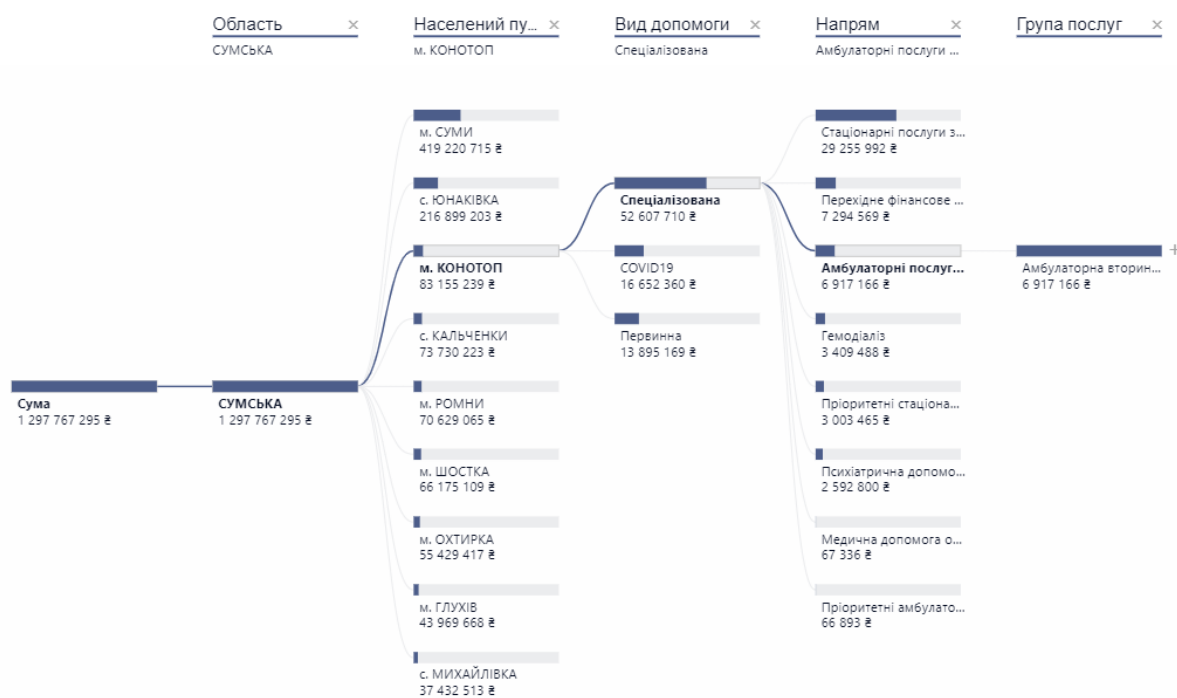


Рисунок 3.2 - Оплати надавачам медичної допомоги за програмою медичних гарантій

3.2. Характеристика закладу КНП КМР «Конотопська центральна районна лікарня ім. академіка Михайла Давидова»

Комунальне некомерційне підприємство Конотопської міської ради «Конотопська центральна районна лікарня ім. академіка Михайла Давидова» є закладом охорони здоров'я, що надає медичну допомогу будь-яким особам у порядку та на умовах, встановленими законами України, а також вживає заходів із профілактики захворювань населення та підтримки громадського здоров'я.

Підприємство створене на основі Рішення Конотопської міської ради від 29 листопада 2018 року перетворенням Конотопської центральної районної лікарні ім. академіка Михайла Давидова у некомерційне комунальне підприємство. Майно підприємства є власністю міста Конотоп.

Органом управління є Виконавчий комітет Конотопської міської ради, в особі керівника. Підприємство є підконтрольним та підзвітним громаді м. Конотоп.

Основною метою діяльності підприємства є надання первинної та вторинної медичної допомоги та забезпечення медичного обслуговування населення, шляхом надання йому медичних послуг у порядку та обсязі, встановленим законодавством, здійснення управління медичним закладом обслуговування населення, що постійно проживає на території міста Конотоп, але не обмежуючись вказаним населеним пунктом, а також вжиття заходів із профілактики захворювань населення та підтримки громадського здоров'я.

Усього кількість працівників КНП КМР «Конотопська ЦРЛ ім. ак. М. Давидова» становить 1000 осіб. В лікарні проходять інтернатуру 9 лікарів-інтернів за державним замовленням та 8 лікарів-інтернів на контрактній основі різних спеціальностей. Структура КНП КМР «Конотопська ЦРЛ ім. ак. М. Давидова» представлена на рисунку 3.3.



Рисунок 3.3 - Структура КНП КМР «Конотопська ЦРЛ ім. ак. М. Давидова»

КНП КМР «Конотопська ЦРЛ ім. ак. М. Давидова» обслуговує 95 676 чоловік населення Конотопського району. Структура міського та сільського населення, що обслуговується в лікарні, представлена на рис. 3.4.

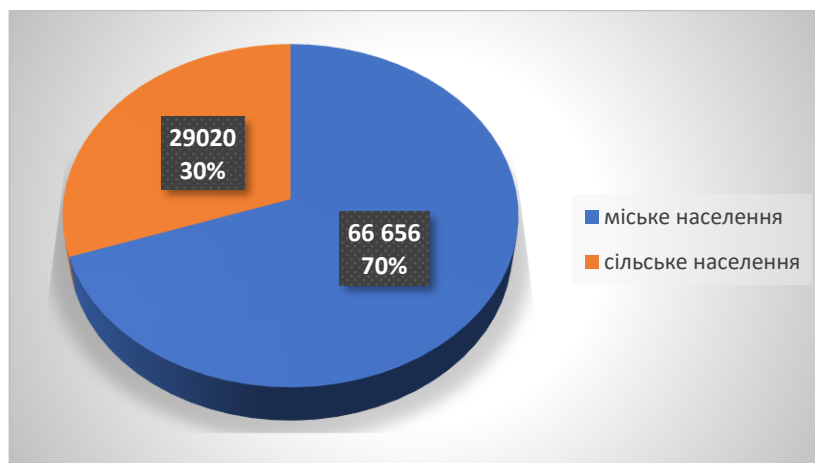


Рисунок 3.4 - Структура міського та сільського населення, що обслуговується в лікарні

Кількість населення у вікових категоріях, що обслуговуються в лікарні, наведена на рисунку 3.5.

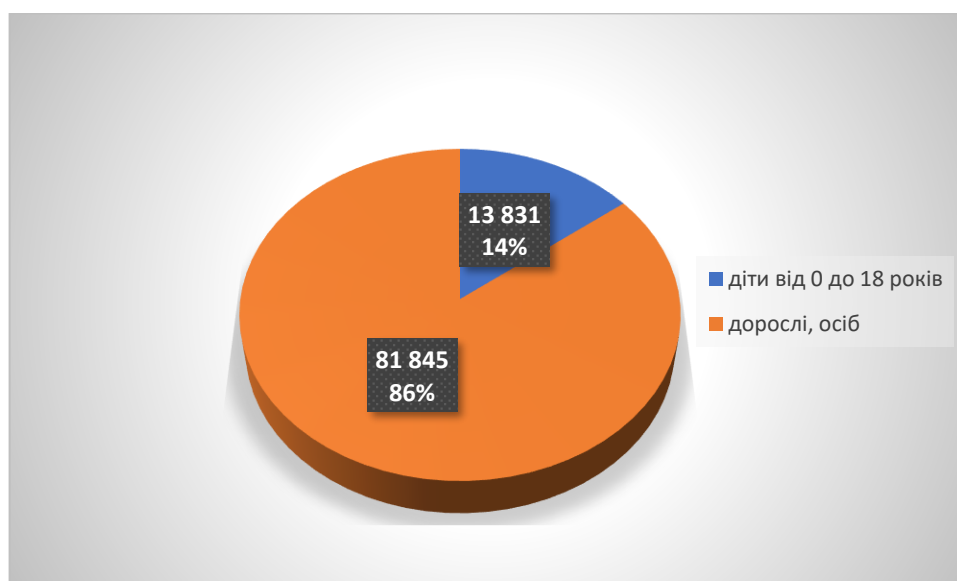


Рисунок 3.5 - Кількість населення у вікових категоріях, що обслуговуються в лікарні, (складено на основі [22])

У 2020 році лікарня уклала договір з НЗСУ на суму 151,047 млн. грн. [17]. Сума договорів у 2020 році збільшилась в порівнянні з 2019 роком у 574%. (у 2019 - 26,279 млн. грн. [18])

Вимоги до організації надання послуги, які задовольняє КНП КМР «Конотопська ЦРЛ ім. ак. М. Давидова» :

1. Забезпечення безперервності надання первинної медико-санітарної допомоги шляхом ефективного надання допомоги пацієнту протягом усього його життя з урахуванням усіх його проблем зі здоров'ям, зокрема, шляхом організації та координації діяльності інших служб охорони здоров'я в разі неможливості надання особистої допомоги або відсутність лікаря, обраного пацієнтом.

2. Наявність лабораторії для обов'язкових лабораторних досліджень в установі або за умовами договору.

3. Взаємодія з постачальниками вторинної (спеціалізованої) та третинної (вузькоспеціалізованої) медичної допомоги з метою своєчасної діагностики та лікування захворювань, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів з урахуванням стану здоров'я пацієнтки.

4. Взаємодія з дошкільними освітніми установами, освітніми установами, соціальними службами, правоохоронними органами, підприємствами, установами та організаціями, засобами масової інформації, громадськими організаціями, органами місцевого самоврядування в сфері обслуговування в інтересах збереження і зміцнення здоров'я населення.

5. Призначення керівником установи лікаря для заміни головного лікаря в разі декретної відпустки, щорічної відпустки, тривалого відрядження і т. д. для надання ефективної і своєчасної медичної допомоги пацієнтам.

Оплата надавачам медичної допомоги за програмою медичних гарантій наведена в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1 - Оплата медичної допомоги КНП КМР «Конотопська ЦРЛ ім. ак. М. Давидова» за програмою медичних гарантій

Медичний заклад	2019 рік, млн. грн	2020 рік, млн. грн	Сума за 1 квартал 2021 року
КНП КМР «Конотопська ЦРЛ ім. ак. М. Давидова»	26,279	151,047	11,267

Складено на основі [30]

Розподіл оплат за групами послуг у 2020-2021 році в КНП КМР «Конотопська ЦРЛ ім. ак. М. Давидова» наведена на рис. 3.6.

Як бачимо з рисунку, частка витрат на спеціальну медичну допомогу не змінилися в 2020-2021 роках.

Також, лікарнею укладено угоди про співпрацю з Дубов'язівською селищною об'єднаною територіальною громадою та Бочечківською сільською об'єднаною територіальною громадою про надання медичних послуг.

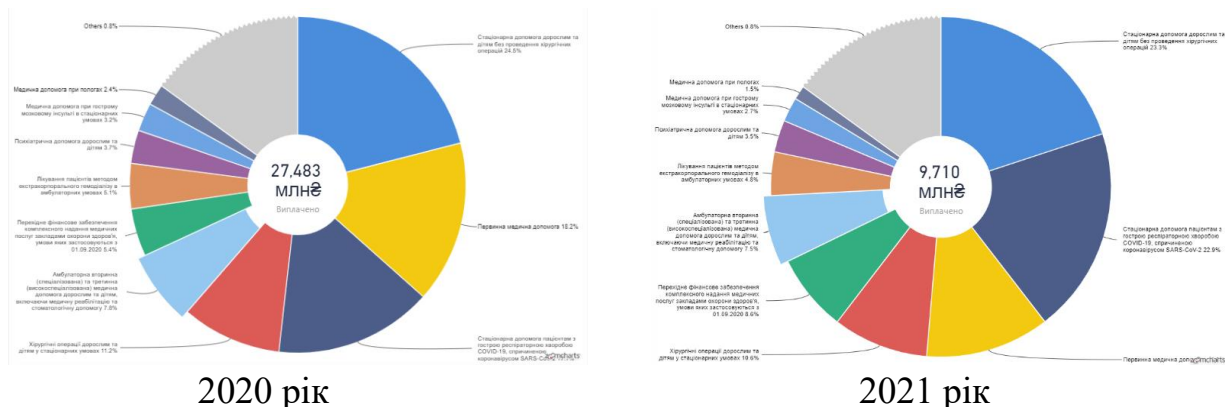


Рисунок 3.6 - Розподіл оплат за групами послуг у 2020-2021 році в КНП КМР «Конотопська ЦРЛ ім. ак. М. Давидова» (створено на основі [28])

Отже, реформування вторинної ланки для КНП КМР «Конотопська ЦРЛ ім. ак. М. Давидова» принесло додаткові доходи до лікарні. Надходження збільшилися у 5 разів. Залучені кошти були направлені на реконструкцію кабінету №15 поліклініки по обслуговуванню дорослого населення. Витрати наведені в таблиці 3.2.

Таблиця 3.2 – Витрати на реконструкцію кабінету №15 КНП КМР «Конотопська ЦРЛ ім. ак. М. Давидова»

Захід	Сума, тис. грн
-------	----------------

1. Проведення реконструкції	70
2. Покупка меблів	20,3
3. Покупка комплексу комп'ютерної техніки та багатофункціонального пристрою	27,0
Всього:	117,3

Однак, реформування викликало й недоліки в роботі лікарні. Основними проблемами діяльності лікарні після реформи є:

1. Зношеність основних фондів на 60% та нестача сучасного високовартісного обладнання. Медичний заклад, навіть, разом з Місцевою радою, не може купити високоточне обладнання. Наприклад, ІГЛ або флюорограф. Для реформування потрібна інвестиційна подушка. Тобто, якщо у лікарень немає грошей на модернізацію обладнання, вони могли б звернутися в якийсь державний фонд з інвестиційною пропозицією. КНП КМР «Конотопська ЦРЛ ім. ак. М. Давидова» уклала договір на обслуговування з сільськими радами, що принесло доходи до бюджету організації, але цих коштів все одно не вистачає для проведення повної реконструкції.

2. Не достатність розуміння реформ пацієнтами. Люди не розуміють, що тепер вони повинні піти до сімейного лікаря, а вже той направить до вузького спеціаліста у випадку потреби. Це викликає конфлікти.

3. Низькі зарплати для вузьких спеціалістів та медсестр вторинки. Через зростання мінімальної заробітної плати зараз зрівнялися заробтні плати санітарок та кваліфікованих хірургів. Так, від медсестри до лікаря першої кваліфікаційної категорії, незалежно від стажу роботи та наявної категорії зарплата складає 6017 грн. Реформування дозволить заробляти окремим лікарням, але поки ще росту зарплат лікарі не відчули.

4. НСЗУ виставляє неадекватні тарифи. Наприклад, на лікування інфаркту 16 тис. грн. На сьогодні на лікування по мінімуму, якщо хворий не підключений до апарату штучного дихання, йде близько 80 тис. грн.

5. Скорочення персоналу через оптимізацію. Наприклад, в лікарні взагалі немає гастроентеролога, наркологічне відділення скорочено до 12 ліжок і 8 медперсоналу, а онкологічне відділення практично ліквідовано. Під скорочення попав середній і молодший медперсонал у всіх відділеннях лікарні, якого і так не вистачає.

Ще однією проблемою для всієї України є не підтримання реформи владою, а також постійна зміна керівництва МОЗ. Тому, реформування рухається дуже повільно.

Для удосконалення роботи лікарні ми пропонуємо:

1. забезпечити медичний заклад сучасним комп'ютерним обладнанням для підключення до E-health всіх вузьких спеціалістів;

2. приділити особливу увагу навчанню медичного персоналу з введенням індивідуальних ліцензій для лікарів і спростити вимоги до обладнання кабінетів для полегшення переходу лікарів до приватної практики.

3. розширити перелік платних послуг, щоб лікарня в статусі некомерційного підприємства могла конкурувати з приватними лікарнями, а також перейти на приватну страхову медицину.

4. Купити томограф.

Для надання всього пакету медичних послуг КНП КМР «Конотопська ЦРЛ ім. ак. М. Давидова» потрібно розвивати технічний потенціал. Для лікування інсультів потрібний томограф. Лікувати інсульт без комп'ютерного томографа не можливо. НСЗУ не зможе купити послуги з лікування інсульту у лікарні, яка не має томографа. Етапи встановлення томографа показані на рис. 3.7.

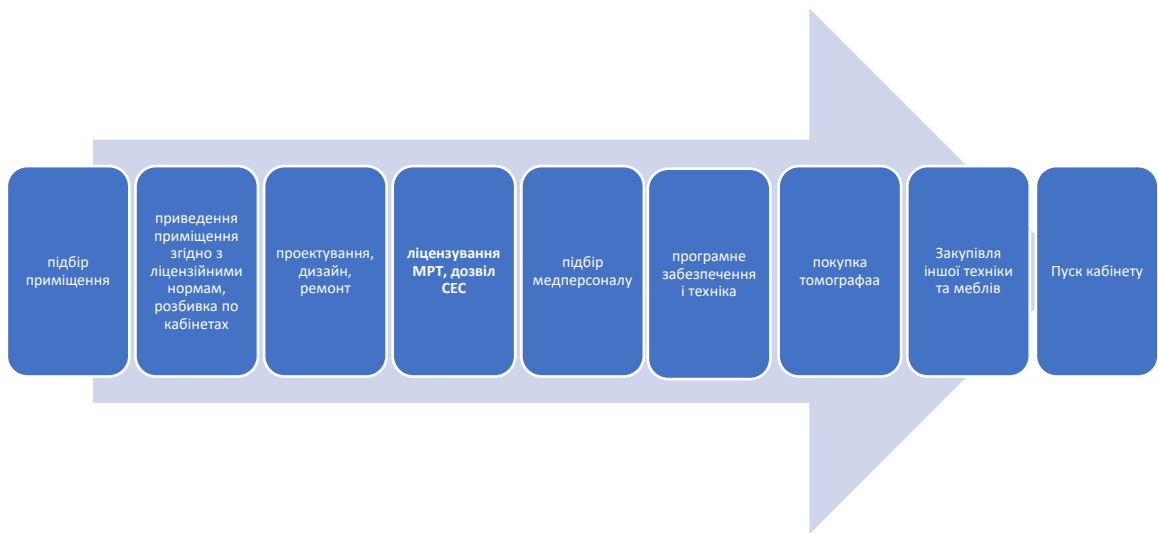


Рисунок 3.7 – Алгоритм запуску томографічного кабінету

Кабінет, де розміщується томограф, складається як мінімум з наступних приміщень:

Пультова, від 10 кв. м.

процедурна, від 24 кв. м.

Кабінет лікаря, від 18 кв. м. [7]

Кабінет повинен мати спеціальний захист від магнітних хвиль. Ремонт такого кабінету специфічний. Для отримання ліцензії необхідно подати документи до Міністерства охорони здоров'я України в Києві.

Розрахунок вартості покупки томографа наведена в таблиці 3.3.

Таблиця 3.3 – Розрахунок капітальних витрат на купівлю томографа

Витрати	Сума, тис. грн.
Ремонт кабінету	70
Покупка меблів	20,3
Закупка програмного забезпечення	7
Томограф	1520
Всього:	1617,3

Поточні витрати: зарплата лікаря – $10\,000 * 12 = 120$ тис. грн. , лаборанта $6000 * 12 = 7200$ грн.

Маркетингові витрати на розкрутку кабінету: $500 \text{ грн} * 12 = 6000$ грн.

Поточні витрати: 13200 грн.

Послуги томографа можуть надаватися на платній основі. Так, можуть надаватися 4 платних послуг на день. Вартість однієї томограми = 1000 грн. Дохід від томографа 4000 грн на день.

Дохід у місяць $4000 \cdot 20 = 80\,000$ грн.

Дохід на рік: $140\,000 \cdot 12 = 960\,000$ грн.

Строк окупності: $(1617,3 + 13,2) / 960 = 1,7$ року.

Таким чином, покупка томографа окупиться за 1,7 року. Але першочергово дуже важко лікарні знайти такі кошти, тому можливо, потрібно залучити інвесторів, місцевий бюджет або міжнародні фонди.

3.3. Альтернативні шляхи фінансування вторинної ланки

З квітня 2019 року МОЗ припинило фінансування за «червоним списком» і повністю перейшло на оплату медичних послуг за принципом «гроші йдуть за пацієнтом». Не передбачено фінансування надання первинної медико-санітарної допомоги пацієнтам, які не підписали декларацію з лікарем. Однак з точки зору професійних обов'язків лікарі зобов'язані надавати їм допомогу, що загрожує погіршенням умов їх оплати праці.

Очікується, що законодавчі зміни підвищать ефективність фінансування охорони здоров'я в Україні з бюджету, але в багатьох випадках (деякі види вторинних і третинних послуг, медичні послуги вразливим групам, розробка і впровадження інноваційних і високотехнологічних методів лікування, лікування важких або хронічних захворювань) для залучення грошових коштів в необхідному обсязі потрібне розширення і диверсифікація джерел фінансування для медичного сектора. В цьому випадку додаткові фінансові ресурси можна отримати з таких джерел:

- Введення обов'язкового медичного страхування, послуги якого будуть надавати страхові компанії, які мають ліцензію на надання відповідного виду медичного страхування [3].

Для запуску системи страхування потрібно запланувати створення страхових пулів (асоціацій) фондів з метою перерозподілу ризику витрат на лікування (ризик страхового випадку) між якомога більшою кількістю застрахованих осіб [19]. На відміну від інших державних зобов'язань, вартість лікування пацієнта важко передбачити як з точки зору ймовірності таких витрат, так і з точки зору їх величини. Чим більше внесків привертає страховик, тим стабільніше система з точки зору її здатності покривати непередбачених витрат у зв'язку з будь-якою новою подією.

Тому, обов'язкове медичне страхування - надійна гарантія покриття додаткових витрат на лікування, не передбачених державним фінансуванням, в разі, якщо вони знадобляться населенню. Ще один варіант введення обов'язкового медичного страхування - формування його фонду як особливого виду бюджетних (консолідованих) фондів на основі внесків роботодавців, працівників і держави (в залежності від того, хто застрахований). Розпорядником цих коштів може бути Національний фонд медичного страхування, який має інформацію про технічні, матеріальні і професійні можливості медичних послуг, що надаються різними медичними установами України.

Внески на медичне страхування повинні сплачувати роботодавці, які зацікавлені у здоров'ї своїх співробітників, що вимагає прийняття відповідного закону Верховною Радою України найближчим часом. При цьому, держава може платити внески на обов'язкове медичне страхування дітей, студентів і людей пенсійного віку.

- Фонди добровільного медичного страхування. Дана форма фінансування дозволяє забезпечити повну або часткову виплату грошових коштів на надання медичних і профілактичних послуг застрахованим особам при порушеннях здоров'я відповідно до умов договору зі страховою компанією.

На жаль, цей вид страхування недоступний для малозабезпечених верств населення, не кажучи вже про бідних. Як правило, співробітники

індивідуальних, часто іноземних компаній отримують поліси добровільного медичного страхування разом з роботою в рамках бонусної системи. В цьому випадку застраховані всі співробітники організації або підприємства. Цей елемент «зобов'язання» в добровільному медичному страхуванні дозволяє страховим компаніям поповнювати страхові пули грошовими коштами, на випадок страхового випадку з прогнозованою (виходячи з таких даних: вік, спадкові захворювання, спосіб життя і т.д.). У той же час, якщо споживачами послуг в сфері добровільного медичного страхування є тільки люди, які звертаються до страхових компаній, існує ймовірність ризику «негативного відбору» в страхові пули - оскільки при асиметричній інформації (коли клієнт страхової компанії знає про своє здоров'я і наміри користуватися медичними послугами в період страхування незрівнянно більше, ніж його страхова компанія) страхові поліси, як правило, купують люди, для яких прогнозовані страхові виплати будуть перевищувати вартість придбання страхового поліса.

Саме для запобігання збиткам від переважання такої моделі поведінки страхові компанії зараз встановлюють суттєві обмеження на розмір страхових виплат. З одного боку, це дозволяє їм підтримувати певний рівень прибутковості від надання послуг добровільного медичного страхування, з іншого - знижує привабливість таких програм для споживачів і, відповідно, обмежує потенціал розвитку страхового ринку в цій сфері.

Кошти населення частіше залучаються в тих випадках, коли окремі види медичних послуг надаються на умовах співоплати – тобто, частково фінансуються з бюджетних коштів, решта оплачують самим пацієнтом. Система співоплати має вирішальне значення в тих випадках, коли пацієнт звертається за медичною допомогою з власної ініціативи, і її ненадання не ставить під загрозу його здоров'я. Крім того, його доцільно використовувати, коли гарантовані державою медичні послуги (наприклад, аналізи, діагностичні процедури) пацієнт прагне отримати в більш комфортних умовах, ніж стандартні, або позачергово.

-- Державно-приватне партнерство. Медичні установи можуть знизити витрати на утримання нерухомості при підвищенні якості обслуговування за рахунок найму допоміжного персоналу (прибиральниць, електриків, персонал їдальні і т.д.). А також за рахунок економії коштів на оптовій закупівлі витратних матеріалів, продуктів харчування, будівельних матеріалів. В цьому випадку всі непрофільні функції лікувально-профілактичного закладу передаються на аутсорсинг. Це управління може бути реалізовано двома способами. Перший метод - повний аутсорсинг всіх непрофільних функцій спеціалізованій компанії, що управляє (шляхом укладення договору управління нерухомістю).

- Другий - аутсорсинг окремих функцій шляхом укладення декількох договорів. Ключовим моментом в цьому випадку є те, що медичний персонал (лікарі, акушерки, фельдшери та ін.) і адміністрація (головний лікар, заступник головного лікаря, завідувачі відділеннями та ін.) мають можливість повністю зосередитися на своїй основній професійній діяльності - організація надання та безпосереднього надання медичної допомоги. Особливість українських медичних установ полягає в тому, що значна частина бюджету витрачається на непрофільні функції медичних установ - капітальний ремонт медичного закладу або закупівлю і обслуговування дорогого медичного обладнання і т.д. Тому, така форма управління може стати ефективним способом економії бюджетних коштів за рахунок зниження витрат на утримання нерухомості в сфері охорони здоров'я при підвищенні якості медичних послуг, економії на закупівлях.

- Доцільно використовувати кошти накопичувальних фондів територіальних громад і благодійних фондів, благодійні внески та пожертви юридичних і фізичних осіб, кошти, отримані за надання платних медичних послуг, а також інші джерела, не заборонені законом [14].

3.4. Утворення госпітальних округів як наступний шлях реформ

Наступним кроком реформи сфери надання медичних послуг є створення госпітальних округів.

«Госпітальний округ – це інструмент співробітництва громад, щоб ухвалювати рішення стосовно закладів вторинної медичної допомоги серед міст обласного значення, районів та ОТГ. Тобто це інструмент співпраці. Тому що планувати мережу з позицій однієї лікарні, коли в Україні вони розділені між дрібними адмін одиницями, не можна» [15].

Госпітальні округи створюються для того, щоб оптимізувати вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, забезпечити своєчасний доступ населення до медичних послуг вторинної ланки належної якості, оптимізувати ресурси медичних установ, підвищити ефективність бюджетних коштів, спрямованих на забезпечення фінансування вторинної медичної допомоги і сприяння створенню умов для підготовки медичних установ, що надають вторинну допомогу до роботи в умовах управлінської та фінансової автономії. Госпітальні округи створюються задля надання своєчасної та якісної медичної допомоги з ефективним використанням бюджетних коштів.

Відповідно до Порядку створення лікарняних округів госпітальний округ складається з лікарні інтенсивної терапії першого рівня, медичного закладу, що надає вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу та невідкладну (екстрену) медичну допомогу пацієнтам і постраждалим від безпечних для життя патологічних станів і постраждалим від аварійних ситуацій [36]. Лікарня інтенсивної терапії другого рівня - це медичний заклад, який надає вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу в цілодобовому стаціонарі, денному стаціонарі або амбулаторії дорослим і дітям в гострому стані або з хронічними захворюваннями, які вимагають інтенсивного лікування та медична допомога з обов'язковою наявністю відділень невідкладної допомоги. Перелік медичних втручань і заходів з надання вторинної медичної допомоги в лікарнях інтенсивної терапії першого і другого рівнів затверджується Міністерством охорони здоров'я.

Крім того, майже кожен лікарняний округ включає в себе: лікувально-діагностичний центр, планові і реабілітаційні лікарні, станцію швидкої допомоги, тимчасові бази швидкої допомоги і спеціалізовані бригади швидкої допомоги, хоспіс (заклад для надання паліативної допомоги та психологічної підтримки невиліковно хворих). Проведення діагностичних досліджень для потреб первинної та вторинної ланки надають амбулаторні відділення лікарень планового лікування або консультативно-діагностичні поліклініки. У гострих випадках спеціалізована амбулаторна допомога буде надана фахівцями лікарні з інтенсивної терапії.

Планові показники для госпітального округу наступні: 200 тис. населення на лікарню другого рівня та 120 тис. на лікарню першого рівня.

Госпітальні округи утворюються як функціональне об'єднання медичних установ, розташованих на відповідній території для забезпечення належної якості та доступності безоплатної вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги та ефективного використання ресурсів охорони здоров'я.

Відповідно новим правилам, найпотужнішою ланкою в госпітальному окрузі будуть багатoproфільні відділення другого рівня. В результаті медичної реформи все лікарні залишаться в експлуатації, але їх профіль зміниться.

Управління закладами охорони здоров'я на території госпітального округу здійснює орган управління охороною здоров'я облдержадміністрації області в межах своїх повноважень. В сучасних умовах можливе об'єднання медичних установ декількох сільських районів або міст і районів незалежно від кількості населення, транспортної ситуації, наявності матеріально-технічних і кадрових ресурсів лікарень і особливостей надання медичних послуг.

На регіональному рівні встановлені процедури направлення пацієнтів на планові, консультативні, діагностичні та стаціонарні обстеження вторинного рівня. З цією метою на регіональному рівні створюється єдиний інформаційний медичний простір для реєстрації пацієнтів із визначенням

дати та часу візиту. При направленні пацієнта, який потребує екстреної інтенсивної терапії, обласна лікарня інформується про направлення та можливий час прибуття пацієнта через електронну систему оповіщення з метою підготовки до реанімації. Новим ефективним механізмом взаємодії обласної лікарні із закладами охорони здоров'я госпітального округу потрібно організувати навчальний центр для постійного післядипломного підвищення кваліфікації медичних працівників на базі обласної лікарні. Це дозволить ефективно підвищити професійні навички всього медичного персоналу обласної лікарні та других медичних установ району [42].

Також лікарні можуть організувати професійне і наукове співробітництво з вищими медичними навчальними закладами і визначити умови їх співпраці на рівні законодавства. Сьогодні кожна обласна і районна лікарня повинна розробити відповідний план реалізації принципів і практичних кроків по забезпеченню безпеки пацієнтів в медичному закладі і забезпечити його поступову реалізацію, це один з критерієм акредитації лікарні.

Згідно з умовами реформи, в кожному госпітальному окрузі повинна бути як мінімум одна багатопрофільна спеціалізована лікарня інтенсивної терапії, в яку можна дістатися за годину з будь-якої точки району [20].

Передбачається, що в кожному госпітальному окрузі буде госпітальна рада, до якої увійдуть представники міст обласного значення, районів, ОТГ, делеговані місцевими радами. Кількість представників кожної територіальної одиниці розраховується за формулою, розробленої Міністерством охорони здоров'я, і залежить від кількості адміністративно-територіальних одиниць, що входять в госпітальний округ, кількості жителів в окрузі і в кожній окремо взятій адміністративно-територіальній одиниці.

Госпітальні ради будуть визначати установи, які необхідно поступово реструктурувати - наприклад, в філії перспективних установ, в інші типи медичних установ, в установи надання соціальних послуг [хоспіси, центри

для літніх людей або людей з обмеженими можливостями і т. д.] або в інші організації за рішенням населення громади [23].

Наведемо основні принципи госпітальних рад:

- колегіальність та відкритість у прийнятті рішень;
- прозорість діяльності;
- рівність її членів [38].

Структура госпітальних округів наведена на рисунку 3.8.

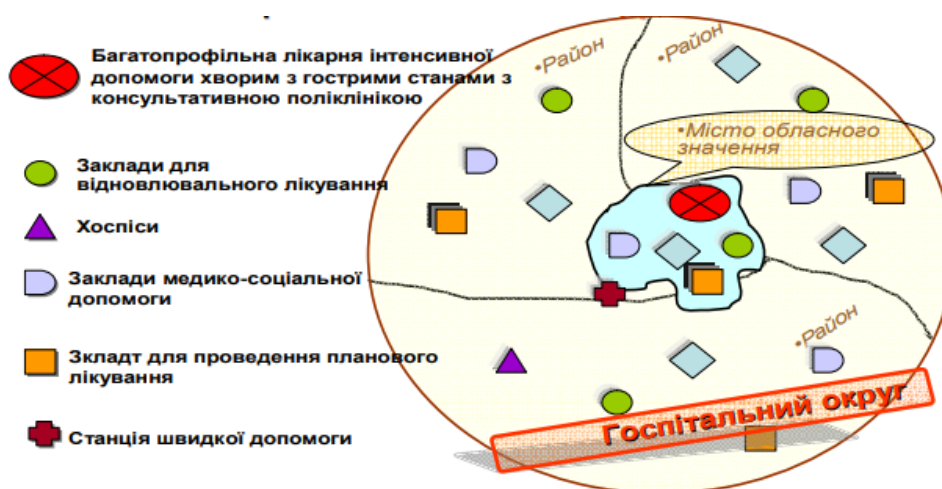


Рисунок 3.8. - Схема створення госпітальних округів

У 2017 році Сумською обласною радою сформовано 6 госпітальних округів, в тому числі Конотопський госпітальний округ. В нього входять установи, розташовані на території: м. Конотоп, Конотопського і Буринського районів [44]. Населення, що обслуговується Конотопським госпітальним округом становить 183,8 тис. осіб. Відстань до центру госпітального округу від найбільш віддаленого населеного пункту становить від 45 до 97 км. У Конотопській ЦРЛ розгорнуто 9 міжрайонних відділень: кардіології, гастроентерології, травматології, урології, онкології, наркології, офтальмології, дерматовенерології і туберкульозу. Додатково є проктологічні ліжка і дитячі - хірургічні, отоларингологічні. Забезпеченість ліжок в Конотопському госпітальному окрузі приведена в таблиці 3.2.

Таблиця 3.2. - Забезпеченість ліжковим фондом та лікарями населення
 Конотопського госпітального округу.

Адміністративні території	Кількість ліжок, од	Забезпеченість лікарями на 10 тис. населення, %
Конотопський район	656	54,5
Буринський район	135	53,9
Кролевецький район	168	43,8
Конотопський госпітальний округ	959	52,2

Структура Конотопського госпітального округу приведена на рис. 3.9.



Рисунок 3.2. – Структура Конотопського госпітального округу

Висновки

Зараз медична сфера знаходиться в процесі оптимізації. У 2018 році почалася реформа системи охорони здоров'я для забезпечення прав на безкоштовну медицину. Головна мета медичної реформи – «надати громадянам України рівний доступ до якісних медичних послуг, в результаті змін, орієнтувати систему таким чином, щоб в її центрі був пацієнт».

Національною стратегією розроблена нова система надання медичних послуг. Тепер для отримання допомоги пацієнт повинен звернутися до сімейного лікаря, а вже він може вирішити чи потрібна спеціалізована допомога. Спеціалізована допомога надається безкоштовно тільки при видачі направлення від сімейного лікаря. Якщо такого направлення немає, пацієнт оплачує послугу. Без направлення можуть надаватися тільки гінекологічні послуги, онкологічні послуги тощо.

Закон України «Про державні фінансові гарантії медичної допомоги»¹ передбачає перехід до самофінансування надання медичної допомоги на всіх рівнях медичної допомоги шляхом оплати послуг Національною службою охорони здоров'я України до 2020 року за укладеними угодами про медичну допомогу.

Таким чином, реалізація державних гарантій надання медичної допомоги за програмою медичних гарантій здійснюється за всіма видами медичної допомоги через єдиного замовника - Національну службу охорони здоров'я України (НСЗУ).

У сфері фінансування втоинної ланки системи медицини Україна перейшла до оплати послуг не за окреме звернення, а сплата за гарантований пакет послуг, що буде надаватися пацієнтові при конкретній хворобі. До гарантованого пакету буде входити не тільки лікування, а також безкоштовне обстеження. В свою чергу, пацієнт зможе звернутися до будь-якої медичної

установи, тому установи будуть конкурувати за пацієнтів. А це підвищить якість медичних послуг.

На прикладі КНП КМР «Конотопська ЦРЛ ім. ак. М. Давидова» проаналізована діяльність лікарні після реформи. Виявлено, що у 2020 році лікарня уклала договір з НЗСУ на суму 151,047 млн. грн.ⁱⁱ. Сума договорів у 2020 році збільшилась в порівнянні з 2019 роком у 574%. Отже, реформування вторинної ланки для КНП КМР «Конотопська ЦРЛ ім. ак. М. Давидова» принесло додаткові доходи до лікарні.

Однак, реформування викликало й недоліки в роботі лікарні. Основними проблемами діяльності лікарні після реформи є:

Зношеність основних фондів на 60% та нестача сучасного високовартісного обладнання.

Не достатність розуміння реформ пацієнтами.

Низькі зарплати для вузьких спеціалістів та медсестер вторинки.

НСЗУ виставляє неадекватні тарифи.

Скорочення персоналу через оптимізацію.

Не підтримання реформи владою.

Для удосконалення роботи лікарні ми пропонуємо:

5. - забезпечити медичний заклад сучасним комп'ютерним обладнанням для підключення до E-health всіх вузьких спеціалістів;

6. приділити особливу увагу навчанню медичного персоналу з введенням індивідуальних ліцензій для лікарів і спростити вимоги до обладнання кабінетів для полегшення переходу лікарів до приватної практики.

7. розширити перелік платних послуг, щоб лікарня в статусі некомерційного підприємства могла конкурувати з приватними лікарнями, а також перейти на приватну страхову медицину.

8. Купити томограф. Строк окупності введення іновацій 1,7 років.

Наступним кроком реформи сфери надання медичних послуг є створення госпітальних округів. Госпітальні округи створюються для того,

щоб оптимізувати вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, забезпечити своєчасний доступ населення до медичних послуг вторинної ланки належної якості, оптимізувати ресурси медичних установ, підвищити ефективність бюджетних коштів, спрямованих на забезпечення фінансування вторинної медичної допомоги і сприяння створенню умов для підготовки медичних установ, що надають вторинну допомогу до роботи в умовах управлінської та фінансової автономії.

Список використаної літератури

1. Баландюх О. НСЗУ оприлюднила попередні тарифи на медичні послуги у 2020 році. URL: https://zaxid.net/nszu_oprilyudnila_popередni_tarifi_na_medichni_poslugi_u_2020_rotsi_n1496806 (дата звернення: 01.02.2021).
2. Беззуб І. Другий етап медичної реформи в Україні: (не) на часі. *Громадська думка про правотворення*. 2020. № 7 (192). С. 3–12. URL: Режим доступу: <http://nbuviar.gov.ua/images/dumka/2020/7.pdf> (дата звернення: 01.02.2021).
3. Бойко С.Г. Диверсифікація джерел фінансування охорони здоров'я . URL: <https://niss.gov.ua/doslidzhennya/socialna-politika/diversifikaciya-dzherel-finansuvannya-okhoroni-zdorovya> (дата звернення: 01.02.2021).
4. Бюджетний простір для системи охорони здоров'я в Україні : Програмний документ для підтримки діалогу щодо підготовки бюджету на 2021. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/463872/UKR-Budgetary-space-for-health-ukr.pdf (дата звернення: 01.02.2021).
5. Вимоги до Програми медичних гарантій 2020. URL: <https://nszu.gov.ua/likar-2020> (дата звернення: 01.02.2021).
6. Вимоги до Програми медичних гарантій 2021. URL: <https://nszu.gov.ua/vimogi-pmg-2021> (дата звернення: 01.02.2021).
7. Відкриття МРТ кабінету, відкриття КТ, ліцензія на МРТ, КТ. *Медфарм експрес*. URL: <https://www.trn.ua/articles/13118/> (дата звернення: 01.02.2021).
8. Вовк С. М. Особливості трансформації механізмів управління якістю надання медичних послуг. *Публічне управління та митне адміністрування*. 2020. № 3 (26). С. 33 – 37

9. Всемирная организация здравоохранения (2000) Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2000г. Системы здравоохранения: улучшение деятельности. World Health Report, World Health Organisation, Geneva, 258 p.
10. Говда О. Актуальні питання імплементації положень медичної реформи у практику діяльності поліклінічного закладу. URL: <http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/38806/1/103.pdf> (дата звернення: 01.02.2021).
11. Госпітальні округи: шокова терапія чи чарівна пігулка? URL: <https://naglyad.org/uk/2017/04/10/gospitalni-okrugi-shokova-terapiya-chi-charivna-pigulka/> (дата звернення: 01.02.2021).
12. Госпітальні округи в Україні. Що вже зроблено? URL: <https://glavcom.ua/country/health/gospitalni-okrugi-v-ukrajini-shcho-vzhe-zrobлено--486103.html> дата звернення: 01.02.2021).
13. Демографічний щорічник «Населення України» 2019 рік. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/> (дата звернення: 01.02.2021).
14. Дихтяр А.А. (2020) Механізм диверсифікації фінансування закладів охорони здоров'я. *Сучасний стан та перспективи розвитку фінансової системи України*: збірник наукових праць ІХ Всеукраїнської науково-практичної Інтернет – конференції. Вінниця: Редакційно-видавничий відділ ВТЕІ КНТЕУ, 360с.
15. Деякі питання проведення пілотного проекту з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області: Постанова Кабінету Міністрів України 2019 р. URL: https://moz.gov.ua/uploads/1/9165-pro_20181218_1.pdf (дата звернення: 01.02.2021).

16. Деякі питання створення госпітальних округів: проєкт Постанови Кабінету Міністрів України. URL: https://moz.gov.ua/uploads/3/15023-pro_20191121_1.pdf (дата звернення: 01.02.2021).
17. Договір № 0000-5PK5-M000 «Про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій». URL: <https://nszu.gov.ua/storage/files/0000-5pk5-m000.pdf> (дата звернення: 01.02.2021).
18. Договір № 0000-ТТ4М-M000 «Про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій». URL: https://nszu.gov.ua/storage/files/2019_1548706762.pdf (дата звернення: 01.02.2021).
19. Драпала Л. Диверсифікація джерел фінансування охорони здоров'я. URL: <http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/39444/1/90-93%20%D0%94%D1%80%D0%B0%D0%BF%D0%B0%D0%BB%D0%B0.pdf> (дата звернення: 01.02.2021).
20. Зеленьак О. Госпітальні округи в Україні. Що вже зроблено? URL: <https://glavcom.ua/country/health/gospitalni-okrugi-v-ukrajini-shcho-vzhe-zrobлено--486103.html> (дата звернення: 01.02.2021).
21. Калачова І. (2011) Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2009 році. Державний комітет статистики України, 130 с.
22. Конотопська міська Рада: веб-сайт. URL: <https://konotop-rada.gov.ua/2563-c/> (дата звернення: 01.02.2021).
23. Конотопчик Ю. До Конотопського госпітального округу закріплять Буринський та Кролевецький райони. URL: <https://www.05447.com.ua/news/1499354/do-konotopskogo-gospitalnogo-okrugu-zakriplat-burinskij-ta-kroleveckij-rajoni-zmi> (дата звернення: 01.02.2021).
24. [Корнійчук О.П.](#) Трансформація системи охорони здоров'я України: стан та перспективи. *Український медичний часопис*. 2013. № 4 (96) С. 90-97

25. Лехан В.М., Слабкий Г.О., Шевченко М.В. (2010). Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: *Український вимір. Україна. Здоров'я нації. Державне управління*, 1(13): 5–23.
26. МОЗ України: Що було, є і буде. URL: https://moz.gov.ua/uploads/2/13773-transition_book_healthcare.pdf (дата звернення: 01.02.2021).
27. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років. URL: <https://moz.gov.ua/strategija> (дата звернення: 01.02.2021).
28. Національна служба здоров'я України. URL: <https://nszu.gov.ua/e-data/dashboard/pmg-pay> (дата звернення: 01.02.2021).
29. Осипова І.І. (2011) Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня допустимості окремих видів медичної допомоги у 2010 році. Державний комітет статистики України, 166 с.
30. Оплати надавачам медичної допомоги за програмою медичних гарантій URL: <https://nszu.gov.ua/e-data/dashboard/pmg-pay> (дата звернення: 01.02.2021).
31. Пакети медичних послуг: зміст та підхід до контрактування закладів охорони здоров'я. URL: https://nszu.gov.ua/storage/editor/files/paketi-medichnikh-poslug-07022020_1581100466.pdf (дата звернення: 01.02.2021).
32. Перегінець Б. Концепція реформи системи охорони здоров'я та її основні напрями. *Жіночий лікар* URL: <https://z-l.com.ua//index.php/concept/?setlang=ua&page=concept&ppage=> (дата звернення: 01.02.2021).
33. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII (поточна редакція від 01.01.2021) URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> (дата звернення: 01.02.2021).
34. Про утворення Національної служби здоров'я України: Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1101. URL:

<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text> (дата звернення: 01.02.2021).

35. Програма медичних гарантій–2020: чи стануть лікарні заробляти більше? *Аптека*. 2020 URL: <https://www.apteka.ua/article/532708> (дата звернення: 01.02.2021).

36. Про затвердження Порядку створення госпітальних округів: Постанова Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 932. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/932-2016-%D0%BF#Text> (дата звернення: 01.02.2021).

37. Про затвердження переліку та складу госпітальних округів Сумської області: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 16 січня 2019 р. № 17-р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-zatverdzhennya-pereliku-ta-skladu-gospitalnih-okrugiv-sumskoyi-oblasti> (дата звернення: 01.02.2021).

38. Про розробку проекту обласного плану-схеми мережі госпітальних округів. URL: <http://kr-admin.gov.ua/Comitet/Ua/region/2.pdf> (дата звернення: 01.02.2021).

39. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII (поточна редакція від 01.01.2021). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> (дата звернення: 01.02.2021).

40. Програма державних гарантій: як працювати до 2021-го. *Управління закладом охорони здоров'я*. №3. 2020. URL: <https://egolovlikar.mcfr.ua/801007> (дата звернення: 01.02.2021).

41. Расулова О. З 1 квітня починається медреформа вторинної ланки. Що це таке? URL: <https://hromadske.ua/posts/z-1-kvitnya-pochinayetsya-medreforma-vtorinnoyi-lanki-sho-ce-take> (дата звернення: 01.02.2021).

42. Слабкий Г.О. Організація діяльності обласної лікарні в умовах реформування системи медичної допомоги населенню. URL: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/10684/1/>

Організація%20діяльності%20обласної%20лікарні%20в%20умовах%20реформування% 20системи%20медичної%20допомоги%20населенню.pdf (дата звернення: 01.02.2021).

43. Стовбан М. П. Доопрацювання нормативно-правових актів в частині діяльності госпітальними округами. Медичний форум: Науковий журнал. №21 (21). 2020. С. 32-33

44. Сформовано Конотопський госпітальний округ. URL: <http://knt.sm.gov.ua/index.php/ru/prioriteti/ohorona-zdorovija/10749-uryad-zatverdiv-perelik-ta-sklad-gospitalnikh-okrugiv-sumskoj-oblasti> (дата звернення: 01.02.2021).

45. Умови закупівлі медичних послуг за напрямом «Амбулаторна вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медична допомога дорослим та дітям, включаючи медичну реабілітацію та стоматологічну допомогу. URL: <https://nszu.gov.ua/storage/editor/files/3-ambulatorna-vtorinna-spetsializovana-ta-tretinna-visokospetsializovana-medichna-dopomoga-umovi-zakupivli-medichnikh-poslug-za-napryamom.docx> (дата звернення: 01.02.2021).

46. Юркевич О. Фінансово-ресурсне забезпечення галузі охорони здоров'я. URL: <http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/40057/1/309.pdf> (дата звернення: 01.02.2021).

i

ii