

УДК 351

DOI <https://doi.org/10.32782/pdu.2023.2.66>**М. П. Стовбан**

кандидат медичних наук, доцент кафедри фізіотрії і
пульмонології з курсом професійних хвороб,
заступник генерального директора
Комунального некомерційного підприємства
«Івано-Франківська обласна клінічна інфекційна
лікарня Івано-Франківської Обласної Ради»

ВПЛИВ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОЇ СИТУАЦІЇ НА МЕХАНІЗМ ВЗАЄМОДІЇ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

У статті розглядається реформування системи охорони здоров'я, акцентуючи увагу на створенні госпітальних округів, їхній структурі та територіальних межах. На прикладі Покровського госпітального округу проаналізовано мережу медичних установ. Роз'яснено терміни, що стосуються медичних закладів відповідно до чинного законодавства України, а також особливості автономії цих закладів у сучасних умовах. Окреслено проблему поширення соціально небезпечних хвороб у контексті глобалізації та надано визначення епідемії. Виділено основні принципи санітарно-протиепідемічного забезпечення та заходи для попередження і ліквідації медико-санітарних наслідків епідемій. Розглянуто дії головного лікаря під час епідемії, а також механізми співпраці між органами місцевого самоврядування та центрами первинної медико-санітарної допомоги в умовах погіршення епідеміологічної ситуації. Визначено взаємовідносини між головним лікарем та персоналом лікарні під час епідемії. Виявлено основні проблеми української системи охорони здоров'я під час пандемії та запропоновано заходи для подолання наслідків надзвичайних ситуацій у межах компетенції МОЗ України.

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

Постановка проблеми. Сьогодні в Україні функціонує досить розгалужена та неефективна система охорони здоров'я. Медичні установи (лікарні, лабораторні центри МОЗ, центри здоров'я, центри медичної статистики, відділи моніторингу та оцінки) працюють несинхронізовано, дублюючи свої функції, потребуючи додаткових ресурсів (фінансових, матеріальних) та реформування системи управління. Необхідність реформування системи охорони здоров'я є особливо актуальною в умовах глобальної боротьби з масовими епідеміями. Саме тому питання дослідження взаємовідносин та оптимізації закладів охорони здоров'я набуває особливої гостроти через низьку ефективність їх функціонування, зокрема в межах одного госпітального округу.

Останні дослідження та публікації. Необхідність дослідження умов функціо-

нування 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 реформування 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 статuti лікарень. Але на законодавчому рівні на жаль немає чітких механізмів їх взаємодії, особливо в період загострення епідеміологічної ситуації, саме тому це питання заслуговує на особливу увагу.

Метою роботи є аналіз функціонування медичних закладів одного госпітального округу в умовах загострення епідеміологічної 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». Цей проект, що враховує найкращий досвід реформування медичних систем розвинених країн, був підтриманий ВООЗ, Генеральним директоратом Європейської Комісії «Охорона здоров'я та споживча політика» та іншими міжнародними організаціями, які займаються питаннями ефективності систем охорони здоров'я у світі. Відповідно до концепції, реформа медичної сфери включає такі напрями:

1. Оптимізація медичної інфраструктури через закриття або перепрофілювання закладів із низькою завантаженою та слабкою технічною базою, а також створення великих лікарень інтенсивного лікування.

2. Перерозподіл ресурсів за допомогою впровадження нового механізму фінансування медичних послуг:

– Введення системи співоплати, де держава гарантує надання певного обсягу безоплатних медичних послуг, а додаткові послуги громадяни оплачують приватно.

– Поступовий перехід до оплати медичним закладам за фактично надані медичні послуги 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-терито-

ріальної одиниці можна створити більше ніж один госпітальний округ, а медичні заклади 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 проаналізовано на прикладі Покровського госпітального округу. [6].

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 умови 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 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 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 України щодо удосконалення законодавства з питань охорони здоров'я» передбачено реорганізацію державних та комунальних медичних закладів 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 дер-

Таблиця 1

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.

жавою пакету медичних послуг. Цей пакет будуть закупувати 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 у 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 у глобалізованому світі не є проблемою окремої країни, адже такі хвороби виникають через взаємодію людського організму з біологічними чинниками (вірусами, бактеріями), поширюються через ризиковану поведінку та інтенсивно розповсюджуються у соціальному середовищі. Для стабілізації чи припинення їхнього поширення необхідна спільна дія державних інституцій, насамперед органів державного управління охороною здоров'я та суміжних галузей, а також громадських організацій. [14].

Епідемія – це масове захворювання людей на інфекційні хвороби у межах певного регіону, 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:

1. контроль за санітарно-епідеміологічною обстановкою у зоні НС і навколо неї;

2. експертиза харчової сировини, продуктів харчування, питної води на забрудненість радіоактивними речовинами, отруту і хімічно небезпечні речовини, патогенні мікроорганізми;

3. проведення спеціальної підготовки співробітників санітарно– епідеміологічних установ і формувань для роботи при НС;

4. підтримання у готовності територіальних центрів санепіднагляду, формувань та установ санепідслужби;

5. здійснення накопичення, зберігання, поповнення, облік і контроль медичного майна, що є необхідним для роботи формувань і установ санітарно-епідеміологічної служби при НС;

6. контроль за дотриманням санітарних правил, гігієнічних нормативів при виникненні НС;

7. організовує 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: необхідний 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 зав-

Таблиця 2

Механізм взаємодії органів місцевого самоврядування та ЦПМСД

Дії органів місцевого самоврядування	
1.	Рішенням органу місцевого самоврядування (ОМС) затвердити план дій в умовах епідемії COVID-19.
2.	Створити оперативний штаб для вирішення питань подолання наслідків епідемії.
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.
4.	Забезпечити постійну комунікацію між медичними закладами.
5.	Забезпечити готовність медичних закладів, які працюватимуть з особами, інфікованими COVID-19 (наявність апаратів ШВЛ та ізольованих приміщень), забезпечити виконання санітарних вимог для недопущення інфікування вірусом медичного персоналу та інших пацієнтів.
6.	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.
7.	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.
8.	Всі інші медичні заклади 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).
9.	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.
10.	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 медичних закладів регіону та можливості перепрофілювання відділень для забезпечення безперервності надання інших видів медичної допомоги населенню.
10.	Вирішити питання резерву медпрацівників, наприклад, залучення до роботи медсестер шкіл, дитсадків та ін. у разі спалаху COVID-19.
Дії ЦПМСД	
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)
2.	Вести статистику та постійно взаємодіяти з ОМС

дасть Україні значних 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 [16].

Механізм взаємодії органів місцевого самоврядування та центру первинної медико-санітарної допомоги в умовах заострення епідеміологічної ситуації представлено у таблиці 2 [16].

В нашій країні останнім часом відбувалося скорочення кількості лікарень, лікарняних ліжок, амбулаторних організацій, що свідчить про перехід охорони здоров'я на інтенсивний шлях розвитку. Водночас розширення приватного сектора в охороні здоров'я та ускладнення його інфраструктури привели в цілому до істотного зростання організацій на первинному рівні (амбулаторно-поліклінічному). Негативна динаміка пов'язана з погіршенням доступності до лікування на медичному ліжку та соціального добробуту населення, збільшенням вартості як медичних препаратів, так і самого циклу лікування [16]. Саме тому необхідно звернути увагу на оптимальне завантаження наявних потужностей амбулаторно-поліклінічних закладів та лікарень.

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. 1.

Найкращий спосіб мотивувати співробітників до більш ефективної та відповідальної роботи в кризовій ситуації – це особистий приклад головного лікаря. Механізм взаємовідносин головного лікаря та персонала лікарні при виникненні епідемії:

1. Вирішити питання організованого перевезення працівників на робочі місця (службові автомобілі, співпраця із мережею таксі, залучення перевізників);

2. Забезпечити вхідний санітарний контроль: візуальний огляд (загальний стан, ознаки лихоманки, наявність ознак гострого респіраторного захворювання, таких як кашель, чхання, нежить); за необхідності, проведення температурного скринінгу (вимірювання температури тіла безконтактним термометром);

3. Проводити роз'яснювальну роботу з працівниками щодо індивідуальних заходів профілактики та реагування при виявленні симптомів серед працівників;

4. Забезпечити працівників засобами індивідуального захисту, провести навчання з використання та знешкодження відпрацьованих масок, серветок та встановити контроль за дотриманням 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;

7. Не допускати до роботи осіб з ознаками інфекційного захворювання;

8. Обмежити масові заходи в приміщеннях;

9. Забезпечити необхідні умови для дотримання працівниками правил особистої гігієни (рукомийки, мило, одноразові рушники, серветки, антисептики тощо);

10. Забезпечити кожен кабінет бактерицидними випромінювачами закритого типу, дезінфекційними та антисептичними засобами;

11. Запровадити роботу змінами, тимчасово запровадити дистанційну або надомну роботу (для немедичних працівників) [16].

Крім цього необхідно:

– інформувати про ситуацію, плани та перспективи;

– матеріально стимулювати персонал;

– колективно обговорювати проблеми;

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. 1. Необхідні кроки головного лікаря ЦПМСД по ефективній взаємодії з опорною лікарнею [10]

- залучати колег до вироблення стратегії та прийняття рішень;
- досягати розуміння кожного співробітника своїх завдань [15].

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, діагностичні 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.

Новим ефективним механізмом взаємодії обласної лікарні з закладами охорони здоров'я госпітального округу є створення

та робота тренінгового центру з безперервного післядипломного підвищення професійної майстерності медичних працівників (лікарів, середнього медичного персоналу) на базі обласної лікарні. Це дозволить ефективно підвищити професійну майстерність всіх медичних працівників обласної лікарні та інших медичних закладів округу [15].

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: благодійна допомога та кошти грантів; кошти добровільного медичного страхування; оплата лікарні за надання послуги за угодами; надходження за послуги, які надає лікарня поверх нормативів надання безоплатної медичної допомоги; за послуги надання пацієнтам за їх особистої ініціативи; добровільні внески та пожертви, та інші джерела, що не заборонені чинним законодавством [16].

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, незадовільне медикаментозне і матеріально-технічне забезпечення закладів охорони здоров'я;

- низький рівень інформаційного забезпечення й управління системою охорони здоров'я на різних рівнях [16].

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) [16].

До заходів ліквідації наслідків надзвичайної ситуації в межах компетенції МОЗ України належать:[16]

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 [16].

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 використаних джерел:

1. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013-р / Кабінет Міністрів України. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/249626689>.
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. 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>.
4. План розвитку Покровського госпітального округу. *Департамент охорони здоров'я Донецької облдержадміністрації*. URL: https://doz.donoda.gov.ua/wp-content/uploads/2019/06/Plan_rozvytku_Pokrovsk.pdf
5. Деякі питання створення госпітальних округів : Постанова Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1074 / Кабінет Міністрів України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1074-2019-p>.

6. Тогунов І. А. Конкуренція в охороні здоров'я та медицині. *Менеджер охорони здоров'я*. 2005. №. 12. С. 12–21.
7. Heese Н. S. Спеціалізація та конкуренція в мережах надання медичних послуг. *Наука управління охороною здоров'я*. 2009. Том 12. Вип. 3. С. 306–324.
8. Про державні закупівлі : Закон України від 25 січня 2002 року № 2002-19 / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2002-19>.
9. 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_recomendations_autonomization_2018_ua_final_web.pdf (дата звернення: 14.02.2018).
10. Хожило І.І. Профілактика соціально небезпечних хвороб як напрям соціальної політики держави : монографія. Дніпропетровськ: ДРІДУ НАДУ, 2008. 254 с.
11. 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 медичного факультету. Запоріжжя: [ЗДМУ], 2016. 107 с.
12. 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>.
13. Про основи національної безпеки України : Закон України від 19 червня 2003 року № 964-IV. *Відомості Верховної Ради України*. 2003. № 39. Ст. 351.
14. Державна служба статистики України. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua>
15. Панорама охорони здоров'я населення України / А. В. Підаєв та ін. Київ : Здоров'я, 2003. 396 с.
16. Про охорону здоров'я : Закон України від 19 липня 2018 року № 479-20 / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0479-18>.

Stovban M. Influence of the epidemiological situation on the mechanism of interaction of health care institutions

The article discusses the reform of the healthcare system, focusing on the establishment of hospital districts, their structure, and territorial boundaries. Using the example of the Pokrovsk hospital district, the network of medical institutions is analyzed. The terms related to medical institutions according to current legislation of Ukraine are explained, as well as the autonomy features of these institutions in modern conditions. The problem of spreading socially dangerous diseases in the context of globalization is outlined, and the definition of an epidemic is provided. The main principles of sanitary and epidemiological support and measures to prevent and eliminate the medical and sanitary consequences of epidemics are highlighted. The actions of the chief physician during an epidemic are discussed, as well as the mechanisms of cooperation between local self-government bodies and primary healthcare centers in the face of worsening epidemiological situation. The relationships between the chief physician and the hospital staff during an epidemic are determined. The main problems of the Ukrainian healthcare system during a pandemic are identified, and measures to overcome the consequences of emergencies within the competence of the Ministry of Health of Ukraine are proposed.

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