

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Факультет економіки та управління
Кафедра менеджменту, публічного управління та персоналу

МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

на тему:

**„Формування спроможної моделі закладів охорони здоров’я на засадах
кластерного підходу”**

Студентки групи ДСПУАзм-21

МАТЮК Лариси

Керівник: д.е.н., професор,
Заслужений діяч науки і техніки
України

МЕЛЬНИК Алла

Національна

шкала _____

Кількість _____ балів

Оцінка _____

ECTS _____

Члени комісії:

Тернопіль – 2023

ЗМІСТ

ВСТУП

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ МОДЕЛІ СПРОМОЖНОЇ МЕРЕЖІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ЗАСАДАХ КЛАСТЕРНОГО ПІДХОДУ.

1.1. Формування локальних кластерів як інтеграційний процес і спосіб формування спроможної мережі закладів охорони здоров'я.

1.2. Нормативно-правова база організації медичної допомоги та спроможної мережі закладів охорони здоров'я в Україні.

Висновки до розділу 1.

РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ЧИННОЇ МОДЕЛІ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕРЕЖІ В ДОСЛІДЖУВАНОМУ РЕГІОНІ.

2.1 Стан та організаційне забезпечення розвитку медичної допомоги в регіоні.

2.2. Аналіз чинного механізму та інструментів збалансування розвитку медичної допомоги в регіоні.

2.3. Передумови формування спроможної мережі закладів охорони здоров'я в рамках Тернопільського госпітального округу.

Висновки до розділу 2

РОЗДІЛ 3. ОБГРУНТУВАННЯ КОНЦЕПТУАЛЬНИХ ЗАСАД ТА ПРАКТИЧНИХ ДІЙ З ФОРМУВАННЯ МОДЕЛІ СПРОМОЖНОЇ МЕРЕЖІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ДОСЛІДЖУВАНОМУ РЕГІОНІ.

3.1. Стратегічні цілі, пріоритети розвитку охорони здоров'я та механізми їх реалізації з пропозиціями визначення спроможної мережі.

3.2. Проектування створення госпітальних локальних кластерів у досліджуваному регіоні.

Висновки до розділу 3

ВИСНОВКИ

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

ВСТУП

Актуальність проблеми. На сучасному етапі розвиток людського ресурсу є одним з найважливіших факторів розвитку держави та забезпечення її спроможності на міжнародному рівні. Поряд з рівнем життя, рівень здоров'я населення є одним з критеріїв, за яким визначається рівень конкурентоспроможності держави та її готовність до участі у процесах глобалізації як рівноправного учасника. Протягом останніх років в Україні значно посилюються євроінтеграційні процеси, що відобразилося у всіх сферах життя українців. Це вимагає проведення реформ у сфері соціально-економічного розвитку загалом та охорони здоров'я зокрема. Такі реформи вимагають впровадження новітніх технологій, організаційних змін та підвищення ефективності управління медичними закладами. Окрім того, на сьогоднішній день в Україні є проблеми з доступністю якісної медичної допомоги, особливо спеціалізованої, в окремих регіонах. Тому розвиток та удосконалення надання медичної допомоги населенню, формування спроможної мережі закладів охорони здоров'я на основі кластерного підходу є одним із пріоритетів національної стратегії реформування охорони здоров'я. Впровадження рекомендацій з покращення управління медичною допомогою в контексті формування спроможної мережі в регіоні є важливим кроком у цьому напрямку.

Аналіз останніх досліджень та наукових праць. Питання реформ та модернізації в охороні здоров'я, а також кластерів, кластерних систем та розвитку державної та регіональної економіки на засадах кластерного підходу відображено у роботах багатьох українських та зарубіжних науковців: Шкільняк М.[40], Мельник А.[6], Желюк Т. [3], Васіна А. [38], Борщ В. [1], Porter M.[19], Solvell O., Lindqvist, G. and Ketels C.[32], Шумпетер Й.[41], Кузьмін О., Жеруха В.[5]. Такі експерти як Романовська Ю. [28], Палиця С.[18], Тищенко О.[36], Заніздра С.[36] наголошували у своїх наукових працях на проблемах кластерного підходу щодо розвитку галузі охорони здоров'я. У багатьох дослідженнях і публікаціях розкриваються

особливості взаємовідносин суб'єктів господарювання з наданням медичних послуг. Проте, залишається незрозумілим питання формування кластерних структур в охороні здоров'я (враховуючи децентралізацію) та формування спроможної моделі закладів охорони здоров'я на основі кластерного підходу. Дослідження зазначеного питання дозволить визначити шляхи покращення інноваційного розвитку усіх складових системи охорони здоров'я та спрямувати ресурси досліджуваного регіону на поліпшення здоров'я населення, що дасть можливість підвищити його конкурентоспроможність в цілому і благополуччя його громадян зокрема.

Мета кваліфікаційної роботи – дослідження особливостей формування спроможної мережі закладів охорони здоров'я на засадах кластерного підходу в умовах децентралізації.

Завдання:

- висвітлити теоретико-правові засади формування моделі спроможної мережі закладів охорони здоров'я на засадах кластерного підходу, а саме формування локальних кластерів як інтеграційного процесу і способів формування спроможної мережі закладів охорони здоров'я, нормативно-правову базу організації надання медичної допомоги населенню та спроможної мережі закладів охорони здоров'я в Україні;

- розкрити особливості стану та організаційного забезпечення розвитку медичної допомоги в регіоні;

- проаналізувати чинний механізм та інструменти збалансування розвитку медичної допомоги в регіоні;

- охарактеризувати передумови формування спроможної мережі закладів охорони здоров'я в рамках Тернопільського госпітального округу;

- обґрунтувати концептуальні засади та практичні дії з формування моделі спроможної мережі закладів охорони здоров'я в досліджуваному регіоні;

- визначити стратегічні цілі, пріоритети розвитку охорони здоров'я та механізми їх реалізації;

- розробити пропозиції щодо визначення спроможної мережі закладів охорони здоров'я області на основі кластерного підходу;

- запропонувати заходи з подальшого удосконалення системи охорони здоров'я регіону.

Об'єкт дослідження – система надання медичної допомоги в регіоні.

Предмет дослідження – формування спроможної мережі закладів охорони здоров'я в регіоні.

Методи дослідження. **Методи дослідження.** Методологічною і теоретичною основою дослідження щодо формування спроможної мережі закладів охорони здоров'я на засадах кластерного підходу є вивчення та аналіз наявних закладів охорони здоров'я з їх групуванням в кластери за спільними характеристиками, такими як географічне розташування, кількість населення, що обслуговується, напрями та доступність надання медичної допомоги тощо. У роботі застосовано системний підхід, згідно з яким всі явища та процеси формування спроможної мережі аналізувалися в цілісності та взаємозалежності. Статистичний та графічний метод використано для порівняння різних показників у сфері охорони здоров'я та їх візуалізації. Метод порівняння було використано для співставлення демографічних показників та ресурсів системи охорони здоров'я регіону у певних часових проміжках. Аналіз і синтез – для вивчення нормативно-правового забезпечення та практичної реалізації програмних документів. Окрім того, запропоновано інструменти та підходи, що можуть бути використані для збалансованого розвитку медичної системи.

Наукова новизна дослідження полягає у розвитку теоретичних (теоретико-методичних) положень щодо формування спроможної мережі закладів охорони здоров'я в регіоні на засадах кластерного підходу.

Практична значущість результатів дослідження полягає у виробленні практичних рекомендацій з удосконалення системи надання медичних послуг населенню області шляхом формування спроможної мережі закладів охорони здоров'я на засадах кластерного підходу.

Теоретичне значення одержаних результатів полягає у можливості використання матеріалів магістерської роботи в діяльності органів влади у сфері охорони здоров'я, державних, комунальних та приватних закладів охорони здоров'я.

Структура та обсяг роботи. Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, сімох підрозділів, висновків та списку використаних джерел, який налічує ___ найменувань. Загальний обсяг роботи складає ___ сторінок, з них ___ - основного тексту.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ МОДЕЛІ СПРОМОЖНОЇ МЕРЕЖІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ЗАСАДАХ КЛАСТЕРНОГО ПІДХОДУ.

1.1. Формування локальних кластерів як інтеграційний процес і спосіб формування спроможної мережі закладів охорони здоров'я.

Європейський досвід розвитку держави обґрунтовує необхідність розвитку процесів децентралізації в Україні шляхом формування кластерів в сфері охорони здоров'я. Децентралізація – це реальний шлях до підвищення рівня життя кожного мешканця міста, села, селища, а кластеризація медичних установ та закладів дозволить забезпечити саме високу якість життя населення. Кластери в сфері охорони здоров'я формують і перерозподіляють фінансове забезпечення в медичній галузі кожного окремого регіону України, бо підґрунтям сучасної кластеризації є діючі медичні заклади міста, села [28].

Реформування сфери охорони здоров'я в умовах широкомасштабної децентралізації передбачає формування відповідного механізму організації системи надання медичних послуг з урахуванням кластерного підходу. За рахунок кластеризації на основі децентралізованого підходу можуть бути отримані такі позитивні результати в системі охорони здоров'я:

- 1) орієнтованість системи на профілактику захворюваності та здорову людину;
- 2) пріоритетний розвиток первинної медикосанітарної допомоги через структурноорганізаційне та фінансово-економічне розмежування рівнів надання медичної допомоги;
- 3) удосконалення кадрової політики за допомогою використання диференційованого підходу до оплати праці медичного персоналу;
- 4) інноваційне спрямування розвитку медичної науки;
- 5) забезпечення можливості розвитку всередині кластера не тільки лікувально-діагностичних послуг, але і технологій доліковування і реабілітації хворих;
- 6) розробити та реалізувати систему моніторингу «якість наданих послуг = використано фінансових і людських ресурсів» тощо [28].

Метою формування спроможної моделі закладів охорони здоров'я на засадах кластерного підходу є:

- 1) доступність, якість, безпека та безоплатність базового переліку напрямків медичної допомоги, які гарантує держава;
- 2) чітка роль закладів охорони здоров'я, що надають первинну, спеціалізовану та екстрену медичну допомогу, у спроможній мережі та розвиток відповідних напрямків медичної допомоги;
- 3) децентралізація менш складних медичних послуг та концентрація більш спеціалізованої медичної допомоги;
- 4) диференціація послуг медичної допомоги в залежності від складності випадків і управління ризиками;
- 5) можливість планування людського капіталу на рівні закладів охорони здоров'я, що надають первинну та спеціалізовану медичну допомогу;
- 6) забезпечення фінансової стійкості і сталості закладів охорони здоров'я;
- 7) забезпечення спрямування державних та міжнародних ресурсів до закладів охорони здоров'я для надання ефективної та якісної медичної допомоги;
- 8) забезпечення ефективного механізму моніторингу та звітування закладів охорони здоров'я.

Одним із шляхів удосконалення управління медичною допомогою в регіоні є розробка стратегії формування мережі закладів охорони здоров'я, що надають первинну, екстрену та спеціалізовану медичну допомогу, на основі кластерного підходу.

Кластерний підхід є новим управлінським інструментом, що дає змогу підвищити конкурентоспроможність як регіону зокрема, так і держави загалом. Концентрація зусиль держави у співпраці з бізнесом і науковцями на розвиток кластерних інновацій забезпечить підвищення економічного зростання регіонів.

Одним із перших науковців, який висвітлив теорію кластерів як фактор міжнародної конкурентоспроможності та всебічно розкрив роль кластерів в економічному та регіональному розвитку був М. Портер [19].

Кластерний підхід до удосконалення управління медичною допомогою передбачає об'єднання закладів охорони здоров'я в кластери з метою забезпечення їх ефективної взаємодії та співпраці.

Кластер в медичній галузі – це група закладів охорони здоров'я, які мають спільні характеристики, такі як спеціалізація, географічне розташування, тип наданої медичної допомоги тощо. Кластери можуть включати лікарні, поліклініки, амбулаторії та інші заклади охорони здоров'я.

Кластерний підхід дозволить забезпечити координацію та співпрацю між закладами охорони здоров'я, і, як результат, досягнути більш ефективного використання ресурсів та підвищення якості наданої медичної допомоги. Кластер може мати свою власну систему управління, що дасть можливість забезпечити цілеспрямоване використання ресурсів та розподіл завдань між закладами охорони здоров'я.

Такий підхід також дозволяє забезпечити взаємодію між закладами охорони здоров'я та іншими структурами, такими як місцеві органи влади, громадські організації, бізнес-структури тощо. Це дасть можливість вирішити проблеми, що пов'язані із забезпеченням фінансування, наданням медичної допомоги, розвитком медичної інфраструктури тощо.

Однією з головних переваг кластерного підходу є зменшення дублювання медичних послуг та забезпечення більш ефективного використання наявних медичних ресурсів в рамках кластера. Застосування такого підходу дозволить зменшити витрати на закупівлю та обслуговування медичного обладнання, лікарських засобів та інших матеріальних ресурсів.

Окрім того, це дозволить забезпечити більш широкий доступ до медичної допомоги населенню, зокрема в сільських та віддалених районах, дасть можливість взаємодії та обміну досвідом між медичними працівниками, підвищити якість надання медичної допомоги. Такий підхід також дозволяє більш ефективно розподіляти медичний персонал між закладами кластера в залежності від потреб та навантаження.

Проте, кластерний підхід в охороні здоров'я передбачає не тільки переваги, але й ризики, які необхідно враховувати. Це й недостатня координація, й неспроможність забезпечити ефективну співпрацю та взаємодію між усіма закладами охорони здоров'я кластеру. Недостатність або нерівномірний розподіл фінансових ресурсів між учасниками кластеру. Виникнення конфліктів між медичними закладами щодо стратегій, пріоритетів або розподілу ресурсів. Різний рівень компетентності та експертності учасників кластеру може ускладнити спільну роботу. Це також ризик втрати локального контролю над управлінням і прийняттям рішень у кожному закладі через його централізацію. Відсутність довіри та конкуренція між учасниками кластеру може ускладнити співпрацю та призвести до конфліктів. Технічні або організаційні проблеми при інтеграції медичних інформаційних систем або координації роботи між медичними закладами також є фактором ризику кластеризації. Різні підходи та корпоративні культурні особливості можуть викликати труднощі у співпраці. Розгляд цих ризиків дозволяє розробити стратегії їх управління та план дій для вирішення можливих проблем при формуванні спроможної моделі закладів охорони здоров'я.

1.2. Нормативно-правова база організації медичної допомоги та спроможної мережі закладів охорони здоров'я в Україні.

Нормативно-правова база організації медичної допомоги та спроможної мережі закладів охорони здоров'я в Україні включає в себе законодавчі акти на різних рівнях влади, що регулюють діяльність у сфері охорони здоров'я. До них відносяться: Конституція України [4], Цивільний Кодекс України [37], Закони України: „Основи законодавства про охорону здоров'я” [15], що встановлює правові основи організації та надання медичних послуг в Україні, визначає права та обов'язки медичних працівників, служби і держави щодо забезпечення доступу населення до якісної медичної допомоги; „Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” [23], що визначає принципи та механізми фінансування медичних послуг в Україні, встановлює зобов'язання держави щодо надання окремих медичних послуг населенню та пошуку джерел

та механізмів фінансування; „Про лікарські засоби”[24], що регулює обіг лікарських засобів в Україні, в тому числі їх реєстрацію, виробництво, імпорту, розповсюдження та застосування, забезпечує якість, безпеку та ефективність наявних у країні ліків; „Про екстрену медичну допомогу”[25], що регулює надання екстреної медичної допомоги, тощо.

Необхідність вдосконалення та реформування законодавства України у сфері охорони здоров'я сприяло ухваленню Верховною Радою України 1 липня 2022 року Закону України 2347-ІХ „Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги” [17]. Цей закон заклав основи масштабних змін у сфері охорони здоров'я, впровадження яких потребує об'єднання зусиль та нових підходів в управлінні.

Однією з ключових змін, регламентованих зазначеним законом, є закріплення на законодавчому рівні принципів формування спроможної мережі закладів охорони здоров'я, визначення їх статусу та ролі.

Визначено, що вся територія України розподілена на певні території обслуговування – госпітальні округи. У свою чергу, госпітальні округи поділяються на менші території обслуговування – госпітальні кластери. Також закон регламентує, що межі госпітальних округів та госпітальних кластерів, порядок їх визначення та функціонування, а також порядок визначення кластерних, надкластерних та інших видів закладів охорони здоров'я, що входять до спроможної мережі госпітального округу, визначаються Кабінетом Міністрів України[17].

В свою чергу, постановою Кабінету Міністрів України від 28 лютого 2023 року № 174 „Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я” (далі – Постанова) визначено, що в межах кожного госпітального округу буде сформована своя єдина спроможна мережа закладів охорони здоров'я, в тому числі тих, що надають спеціалізовану медичну допомогу [22].

Відповідно до зазначеної Постанови „територіальна доступність населення до медичної допомоги забезпечується шляхом: поступового формування

спроможної мережі для гарантованого своєчасного доступу населення до якісного медичного обслуговування; зміни структури та розширення послуг первинної медичної допомоги у громадах як найбільш оперативного та економічно доцільного механізму та удосконалення механізму доступу до медичних послуг; формування та забезпечення виконання плану розвитку госпітального округу; ефективного використання ресурсів системи охорони здоров'я та інвестицій для розвитку спроможної мережі, спрямованих на покращення доступу та якісної медичної та реабілітаційної допомоги; забезпечення фінансової стійкості закладу охорони здоров'я, що входить до спроможної мережі, яка визначається можливістю власника такого закладу забезпечити наявність необхідних функціональних потужностей, з метою забезпечення населення якісною спеціалізованою медичною допомогою в необхідних обсягах та з урахуванням наявного обсягу фінансових ресурсів. Загальні витрати такого закладу на оплату праці з нарахуваннями у поточному місяці не повинні перевищувати 85 відсотків отриманих у поточному місяці коштів з урахуванням накопичених залишків; фінансування місцевих програм розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, зокрема щодо оновлення їх матеріально-технічної бази, капітального ремонту та реконструкції відповідно до їх визначення в спроможній мережі; поступового вдосконалення транспортної доступності до закладів охорони здоров'я, що входять до спроможної мережі; розвитку аеромедичної евакуації в усіх областях; розвитку кадрової спроможності, підвищення продуктивності праці та забезпечення безперервності професійного розвитку працівників охорони здоров'я різних спеціальностей, мультидисциплінарних команд в різних сферах медичного обслуговування в межах госпітального округу”[22].

До складу спроможної мережі входять: надкластерні, кластерні та загальні заклади охорони здоров'я, надавачі медичних послуг, що надають первинну медичну допомогу та центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф із пунктами постійного базування бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги.

Види багатопрофільних лікарняних закладів у складі спроможної мережі визначаються відповідно до мінімального (базового) переліку напрямів медичного обслуговування”[22].

Для надкластерних: „Акушерство і гінекологія (ІІІ рівень перинатальної допомоги)”; „Анестезіологія (інтенсивна терапія в невідкладних станах)”; „Гастроентерологія”; „Гематологія”; „Неонатологія”; „Ендокринологія”; „Інтенсивна терапія”; „Інфекційні хвороби”; „Кардіологія”; „Кардіохірургія”; „Комбустіологія”; „Неврологія”; „Нейрохірургія”; „Нефрологія”; „Отоларингологія”; „Офтальмологія”; „Ортопедія і травматологія”; „Паліативна медична допомога”; „Пульмонологія”; „Реабілітація”; „Ревматологія”; „Судинна хірургія”; „Терапія”; „Торакальна хірургія”; „Урологія”; „Хірургія, зокрема дитяча”; „Щелепно-лицева хірургія”; „Трансфузіологія”.

Для кластерних: „Акушерство і гінекологія (ІІ рівень перинатальної допомоги) ”; „Алергологія”; „Анестезіологія (інтенсивна терапія в невідкладних станах) ”; „Дерматовенерологія”; „Ендокринологія (крім хірургічних втручань) ”; „Інфекційні хвороби”; „Кардіологія, зокрема інтервенційна кардіологія”; „Неврологія”; „Нейрохірургія”; „Отоларингологія”; „Педіатрія”; „Реабілітація”; „Терапія”; „Ортопедія і травматологія”; „Урологія”; „Хірургія, зокрема судинна”; „Офтальмологія”; „Паліативна медична допомога”; „Психіатрія”; „Трансфузіологія”.

Для загальних: „Анестезіологія (інтенсивна терапія в невідкладних станах) ”; „Неврологія”; „Інфекційні хвороби”; „Ортопедія і травматологія”; „Терапія”; „Хірургія”[22].

Цей перелік може бути збільшений рішенням власника медичного закладу згідно з потребами населення.

Надкластерними закладами охорони здоров'я відповідно до потреб населення у медичному обслуговуванні визначаються багатопрофільні лікарняні заклади для дорослих, багатопрофільний лікарняний заклад для дітей

та заклади із розрахунку не більше одного на госпітальний округ, які виконують функцію головного центру з організації і надання медичної та реабілітаційної допомоги за такими напрямками: онкологічний, кардіологічний, психіатричний, фтизіопульмонологічний або інфекційний, перинатальний[22].

Кластерними визначаються багатопрофільні лікарняні заклади з мінімальним (базовим) переліком напрямів медичного обслуговування населення для таких закладів, затвердженим Постановою[22].

У госпітальному кластері є один кластерний заклад охорони здоров'я, який розташовується в адміністративному центрі району.

Окрім того, у кластері може бути визначено більше ніж один кластерний заклад охорони здоров'я з розрахунку не менше ніж 120 тис. осіб, що обслуговуються кожним кластерним закладом охорони здоров'я, з урахуванням територіальної доступності населення до медичного обслуговування та спроможності таких закладів забезпечити медичне обслуговування населення відповідно до мінімального (базового) переліку напрямів медичного обслуговування населення[22].

Загальним закладом охорони здоров'я є лікарня, яка надає медичну допомогу населенню однієї або декількох територіальних громад у госпітальному кластері і відповідає таким критеріям: задоволення потреб населення відповідно до мінімального (базового) переліку напрямів медичного обслуговування, поточних та прогнозних показників природного та міграційного руху, показників захворюваності та інших статистичних даних щодо населення (оптимальним визначається медичне обслуговування понад 40 тис. осіб); доступність до напрямів медичного обслуговування для мешканців населених пунктів, відстань та шляхи сполучення між якими дозволяють забезпечити цю доступність. Вона „визначається своєчасністю прибуття до загального закладу охорони здоров'я протягом не більш 60 хвилин та повинна бути еквівалентна радіусу зони обслуговування 60 кілометрів за умови наявності доріг з твердим покриттям; зона обслуговування може бути меншою за відсутності шляхів сполучення чи особливостей рельєфу, які

суттєво ускладнюють доступність (ріки без мостів, гори тощо); транспортна доступність, що враховує наявність транспорту загального користування та відповідних маршрутів для транспортування пацієнтів до місць надання медичної допомоги; фінансова стійкість”[22].

Складовою частиною спроможної мережі також є організаційно інтегрована сукупність надавачів первинної медичної допомоги, здатних забезпечувати надання якісної, комплексної, безперервної і орієнтованої на пацієнта первинної медичної допомоги відповідно до соціально-демографічних характеристик населення, особливостей його розселення [22].

Пункти постійного базування бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги в спроможній моделі мають визначатись таким чином, щоб забезпечувати нормативи прибуття бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події, встановлені постановою Кабінету Міністрів України від 16 грудня 2020 року № 1271 „Про норматив прибуття бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події” [21] .

Таким чином, формування моделі мережі закладів охорони здоров'я на засадах кластерного підходу має на меті покращити доступність, якість та ефективність медичних послуг, що забезпечує підвищення рівня охорони здоров'я для всього населення.

Висновки до розділу 1.

1. Теорія кластерів в охороні здоров'я є потужним інструментом для формування спроможних мереж закладів. Вона дозволяє об'єднувати ресурси, експертизу та потенціал різних установ для досягнення спільних цілей у покращенні надання медичних послуг.

2. Кластерний підхід дозволяє створювати системи, де взаємодія та координація між закладами охорони здоров'я стають ефективнішими. Це сприяє покращенню доступності та якості медичних послуг.

3. Важливою є наявність відповідної правової бази для формування такої мережі. Законодавство держави забезпечує правовий фундамент для об'єднання та співпраці між закладами охорони здоров'я в рамках кластерів.

4. Модель спроможної мережі охорони здоров'я на основі кластерного підходу потребує стратегічного управління та постійного впровадження інновацій. Це включає розвиток нових методів лікування, технологічних рішень та підвищення кваліфікації персоналу.

5. Формування мережі ґрунтується на спільній відповідальності та взаємодії різних стейкхолдерів, таких як урядові органи, медичні установи, пацієнти та громадські організації.

6. Розвиток спроможної мережі закладів охорони здоров'я на засадах кластеризації потребує комплексного підходу, включаючи стратегічне управління, законодавчу підтримку, співпрацю та взаємодію різних стейкхолдерів для покращення доступності, якості та ефективності медичних послуг, що забезпечить підвищення рівня охорони здоров'я для всього населення.

РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ЧИННОЇ МОДЕЛІ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕРЕЖІ В ДОСЛІДЖУВАНОМУ РЕГІОНІ.

2.1 Стан та організаційне забезпечення розвитку медичної допомоги в регіоні.

Відповідно до розпорядження Кабінету Міністрів України від 12 червня 2020 р. № 724-р „Про визначення адміністративних центрів та затвердження територій територіальних громад Тернопільської області” в Тернопільській області згідно нового територіального розподілу визначено три райони: Чортківський, Кременецький та Тернопільський [29]. Створення даних районів на території області затверджено постановою Верховної Ради України від 17 липня 2020 року № 807-ІХ „Про утворення та ліквідацію районів”[20].

У досліджуваному регіоні визначається така кількість адміністративних одиниць: районів – 3; населених пунктів – 1058; міст – 18; селищ міського типу – 17; сіл – 1023; територіальних громад – 55; міських територіальних громад – 18; селищних територіальних громад – 16; сільських територіальних громад – 21, що представлено на рис. 2.1.

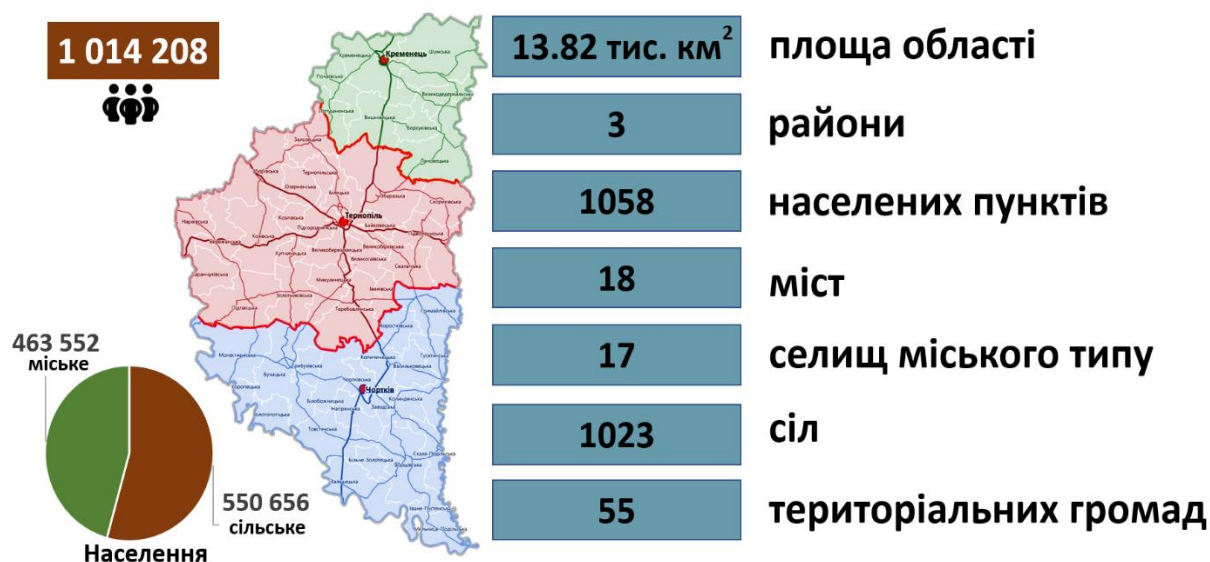


Рис. 2.1. Адміністративний поділ Тернопільщини

Примітка: Сформовано автором на основі матеріалів, наданих КНП „Тернопільський обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики”.

Можна стверджувати, що медико-демографічна ситуація, що склалась в області, як і в Україні, за останнє десятиліття свідчить про незадовільний стан здоров'я населення, що характеризується низькою народжуваністю у порівнянні з високим рівнем смертності, від'ємним природним приростом населення, а також високим рівнем поширеності хронічних неінфекційних та інфекційних захворювань.

Демографічна криза поглиблюється, а її наслідком можуть бути незворотні негативні зміни у соціально-економічному та духовному розвитку країни.

Станом на 01 січня 2023 року чисельність населення Тернопільської області складала 1014,2 тисячі осіб, з них дитячого населення (0-17 р.) – 188,6 тисяч осіб або 18,6 відсотка від усього населення.

Аналізуючи демографічні показники в області можна зробити висновок, що вони протягом тривалого часу демонструють стійкі депопуляційні тенденції, що відображено на рис. 2.2. За останні 10 років чисельність населення зменшилась на 58,7 тисяч осіб або на 5,45 відсотка, за останні 20 років – на 120,0 тисяч або на 10,5 відсотка, за останні 30 років – на 153,7 тисяч або на 13,1 відсотка. Це майже 15,1 відсотка від кількості населення на даний час. Окрім того, кількість народжувань зменшилась у 1,75 рази (з 10 444 у 1992 році до 5957 – у 2022), а смертність – на 14,7 відсотка (з 16 395 у 1992 році до 14 109 – у 2022).

Коефіцієнт народжуваності в досліджуваному регіоні у 2022 році становив 5,8 на 1000 осіб (2021 рік – 7,1; Україна – 6,6), коефіцієнт смертності – 15,9 на 1000 осіб (2021 рік – 16,4; Україна – 17,3), коефіцієнт природного приросту – мінус 8,1 на 1000 осіб (2021 рік – 8,1; Україна – мінус 10,7).

Динаміка показників народжуваності та смертності населення з 2013 по 2021 рік представлена на рис. 2.2.

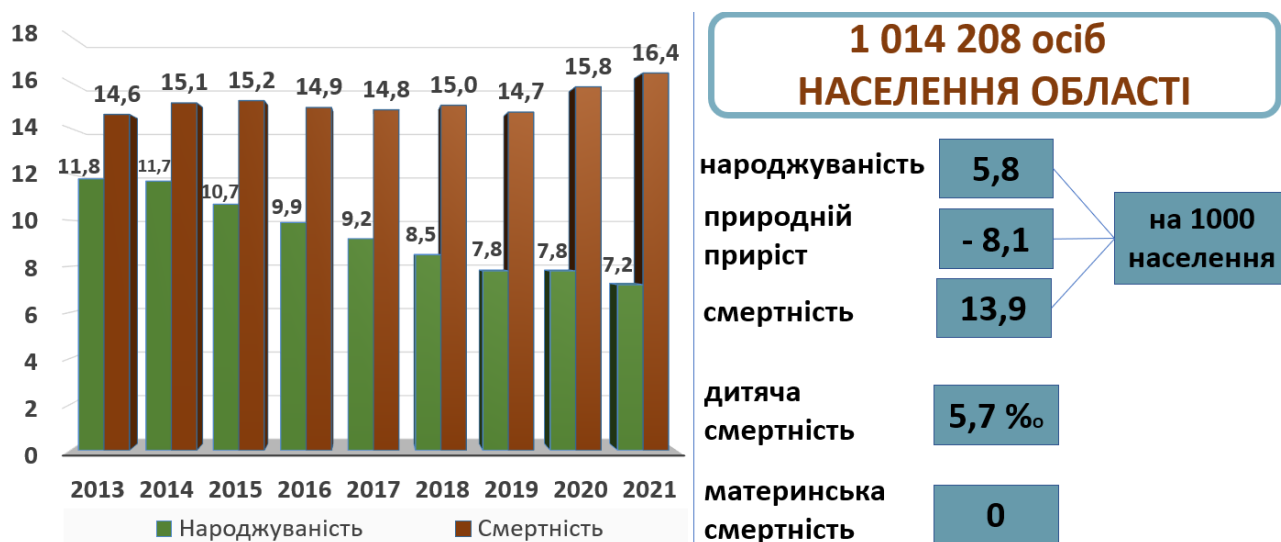


Рис. 2.2. Демографічні показники Тернопільщини

Примітка: Сформовано автором на основі матеріалів, наданих КНП „Тернопільський обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики”.

За 2022 рік чисельність населення зменшилась з 1018,4 тисяч осіб до 1014,2, тобто на 4,2 тисяч або на 0,42 відсотка, що продемонстровано на рис. 2.3. Природній приріст становив мінус 8152 особи. Відбувся міграційний приріст, який склав зниження приросту на 3898 осіб.

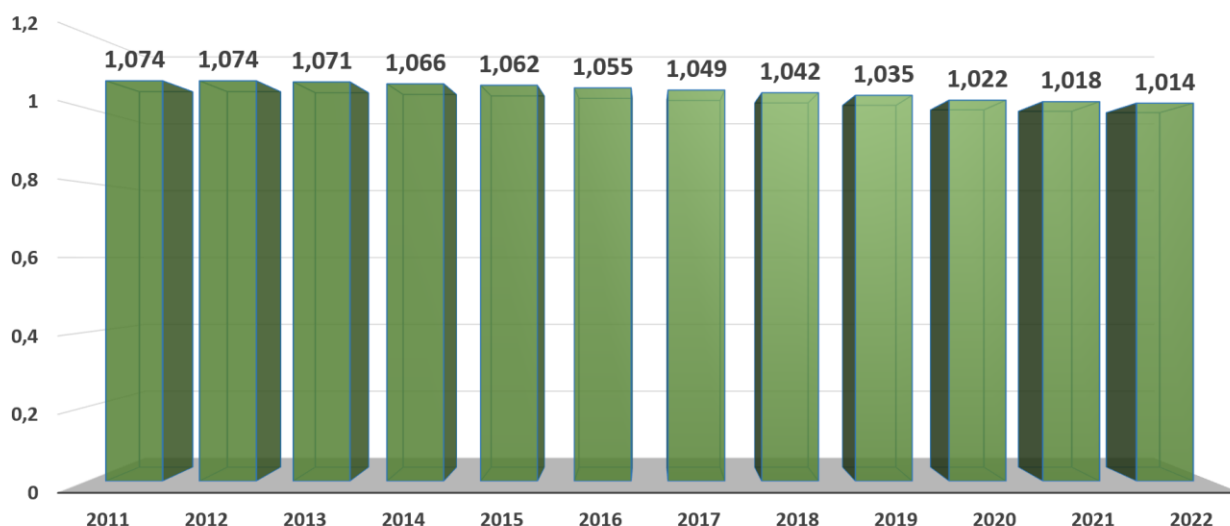


Рис. 2.3. Кількість наявного населення Тернопільщини

Примітка: Сформовано автором на основі матеріалів, наданих КНП „Тернопільський обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики”.

Розглянемо госпітальну захворюваність населення Тернопільської області. За 2022 рік серед усіх виписаних і померлих пацієнтів в стаціонарі зареєстровано 201 576 випадків захворювань, в тому числі серед дорослого населення – 166 846, серед дитячого – 34 730.

Показник госпітальної захворюваності становить 19 792,4 на 100 тисяч усього населення, у дорослих 18 років і старше – 20 126,0 на 100 тисяч населення, серед дітей 0-17 років включно – 183,3 на 1 тисячу відповідного населення.

Результат проведеного аналізу вказує, що в структурі госпітальної захворюваності серед дорослого населення перше місце посідають хвороби системи кровообігу, питома вага яких складає 20,7 відсотка, друге – хвороби кістково-м'язової системи, питома вага яких складає 9,9 відсотка, третє – хвороби органів дихання, що складає 8,6 відсотка. Серед дитячого населення (0-17 років включно) на першому місці хвороби органів дихання, питома вага яких складає 35,4 відсотка, на другому – хвороби органів травлення, що складає 14,5 відсотка, на третьому – травми та отруєння, питома вага яких складає 5,8 відсотка. Рис. 2.4. демонструє питому вагу окремих патологій у загальній захворюваності населення.

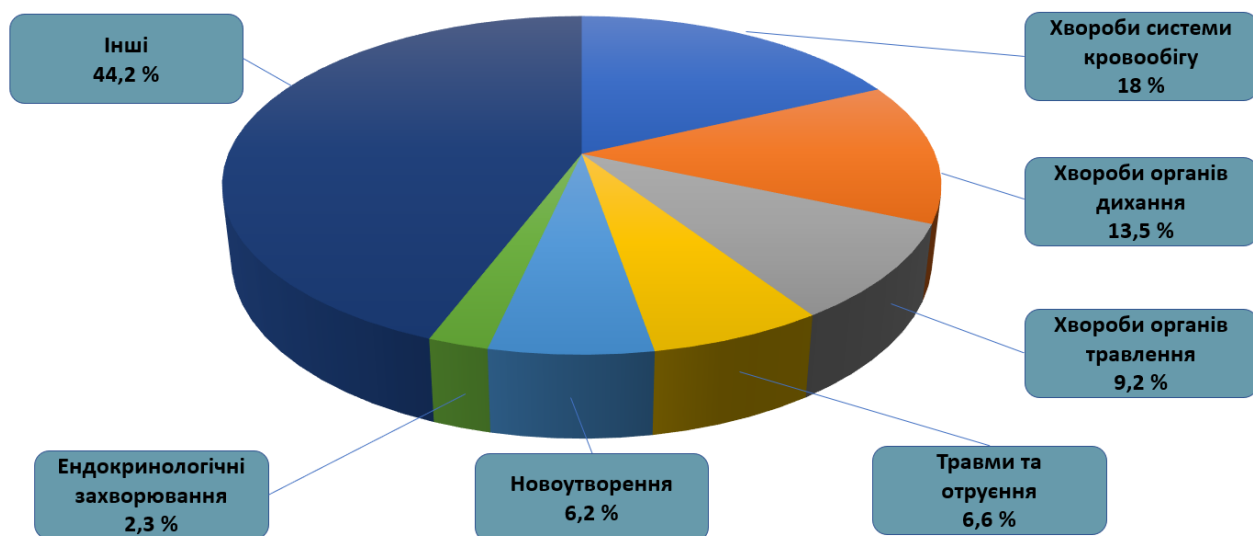


Рис. 2.4. Загальна захворюваність

Примітка: Сформовано автором на основі матеріалів, наданих КНП „Тернопільський обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики”.

Аналізуючи динаміку захворюваності по окремих нозологіях з 2020 по 2022 рік, можна відзначити збільшення кількості гострих мозкових інсультів на 3,9 відсотка, гострих інфарктів міокарду – на 9,9 відсотка. Окрім того, спостерігається значне зменшення кількості пологів – на 18,8 відсотка, що відображається на рис. 2.5.

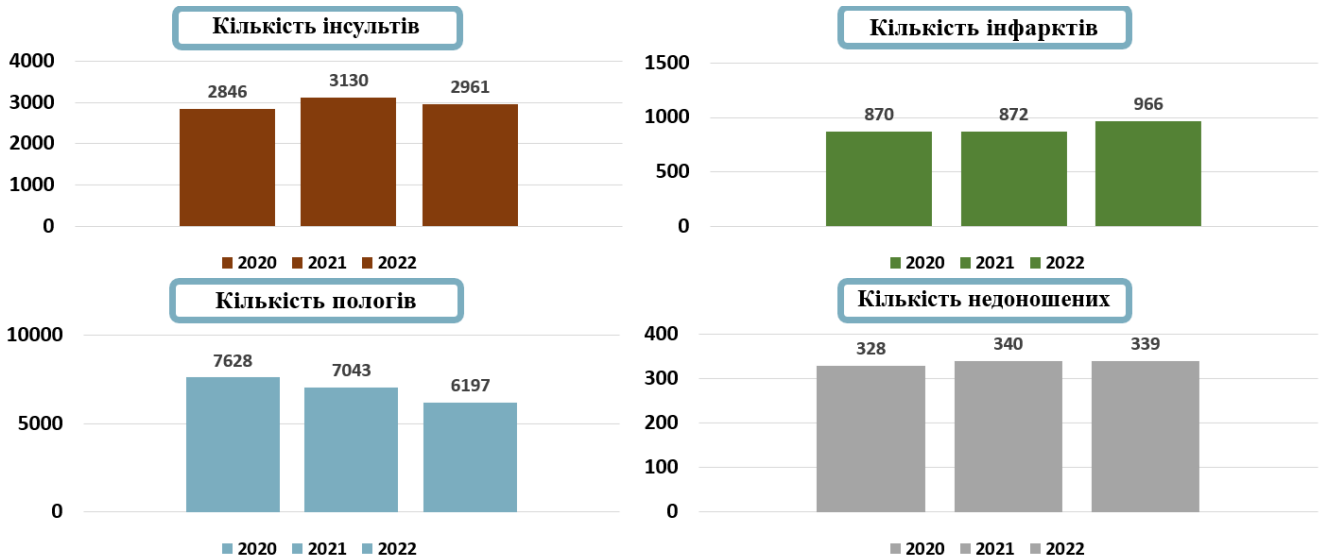


Рис. 2.5. Аналіз динаміки рівнів захворюваності за окремими нозологіями

Примітка: Сформовано автором на основі матеріалів, наданих КНП „Тернопільський обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики”.

Розглянемо мережу закладів охорони здоров'я Тернопільської області. Станом на 1 січня 2023 року до зазначеної мережі комунальної форми власності відомчого підпорядкування департаменту охорони здоров'я Тернопільської обласної державної адміністрації належить 100 закладів охорони здоров'я (з них надають первинну медичну допомогу: 31 центр первинної медико-санітарної (первинної медичної) допомоги і 6 амбулаторій загальної практики-сімейної медицини), що продемонстровано на рис. 2.6.



Рис. 2.6. Мережа комунальних закладів Тернопільщини

Примітка: Сформовано автором на основі матеріалів, наданих КНП „Тернопільський обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики”.

Якщо розглянути мережу медичних закладів комунальної форми власності у розрізі районів, то до Тернопільського району територіально належать комунальні некомерційні підприємства: „Тернопільська обласна клінічна лікарня” Тернопільської обласної ради; „Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня” Тернопільської обласної ради; „Тернопільський обласний клінічний перинатальний центр „Мати і дитина” Тернопільської обласної ради; „Тернопільський обласний клінічний шкірно-венерологічний диспансер” Тернопільської обласної ради; „Тернопільська обласна лікарня «Хоспіс»” Тернопільської обласної ради; „Тернопільська обласна клінічна психоневрологічна лікарня” Тернопільської обласної ради; „Тернопільський регіональний фтизіопульмонологічний медичний центр” Тернопільської обласної ради; „Тернопільський обласний клінічний онкологічний диспансер” Тернопільської обласної ради; „Тернопільський обласний медичний центр соціально-небезпечних захворювань” Тернопільської обласної ради; „Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги” Тернопільської міської ради; „Тернопільська комунальна міська лікарня № 2” Тернопільської міської ради; „Міська комунальна лікарня № 3” Тернопільської

міської ради; „Тернопільський міський лікувально-діагностичний центр” Тернопільської міської ради; „Тернопільська міська дитяча комунальна лікарня” Тернопільської міської ради; Тербовлянської міської ради „Тербовлянська міська лікарня”; „Козівська центральна районна лікарня” Козівської селищної ради; „Бережанська центральна міська лікарня” Бережанської міської ради; „Зборівська лікарня” Зборівської міської ради; „Підволочиська центральна лікарня” Підволочиської селищної ради; „Підгаєцька центральна міська лікарня” Підгаєцької міської ради; „Збаразька центральна лікарня” Збаразької міської ради; „Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації” Тернопільської обласної ради; „Тернопільський обласний центр реабілітації та розвитку дитини” Тернопільської обласної ради; „Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф” Тернопільської обласної ради; „Тернопільська стоматологічна поліклініка” Тернопільської міської ради; „Залозецька районна лікарня” Залозецької селищної ради Зборівського району Тернопільської області; „Козлівська районна лікарня” Козлівської селищної ради; „Микулинецька лікарня” Микулинецької селищної ради; „Скалатська комунальна районна лікарня” Скаластської міської ради; „Золотниківська районна лікарня” Золотниківської сільської ради; „Озернянська однопрофільна лікарня відновного лікування” Озернянської сільської ради; Тернопільської районної ради „Тербовлянська районна стоматологічна поліклініка”; Великобірківської селищної ради „Тернопільська центральна районна лікарня”; „Тернопільська міська стоматологічна поліклініка № 1” Тернопільської міської ради.

До Чортківського району: „Чортківська центральна міська лікарня” Чортківської міської ради; „Заліщицька центральна міська лікарня” Заліщицької міської ради; „Борщівська міська лікарня” Борщівської міської ради; „Бучацька міська лікарня” Бучацької міської ради; „Гусятинська комунальна лікарня” Гусятинської селищної ради; „Монастирська міська лікарня” Монастирської міської ради; „Більче-Золотецька обласна лікарня

реабілітації імені В.Г. Вершигори” Тернопільської обласної ради; „Заліщицький дитячий центр медичної реабілітації” Тернопільської обласної ради; „Заліщицький обласний госпіталь інвалідів війни та реабілітованих” Тернопільської обласної ради; „Мельнице-Подільська селищна лікарня” Мельнице-Подільської селищної ради; „Золотопотіцька районна лікарня” Золотопотіцької селищної ради; „Копичинецька комунальна районна лікарня” Копичинецької міської ради; „Товстенська селищна лікарня” Товстенської селищної ради; „Скала-Подільська міська поліклініка” Скала-Подільської селищної ради; „Чортківська міська стоматологічна поліклініка” Чортківської міської ради.

До Кременецького району: „Кременецька опорна лікарня” Кременецької міської ради; „Шумська міська лікарня” Шумської міської ради; „Лановецька міська лікарня” Лановецької міської ради; „Вишнівецька районна комунальна лікарня” Вишнівецької селищної ради; „Почаївська районна комунальна лікарня” Почаївської міської ради; Великодедеркальської сільської ради „Великодедеркальська комунальна лікарня”.

Упродовж тривалого часу в області здійснювалися заходи для створення необхідного балансу між чисельністю ліжок різного профілю і забезпеченням населення області максимально якісною та доступною медичною допомогою. За 10 років оптимізації ліжкового фонду було скорочено 1,9 тисяч ліжок (21 відсоток лікарняного фонду).

Станом на 01 січня 2023 року ліжковий фонд області складає 7289 одиниць з показником забезпеченості 71,6 на 10 тисяч населення. Розрахункові показники забезпеченості стаціонарними ліжками в районах за основними типами ліжок та окремі дані щодо їх роботи надано в таблицях: 2.1, 2.2, 2.3, 2.4 та представлено на рис. 2.7.

Таблиця 2.1

**Мережа багатoproфільних лікувальних закладів області
станом на 01.01.2023**

Територія (кластери)	до 50 ліжок	50-100	100-150	150-300	300-500	500-750	Всього
Тернопільський	3	2	5	5	1	-	16
Чортківський	-	5	2	2	1	-	10
Кременецький	2	1	1	2	-	-	6
Обласні заклади	-	-	1	-	1	1	3
По області	5	8	9	9	3	1	35

Примітка: Сформовано автором на основі матеріалів, наданих КНП „Тернопільський обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики”.

Таблиця 2.2

Мережа обласних лікувальних закладів станом на 01.01.2023

Всього ліжок	Однопрофільні	Спеціалізовані	Особливого типу	Перинатальні центри	Всього
До 50 ліжок	-	-	1	-	1
50-100	1	1	-	-	2
100-150	-	1	-	-	1
150-250	-	2	-	1	3
250-311	-	2	-	-	2
Всього	1	6	1	1	9

Примітка: Сформовано автором на основі матеріалів, наданих КНП „Тернопільський обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики”.

Таблиця 2.3

Розподіл ліжкового фонду за типами закладів в 2019-2022 (% ліжок)

Типи закладів	2019	2020	2021	2022
Всього, %	100,0	100,0	100,0	100,0
в т.ч. в закладах обласного підпорядкування	44,5	43,1	43,6	41,5
В центральних районних, центральних міських лікарнях та лікарнях багатoproфільних (колишніх ЦРЛ)	44,6	49,2	48,9	50,7
В міських і районних лікарнях міст і селищ міського типу	9,9	7,3	7,3	7,5
В інших закладах	1,0	0,4	0,2	0,3

Примітка: Сформовано автором на основі матеріалів, наданих КНП „Тернопільський обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики”.

Таблиця 2.4

Ліжковий фонд станом на 1.01.2023 року

Територія (кластери)	Кількість ліжок		Зайнятість ліжка	Середня тривалість перебування
	к-ть	на 10 тис. нас.		
Тернопільська область	7289	71,6	250,5	9,0
Тернопільський	2288	41,1	247,8	8,4
Чортківський	1353	42,1	250,1	7,6
Кременецький	623	44,5	244,5	7,6

Примітка: Сформовано автором на основі матеріалів, наданих КНП „Тернопільський обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики”.

З вищезазначеного можна зробити висновок, що забезпеченість лікарняними ліжками найвища у Кременецькому районі – 44,5 на 10 тисяч населення..

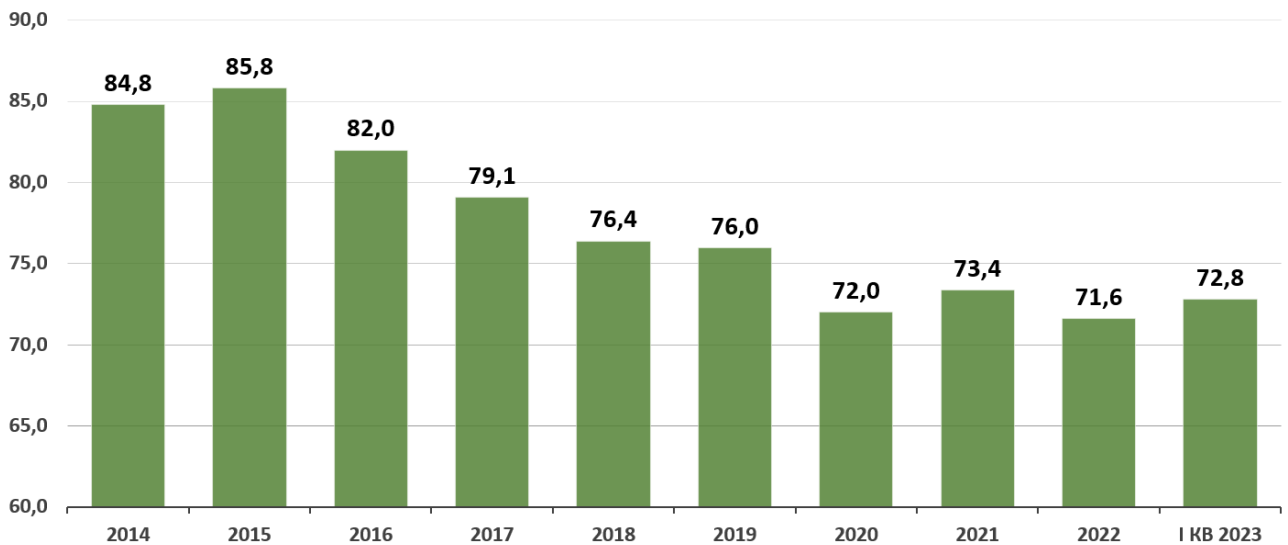


Рис. 2.7. Забезпеченість ліжками на 10 тис. населення Тернопільщини

Примітка: Сформовано автором на основі матеріалів, наданих КНП „Тернопільський обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики”.

Надання екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі забезпечує Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф (далі – Центр). У складі Центру створено 5 станцій екстреної (швидкої) медичної допомоги (далі – станції) – Тернопільська, Бережанська, Кременецька,

Теребовлянська, Чортківська, у складі яких функціонує 23 підстанції – 3 підстанції у складі Тернопільської станції і по 5 – у складі Бережанської, Кременецької, Теребовлянської та Чортківської станцій.

Для забезпечення доступності екстреної медичної допомоги населенню віддалених населених пунктів створено 24 пункти постійного базування екстреної медичної допомоги. Мережа пунктів постійного базування бригад Е(Ш)МД з моменту створення Центру (2012-2013 рр.) формувалася з метою забезпечення діючого на той час нормативу – 10-ти хвилинної транспортної доступності в містах і 20-ти хвилинної – поза межами міста відповідно до вимог постанови Кабінету Міністрів України від 21.11.2012 № 1119 „Про норматив прибуття бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події”, яка втратила чинність у зв’язку із затвердженням постанови Кабінету Міністрів України від 16 грудня 2020 року № 1271 „Про норматив прибуття бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події” (далі – Постанова)[21]. Відповідно до вимог Постанови існуюча мережа пунктів базування бригад Е(Ш)МД потребує змін, оскільки поза межами міста не може бути виконана вимога 10-ти хвилинного прибуття на критичні виклики до значної кількості віддалених сільських населених пунктів, проте для такого перегляду в даний час відсутні умови фінансового та матеріального забезпечення. На території області створено 26 пунктів постійного базування бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги. Впродовж поточного року відбулося закриття двох пунктів базування бригад:

у с. Устя-Зелене Бережанської станції роботу пункту призупинено по причині відсутності кадрового ресурсу та належних умов функціонування;

у с. Мишковичі Тернопільської станції пункт закритий по причині більш раціонального розміщення бригади у смт В.Березовиця.

Пункти тимчасового базування бригад Е(Ш)МД із сталим визначенням локації на даний час в області відсутні.

Ресурси екстреної медичної допомоги Тернопільщини відображено на рис. 2.8.



Рис. 2.8. Ресурси екстреної медичної допомоги Тернопільщини

Примітка: Сформовано автором на основі матеріалів, наданих КНП „Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф” Тернопільської обласної ради.

Аналізуючи кадрові ресурси медичних закладів досліджуваного регіону, можна зазначити, що станом на 01 січня 2023 року зареєстровано 4916,5 штатних лікарських посад, кількість зайнятих посад становить 4046,10, на яких працює 4104 фізичних особи.

Укомплектованість штатних посад лікарями (фізичними особами) утримується на рівні 83 відсотків (у 2021 – 84 відсотки).

Розрив (дефіцит) між штатними лікарськими посадами і фізичними особами за 2022 рік зменшився на 38 посад і становить 820,50 посад, а за 2021 рік – 782,5.

За 2022 рік показник забезпеченості лікарськими посадами на 10 тисяч населення складає: 45,8 штатними посадами (за 2021 рік – 45,2), 38,1 – зайнятими посадами (за 2021 рік – 38,4).

Питома вага атестованих лікарів залишається стабільною і становить 91 відсоток (2021 рік – 92 відсотки). Питома вага атестованих молодших спеціалістів з медичною освітою складає 69 відсотків (2021 рік – 79 відсотків).

Співвідношення між лікарями і середніми медичними працівниками станом на 01 січня 2023 року складає 1:1,7 (на 01 січня 2022 року – 1:1,8).

Штатна чисельність посад молодших спеціалістів з медичною освітою станом на 01 січня 2023 року складає 8449,25, з них зайнято – 7399,60, на яких працює 8190 фізичних осіб. Укомплектованість штатних посад середніх медичних працівників – 97 відсотків. Показник забезпеченості середніми медичними працівниками на 10 тисяч населення за 2022 рік складає: 80,6 штатними посадами (за 2021 рік – 85,0), зайнятими – 71,4 (за 2021 рік – 78,2).

Аналізуючи вищезазначене, можна зробити висновок, що різниця у забезпеченості лікарями закладів охорони здоров'я у розрізі районів області відчутна: найвища в Тернопільському районі (34,9 на 10 тисяч населення), найнижча – у Кременецькому (22,2 на 10 тисяч населення). У забезпеченості середнім медперсоналом – різниця мінімальна.

2.2. Аналіз чинного механізму та інструменти збалансування розвитку медичної допомоги в області.

Аналізуючи механізми та інструменти збалансування розвитку медичної допомоги в досліджуваному регіоні, варто зазначити, що з 2018 року в області, як і в Україні, запроваджено новий механізм фінансування медичної галузі. Заклади охорони здоров'я, які мають ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, отримали можливість укладання договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій з Національною службою здоров'я України (далі – НСЗУ), що провадить державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення.

Постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 411 „Деякі питання електронної системи охорони здоров'я” затверджено „Порядок функціонування електронної системи охорони здоров'я” та „Порядок опублікування відомостей з електронної системи охорони здоров'я НСЗУ”[26]. Заклади охорони здоров'я отримують кошти за фактично надані медичні послуги населенню згідно з договором з НСЗУ. Для надання гарантованого пакету послуг первинної медичної допомоги (далі – ПМГ) населенню, яке підписало декларації про медичне обслуговування, встановлено уніфіковані

ставки/тарифи, а також впроваджуються нові пакети ПМГ для надавачів первинної медичної допомоги. Проте, незважаючи на проведені зміни у фінансуванні та збільшення частки видатків на первинну медичну допомогу, зміст самої діяльності і перелік послуг її залишається майже незмінним. Найчастіше – це діагностика та лікування гострих розладів здоров'я пацієнтів, які самостійно звертаються за медичною допомогою. Відсутність ефективних профілактичних програм та програм формування здорового способу життя на рівні первинної медичної допомоги, низький рівень управління факторами ризику розвитку хронічної патології, дефіцит технологій для її раннього виявлення і лікування, відсутність навичок залучення населення до збереження здоров'я та активної участі в лікуванні значно ускладнюють ситуацію. Лікар залишається основним надавачем медичних послуг на рівні ПМД. Роль медичної сестри часто нівелюється. Мультидисциплінарний підхід у роботі ПМД ще недостатньо поширений і частково реалізується при наданні послуг пацієнтам з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, туберкульозом, психічними розладами. Запровадження системи направлень із застосуванням електронних інструментів змінило систему взаємодії пацієнтів із надавачами первинної та спеціалізованої медичної допомоги. Проте, лікарі ПМД не завжди ефективно виконують свою координаційну функцію. В умовах легкого доступу і відпуску більшості медикаментозних препаратів без рецепта, поширеності практик, які не відповідають принципам доказової медицини, значної кількості лікарських призначень вузькопрофільними спеціалістами при відсутності координації створюються додаткові ризики для здоров'я пацієнтів. Послуги амбулаторної спеціалізованої медичної допомоги надаються на основі організаційно недосконалої моделі поліклінічної практики комунальних закладів, які мають певні обмеження у використанні методів діагностики та лікування із застосуванням високих технологій. Тому пацієнти часто отримують такі послуги у закладах приватної форми власності, що призводить до додаткового фінансового навантаження на пацієнтів, а також до небажаних наслідків для їх здоров'я через відсутність системності послуг і недостатню їх координацію[27].

Відсутність цілісної системи електронних медичних записів, обліку та контролю за послугами амбулаторної спеціалізованої медичної допомоги не дозволяє оцінювати ефективність та якість таких послуг. Створюються передумови для надлишкової пропозиції, яка стає для пацієнтів додатковим тягарем[27].

Досліджуваний регіон має надлишкові потужності в госпітальній базі. Багато лікарень є монопрофільними, з низьким кадровим потенціалом, що не використовують сучасні технології та мають обмежені можливості для надання невідкладної та екстреної медичної допомоги. Тільки багатопрофільні заклади охорони здоров'я можуть забезпечити надання медичних послуг пацієнтам системно та комплексно, високоякісно та безпечно.

Багато послуг також можуть надаватися в умовах ПМД, амбулаторної спеціалізованої медичної допомоги в так званих „стаціонарах одного дня”, або поза системою охорони здоров'я.

Відсутність ефективної системи моніторингу якості надання медичної допомоги в умовах стаціонару не дозволяє оцінити, наскільки вона є безпечною і працює на задоволення потреб населення.

В області, як і в Україні, паралельно функціонує відомча система охорони здоров'я, що підвищує диспропорцію у фінансуванні різних надавачів медичних послуг[27].

Окрім того, процеси децентралізації в управлінні медичними закладами мають окремі недоліки у забезпеченні спроможності територіальних громад управління системою охорони здоров'я на місцевому рівні. Отримавши більш широкі повноваження, територіальні громади в особі їх керівників не були завчасно підготовлені до управління сферою охорони здоров'я. Це може призводити до помилкових рішень щодо розвитку медичних закладів без урахування потреб і кількості населення, безпеки медичної допомоги, закупівлі невідповідного обладнання, проведення будівельних робіт або створення нових закладів охорони здоров'я. Також виникає необхідність тісної взаємодії кількох територіальних громад для підтримки закладів охорони здоров'я, що

обслуговують населення, яке формує зазначені громади, на даний час є значною проблемою на практиці. Окрім того, потужні територіальні громади, які є власниками кількох закладів охорони здоров'я, розвивають їх несистемно, без взаємодії з іншими громадами, відповідними секторами районної та обласної адміністрацій, поза єдиним медичним простором[27].

Додаткової уваги потребують медичні послуги охорони здоров'я, які недостатньо розвивалися або не відповідали європейським підходам до їх надання. Якщо розвиток охорони ментального здоров'я, реабілітаційна та паліативна допомога вже реалізується у правовому полі, то довготривалий догляд та лікування не регулюється жодним нормативним документом. А враховуючи тенденцію до постаріння населення та велику кількість пацієнтів з апалічним синдромом внаслідок ведення бойових дій, цей вид медичної допомоги терміново потребує розвитку з впровадженням його регуляторного механізму[27].

В досліджуваному регіоні спостерігається нераціональне використання наявних ресурсів, зокрема: дублювання медичних послуг на різних рівнях надання медичної допомоги, яке характеризується концентрацією високоспеціалізованих медичних установ на певній адміністративній території. З одного боку створюється регіональна диспропорція медичного забезпечення, а з іншого – неефективне використання медичних ресурсів на обмеженій території.

Низька доступність до якісних послуг з охорони здоров'я, зокрема, спостерігається диспропорція у забезпеченні якісними медичними послугами сільського та міського населення області, географічна віддаленість деяких населених пунктів у поєднанні з низькою якістю доріг і транспортного зв'язку обмежує можливості певної частини населення отримати якісну медичну допомогу.

Окрім того, спостерігається низька якість кадрового забезпечення закладів охорони здоров'я, зокрема, негативний кадровий баланс: постаріння

працівників, недостатня якість підготовки медичних кадрів, недостатній приплив кваліфікованих молодих спеціалістів.

Ще одним важливим фактором, який гальмує розвиток галузі, є недосконалість законодавства, що регламентує діяльність медичної галузі.

Збалансований розвиток медичної допомоги потребує впровадження різних інструментів та стратегій, щоб забезпечити ефективне та доступне надання послуг для всіх верств населення. Розглянемо деякі інструменти та підходи, що можуть бути використані для збалансованого розвитку медичної системи.

1. Стратегічне планування.

В контексті медичної допомоги стратегічне планування є інструментом для досягнення цілей та забезпечення ефективного функціонування медичної системи. Визначення стратегічних цілей та завдань є ключовим етапом стратегічного планування в медичній сфері. Це процес пошуку напрямів розвитку та конкретні завдання, які потрібно виконати для досягнення визначених цілей. Ось кілька кроків, які можна врахувати при визначенні стратегічних цілей та завдань у медичному стратегічному плані:

системний аналіз – проведення комплексного аналізу медичного сектору, включаючи демографічні та епідеміологічні тренди, для розробки потреб та пріоритетів; визначення потреби населення в медичній допомозі та забезпечення адекватного відповідного розподілу ресурсів для задоволення цих потреб;

визначення основних цілей та напрямків розвитку медичної системи на основі встановлення місії та візії;

розробка стратегічних цілей та завдань – встановлення конкретних, вимірюваних, досяжних, реалістичних та часових (SMART) цілей для досягнення стратегічних завдань;

визначення ключових ініціатив – розробка конкретних програм та проектів для реалізації стратегічних цілей, враховуючи ресурси та терміни.

Враховуючи зазначене, стратегічне планування, побудоване на аналізі потреб та викликів, є інструментом для створення сучасної та стійкої системи охорони здоров'я, яка забезпечує високий рівень медичної допомоги для всього населення.

2. Географічне планування – стратегічний процес вибору та розміщення медичних установ і послуг для забезпечення максимальної доступності та ефективності надання медичної допомоги в конкретному регіоні чи території. Цей підхід спрямований на оптимізацію розподілу цих медичних ресурсів, урахування особливостей населення та географічних умов для забезпечення найбільш ефективного функціонування системи охорони здоров'я. Основні аспекти географічного планування включають:

розміщення медичних установ – вибір оптимального місця для лікарень, клінік, амбулаторій, медичних центрів тощо;

урахування густоти населення, демографічні характеристики та доступність транспортних засобів;

створення мережі закладів – розгляд потреби регіону та розподілу медичних послуг для створення ефективної мережі закладів охорони здоров'я, визначення ролі кожного закладу в системі та оптимізація їх взаємодії;

аналіз географічних бар'єрів – урахування природних або інфраструктурних обмежень, які можуть вплинути на доступність медичних послуг та розробка стратегій для подолання цих бар'єрів;

розвиток телемедицини – впровадження технологій телемедицини для забезпечення медичних послуг у віддалених або важкодоступних регіонах, забезпечення доступу до консультацій та діагностики за допомогою інформаційно-комунікаційних технологій;

аналіз місцевих потреб – урахування специфічних медичних потреб та проблем місцевого населення, адаптація послуг до конкретних географічних та культурних особливостей.

3. Планування екстрених випадків.

Система сповіщення та мобілізації є ключовою складовою планування екстрених випадків у галузі охорони здоров'я, є критично важливою для оперативного реагування на надзвичайну ситуацію та координації діяльності медичного персоналу, рятувальних служб та інших цікавих сторін та включає кілька основних етапів та складових забезпечення ефективного та оперативного реагування на надзвичайній ситуації:

аналіз потреб та ризиків – включає оцінку негативних надзвичайних ситуацій та їх впливів на систему охорони здоров'я, визначення основних потреб у сповіщенні та мобілізації для різних видів надзвичайних ситуацій;

вибір технологічних рішень – визначення та впровадження технологічних засобів для сповіщення, таких як системи автоматизованого надсилання повідомлень, додатки для мобільних пристроїв та гучномовні системи, забезпечення сумісності та інтеграції з існуючими інформаційними системами в охороні здоров'я;

розробка чітких процедур та протоколів для активації систем у різних сценаріях надзвичайних ситуацій, забезпечення тренувань персоналу та процедури періодичного оновлення;

створення групи спільного реагування та розподілу ролей для різних категорій медичного та адміністративного персоналу, забезпечення можливості швидкої та точної ідентифікації осіб, які повинні брати участь у вирішенні конкретних завдань;

централізоване керування та моніторинг – встановлення централізованої панелі управління для перегляду за станом системи та можливості швидкого реагування на зміни ситуації, реалізація системи моніторингу для відстеження ефективності та робочих параметрів;

тестування та моделювання – регулярне проведення тестів та симуляцій надзвичайних ситуацій для перевірки працездатності системи та підготовки персоналу до дій у реальних умовах;

проведення навчання для медичного персоналу та інших учасників системи з використанням систем сполучення та мобілізації, забезпечення виконання інструкцій та регулярних оновлень для підтримки навчання;

проведення публічних кампаній з планування інформування громадськості про систему сповіщення та мобілізації і навчання правилам дій в екстрених ситуаціях, взаємодія з громадськістю через медіа та соціальні мережі.

4. Ефективне використання ресурсів.

Цей інструмент включає:

оптимізацію процесів, а саме, проведення аналізу всіх етапів надання медичних послуг з використанням можливостей для оптимізації, спрощення рутинних завдань, уніфікацію процедур та зменшення зайвих адміністративних процесів;

використання інноваційних технологій для покращення обміну даними та комунікації між медичними установами, впровадження електронних медичних сервісів, що сприяє більш ефективному зберіганню та обробці медичних даних.

використання телемедицини та віддалених консультацій для забезпечення доступу до медичних послуг у регіонах, де обмежений доступ до медичних установ або спеціалістів, що може значно полегшити обслуговування населення та зменшити транспортні витрати;

встановлення єдиних стандартів для обміну медичною інформацією між усіма установами, що забезпечує взаємну сумісність та сприяє координації у догляді за пацієнтами;

аналіз та ефективний розподіл ресурсів (персоналу, обладнання, лікарських засобів та виробів медичного призначення) з урахуванням потреби та запиту на медичні послуги; це допоможе уникнути перевантаження деяких установ та оптимізувати використання ресурсів;

використання системи планування та розкладу для ефективного використання робочого часу медичного персоналу та управління чергами;

навчання та підтримку персоналу, забезпечення медичного персоналу навичками та знаннями щодо ефективного використання ресурсів, врахування технологічних інновацій та оптимізації робочих процесів;

розвиток партнерств та співпраці між медичними установами з обміну ресурсами та взаємодопомоги в умовах підвищеного навантаження;

створення стимулів для медичних установ та працівників, впровадження інновацій та удосконалення систем.

5. Контроль якості та результативності надання медичних послуг.

Контроль якості та ефективності надання медичних послуг є важливим аспектом управління системою охорони здоров'я, що забезпечує високий рівень медичної допомоги, визначення проблем та можливостей щодо їх усунення з метою удосконалення надання медичної допомоги населенню. Ось деякі ключові аспекти зазначеного інструменту:

стандарты та процедури – передбачає розробку чітких стандартних операційних процедур надання медичних послуг, визначення критеріїв якості та безпеки, які відповідають міжнародним та національним стандартам;

моніторинг та оцінка якості – передбачає впровадження системи постійного моніторингу якості надання медичних послуг, ефективності та безпеки лікування, реабілітації, догляду, аналізу результатів та статистики;

залучення пацієнтів – забезпечення зворотного зв'язку між медичною установою та пацієнтами, що дозволяє визначити їх задоволеність медичним обслуговуванням; це можна досягнути шляхом впровадження анкетування, інтерв'ю та інших методів визначення потреби та очікування потреб;

внутрішні та зовнішні аудити – проведення внутрішніх аудитів з метою перевірки відповідності внутрішнім стандартам та процедурам, зовнішніх аудитів – для об'єктивної оцінки якості та безпеки.

система звітності – розробляється для відстеження ключових показників якості та результативності роботи закладу, окрім того, проводиться публікація звітів для громадськості та стейкхолдерів;

постійне вдосконалення – визначення слабких місць у системі та впровадження ефективних заходів для її вдосконалення, залучення медичного персоналу до процесу вдосконалення та інновацій;

використання інформаційних технологій для збору та аналізу даних про якість послуг, впровадження електронних систем ведення медичної документації для полегшення моніторингу та звітності;

забезпечення дотримання етичних та професійних стандартів медичної практики, контроль за дотриманням медичним персоналом етичних норм та правил;

забезпечення контролю щодо безперервного навчання та розвитку адміністрації та медичного персоналу, удосконалення знань та навичок для впровадження сучасних методів лікування;

підтримання міжнародних стандартів якості та можливості отримати сертифікати від відомих світових медичних організацій.

Контроль якості та результативності допоможе створити продуктивну, високоякісну та ефективну систему надання медичних послуг, спрямовану на досягнення здоров'я населення.

6. Участь громади.

Залучення громади до процесу планування в системі охорони здоров'я є важливим кроком для забезпечення відповідності стратегій та планів реальним потребам та очікуванням населення.

Організація відкритих громадських форумів та „круглих столів” для обговорення важливих питань у сфері охорони здоров'я, забезпечення прозорості та відкритості при прийнятті стратегічних рішень, проведення опитувань серед громади для збору думок щодо якості медичних послуг та інших аспектів системи охорони здоров'я, врахування результатів анкетування при формуванні планів розвитку, співпраця з громадськими організаціями, які представляють інтереси певних груп населення, розробка спільних ініціатив та проектів для вирішення проблем та покращення послуг, забезпечення участі громадських лідерів у прийнятті стратегічних рішень, проведення освітніх

заходів серед громади з питань здоров'я та доступу до медичних послуг, підвищення свідомості громади та обізнаності щодо прав та можливостей у сфері охорони здоров'я, використання електронних інструментів та онлайн-платформи для зручності обміну інформацією, забезпечення доступу до інформації для громади щодо фінансових витрат, планів розвитку та результатів діяльності та залучення громади до планування дозволяє створити більш відповідальну та ефективну систему охорони здоров'я, яка враховує реальні потреби та очікування населення.

7. Фінансова стійкість

Бюджетування та фінансове планування є ключовими елементами ефективного управління фінансами в системі охорони здоров'я. Ці інструменти дозволяють раціонально розподіляти фінансові ресурси, забезпечуючи необхідність медичних послуг та підтримуючи стійкість фінансового стану установ охорони здоров'я. Ось декілька ключових аспектів бюджетування та фінансового планування:

визначення потреби в медичних послугах та аналіз наявних фінансових ресурсів, вибір оптимальних шляхів щодо забезпечення збалансованого розподілу бюджету;

формування бюджету, включаючи призначення коштів на оплату персоналу, закупівлю обладнання, проведення досліджень та інші потреби;

урахування стратегічних цілей та завдань при формуванні бюджету – фінансові ресурси повинні сприяти досягненню стратегічних пріоритетів системи охорони здоров'я;

введення резервів та запасів у бюджет для покриття непередбачуваних витрат або врахування екстрених ситуацій, таких як епідемії чи надзвичайні події;

системний моніторинг використання бюджетних коштів та вжиття заходів контролю з метою уникнення перевищення бюджетних обмежень та забезпечення ефективного використання ресурсів;

забезпечення відкритої комунікації з громадськістю та іншими зацікавленими сторонами щодо розподілу фінансових ресурсів та витрат;

забезпечення доступності інформації про фінансову діяльність установ системи охорони здоров'я, включаючи звіти, бюджетні витрати та інші фінансові документи;

створення резервного капіталу для забезпечення фінансової стійкості та можливості регулювати зміни в умовах надання медичних послуг;

розробка стратегій фінансової стійкості.

8. Мережеві структури та партнерства.

Мережеві структури та партнерства в системі охорони здоров'я відіграють ключову роль у забезпеченні координації, інтеграції та вдосконалення надання медичних послуг. Створення мережевих структур та партнерств між різними організаціями дозволяє оптимізувати ресурси, покращити доступність та якість медичної допомоги. Розглянемо деякі аспекти мережевих структур та партнерств у сфері охорони здоров'я:

локальні кластери та мережі – формування локальних кластерів або мережевих закладів охорони здоров'я сприяє об'єднанню ресурсів та експертизи для виконання спільних завдань. Це може включати лікарні, клініки, лабораторії, реабілітаційні центри та інші установи;

горизонтальна та вертикальна інтеграція – горизонтальна інтеграція передбачає співпрацю між різними видами медичних установ (наприклад, лікар і клініка тощо), а вертикальна – співпрацю на різних рівнях надання медичних послуг (первинна, спеціалізована, екстрена медична допомога);

партнерство з громадськістю – передбачає залучення представників громадськості, пацієнтських та неприбуткових організацій до партнерства з метою забезпечення залученості громади до прийняття ключових рішень та врахування їх потреб у процесі планування та надання медичних послуг.

створення мережі для надання екстреної медичної допомоги, що включає швидку медичну допомогу, лікарні та інші установи, з метою ефективного реагування на надзвичайні ситуації та травми;

створення мережевих структур лікарень та медичних центрів для об'єднання спеціалізованих послуг та ресурсів, що сприяє покращенню координації та доступності лікування.

застосування технологій для створення мережевих систем телемедицини, що забезпечують віддалені консультації та надання медичних послуг через віртуальний простір;

академічно-медичні партнерства – передбачають співпрацю між медичними університетами, дослідницькими центрами та клінічними установами для розвитку новітніх методів лікування та навчання медичного персоналу;

глобальні партнерства та обмін досвідом – участь у глобальних мережах та партнерствах, що дозволяє обмінюватися досвідом, використовувати найкращі практики та розвивати стандарти медичної допомоги;

залучення приватного сектору – передбачає співпрацю з приватним медичним сектором для реалізації проектів з розвитку медичної інфраструктури, надання послуг та реалізації інновацій;

допомога та фінансування від міжнародних організацій – залучення фінансової підтримки та технічної допомоги від міжнародних організацій для розвитку медичної системи.

Важливо підкреслити необхідність постійного моніторингу та адаптації стратегій до змін у соціально-економічному та медичному середовищі. Цей підхід дозволяє медичній системі бути гнучкою та реагувати на нові виклики та можливості.

Таким чином, вищезазначені підходи та інструменти можуть допомогти збалансувати розвиток медичної системи, забезпечити ефективність та доступність послуг для всіх верств населення, а також підтримати конкретні потреби різних регіонів та груп послуг. Об'єднання цих стратегій сприятиме створенню високоефективної та дієвої медичної системи.

2.3. Передумови формування спроможної мережі закладів охорони здоров'я в рамках госпітального округу.

Передумовою формування спроможної мережі закладів охорони здоров'я в межах Тернопільського госпітального округу було впровадження третього – інфраструктурного етапу медичної реформи, який розпочався з ухвали Кабінетом Міністрів України 8 лютого 2023 року Постанови № 174 „Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я”[22].

Зазначеною постановою визначено механізми функціонування госпітального округу та госпітальних кластерів з встановленням їх меж, порядок визначення надкластерних, кластерних, загальних та інших видів закладів охорони здоров'я, що входять до спроможної мережі (цей порядок детально описаноу розділі 1.2).

Головними завданнями реформи є формування та забезпечення функціонування спроможної моделі закладів охорони здоров'я, яка буде гарантувати охоплення населення ефективним, доступним медичним обслуговуванням та першочергово спрямовувати ресурси, які дозволять відновити систему і забезпечити її розвиток.

З метою забезпечення реалізації вимог зазначеної Постанови[22] розпорядженням начальника Тернопільської обласної військової адміністрації від 28.03.2023 № 152/01.02-01 „Про формування спроможної мережі закладів охорони здоров'я Тернопільського госпітального округу” утворено робочу групу обласної військової адміністрації щодо формування спроможної мережі закладів охорони здоров'я Тернопільського госпітального округу (далі – робоча група)[30]. Перше засідання робочої групи відбулося 13 квітня 2023 року, під час якого розглянуто плани розвитку спроможної мережі госпітальних кластерів: Тернопільського, Кременецького та Чортківського районів, які представлені начальниками Тернопільської, Кременецької районних військових адміністрацій та начальником відділу з гуманітарних питань Чортківської районної військової адміністрації.

В ході засідання детально обґрунтовано висунуті пропозиції, зокрема начальника Тернопільської районної військової адміністрації, яким

запропоновано визначити 4 кластерні заклади охорони здоров'я, 6 загальних та 27 надавачів медичних послуг, які надають первинну медичну допомогу в Тернопільському районі та уклали договори з Національною службою здоров'я України. Звернуто увагу на спроможність комунального некомерційного підприємства „Козівська центральна районна лікарня Козівської селищної ради”, яке запропоновано визначити одним із кластерних закладів Тернопільського району. Також, зазначено географічно вигідне розташування вказаної лікарні, наявність матеріально-технічної бази та укомплектованість спеціалістами і сучасним обладнанням, яка здатна забезпечити надання кваліфікованої медичної допомоги населенню навколишніх громад. Окрім того, відзначено фінансову спроможність закладу, яка згідно з договорами, підписаними з Національною службою здоров'я України, збільшилась на 14,8 мільйонів гривень у порівнянні із попереднім роком.

Поряд з цим, опрацьовано пропозицій Тернопільської обласної ради щодо визначення спроможної мережі закладів охорони здоров'я спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст Тернопільської області, згідно з якими запропоновано визначити надкластерними закладами охорони здоров'я: комунальне некомерційне підприємство „Тернопільська обласна клінічна лікарня” Тернопільської обласної ради, приєднавши до нього комунальне некомерційне підприємство „Тернопільський обласний клінічний шкірно-венерологічний диспансер” Тернопільської обласної ради та комунальне некомерційне підприємство „Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня” Тернопільської обласної ради, приєднавши до нього комунальне некомерційне підприємство „Тернопільський обласний клінічний перинатальний центр „Мати і дитина” Тернопільської обласної ради. Надкластерними закладами, які виконують функцію головного центру з організації та надання медичної і реабілітаційної допомоги – комунальні некомерційні підприємства Тернопільської обласної ради: „Тернопільський обласний клінічний онкологічний диспансер”; „Тернопільська обласна клінічна психоневрологічна

лікарня”; „Тернопільський регіональний фтизіопульмонологічний медичний центр”.

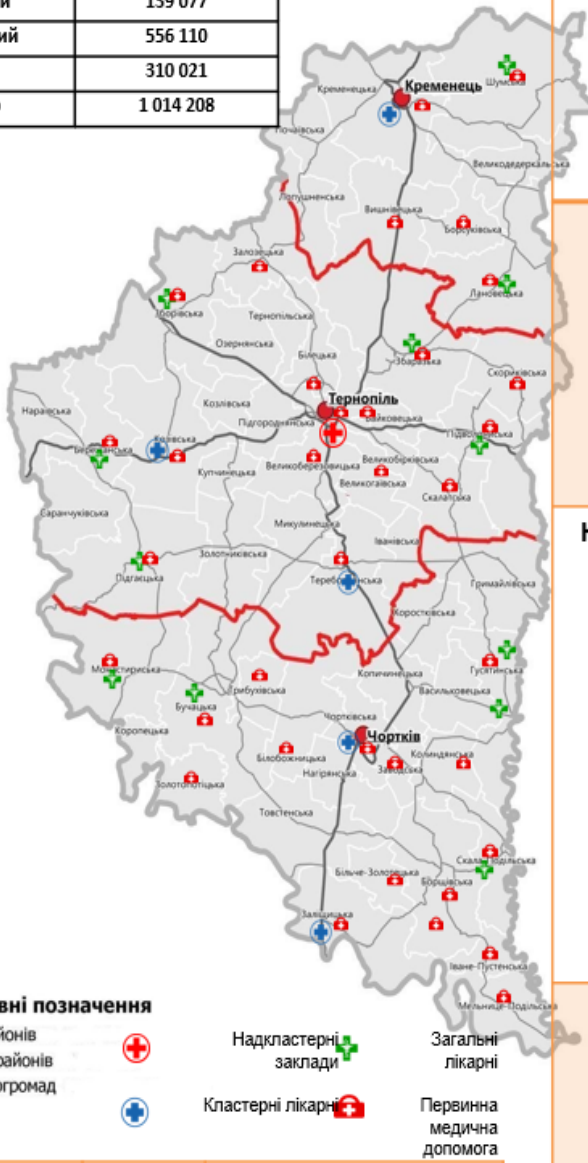
За результатами засідань комісії прийнято ряд відповідних рішень та підтримано оголошені пропозиції.

В ході наступних засідань внесено відповідні корективи до пропозицій формування спроможної мережі, а саме в частині визначення надкластерним закладом охорони здоров'я комунального некомерційного підприємства „Тернопільська обласна клінічна лікарня” Тернопільської обласної ради, приєднавши до нього комунальні некомерційні підприємства Тернопільської обласної ради „Тернопільський обласний клінічний шкірно-венерологічний диспансер” та „Тернопільська обласна лікарня „Хоспіс”. Проведено аналіз організаційної структури медичної системи Тернопільського госпітального округу, оцінку наявних медичних закладів, їх кількості, розташування та оснащення. Окрім того, проведено оцінку доступності медичних послуг для різних соціальних груп населення, аналіз факторів, що впливають на доступність, таких як відстань до лікарні, економічний статус тощо. Оцінку рівня якості надання медичних послуг, включаючи показники ефективності, безпеки, рівня задоволення зазначеними послугами. Аналіз наявних систем контролю якості та їх впливу на покращення стандартів медичної допомоги, оцінку системи фінансування, ефективності використання ресурсів. Системний аналіз витрат та досягнень для забезпечення ефективного використання ресурсів, оцінку кваліфікації медичного персоналу, їх кількості та розподілу за спеціальностями, аналіз спроможності механізмів стимулювання та утримання кваліфікованого персоналу, оцінка рівня впровадження технологій у медичну практику та їх впливу на якість та доступність послуг, аналіз системи звітності та прозорості щодо діяльності системи охорони здоров'я регіону.

Підсумовуючи напрацьовані матеріали та прийняті комісією рішення було сформовано проєкт спроможної мережі закладів охорони здоров'я області, що представлений на рис. 2.9.

Тернопільський госпітальний округ

Назва	Населення (тис. осіб)
Кременецький	139 077
Тернопільський	556 110
Чортківський	310 021
Всього	1 014 208



Надкластерні заклади	2	<ul style="list-style-type: none"> •КНП “Тернопільська обласна клінічна лікарня” ТОР ПРИЄДНАТИ • Шкірно-венерологічний диспансер • „Хоспіс” •КНП “Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня” ТОР ПРИЄДНАТИ • КНП „Тернопільський обласний клінічний перинатальний центр „Мати і дитина” ТОР
Надкластерні центри	3	<ul style="list-style-type: none"> •КНП “Тернопільська обласна клінічна психо-неврологічна лікарня” •КНП “Тернопільський регіональний фізіопульмонологічний центр” •КНП “Тернопільським обласний клінічний онкологічний диспансер”
Кластерні заклади	7	<ul style="list-style-type: none"> •Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги ПРИЄДНАТИ • Міська КЛ № 3 • Лікувально-діагностичний центр •Тернопільська комунальна міська лікарня №2 ПРИЄДНАТИ • Тернопільська дитяча МКЛ •Теребовлянська МЛ •Козівська ЦРЛ •Кременецька опорна лікарня •Чортківська ЦМЛ •Заліщицька ЦМЛ
Загальні лікарні	13	<ul style="list-style-type: none"> •КНП “Бережанська ЦМЛ” •КНП “Зборівська лікарня” •КНП “Збаразька ЦЛ” •КНП “Підволочиська ЦЛ” •КНП “Підгаєцька ЦМЛ” •КНП “Борщівська МЛ” •КНП “Бучацька МЛ” •КНП Гусятинська КЛ •КНП “Копичинецька КЛ” •КНП “Монастирська МЛ” •КНП “Шумська МЛ” •КНП “Лановецька МЛ” •КНП “Тернопільська ЦРЛ”
Екстрена медична допомога		ЕМД — це медична допомога, яка полягає у невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходах, спрямованих на врятування і збереження життя людини у невідкладному стані.

Первинна медична допомога	67	<p>67 надавачів первинної медичної допомоги, з них:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ 43 комунальної форми власності, з них: <ul style="list-style-type: none"> • 6 ЗОЗ, що надають первинну та спеціалізовану (стаціонарну та амбулаторну) допомогу; 31 ЦПМСД; • 6 АЗПСМ (як окремі юридичні структури); ➢ 24 приватної форми власності (законтрактовані з НСЗУ).
----------------------------------	-----------	---

Рис. 2.9. Проект спроможної мережі закладів охорони здоров'я Тернопільського госпітального округу.

Примітка: Сформовано автором на основі матеріалів, наданих робочою групою обласної військової адміністрації з формування спроможної мережі

Окрім того, розроблено план розвитку Тернопільського госпітального округу.

Висновки до розділу 2.

1. Проведений аналіз чинної моделі розвитку медичної допомоги та мережі області виявив проблеми та недоліки, які необхідно вирішити для удосконалення системи охорони здоров'я.

2. Недостатня доступність спеціалізованих медичних послуг у віддалених районах та сільській місцевості є однією з основних проблем. Це обмежує можливості багатьох пацієнтів отримувати необхідну допомогу вчасно та якісно.

3. Нерівномірне розподілення медичних закладів і ресурсів, які не завжди відповідають потребам населення, також є значною проблемою. Це може призводити до перевантаження деяких закладів та недостатнього використання потенціалу інших.

4. Недостатня координація та взаємодія між різними рівнями медичної допомоги, а також між медичними закладами різних форм власності, ускладнює надання ефективної та інтегрованої медичної допомоги.

5. Недостатнє фінансування та розпорошення ресурсів є ще одним викликом, який обмежує можливості розвитку медичної допомоги та мережі. Необхідно забезпечити достатній рівень фінансування та розподіл ресурсів, щоб надавати якісну, доступну та безоплатну медичну допомогу населенню.

6. Виникає потреба у розробці адекватного нормативно-правового забезпечення, збалансованого з конституційними нормами; застосуванні сучасних управлінських підходів: управління змінами та проєктного підходу; постійному моніторингу та оцінці для швидкого реагування на виклики і ризики, а також у ретельній підготовці керівників та працівників закладів охорони здоров'я щодо роботи в нових умовах соціально-економічного розвитку.

РОЗДІЛ 3. ОБГРУНТУВАННЯ КОНЦЕПТУАЛЬНИХ ЗАСАД ТА ПРАКТИЧНИХ ДІЙ З ФОРМУВАННЯМОДЕЛІ СПРОМОЖНОЇ МЕРЕЖІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ДОСЛІДЖУВАНОМУ РЕГІОНІ.

3.1. Стратегічні цілі, пріоритети розвитку охорони здоров'я та механізми їх реалізації з пропозиціями визначення спроможної мережі.

Вивчення існуючих проблем та недоліків організації надання медичної допомоги в досліджуваному регіоні дозволило визначити потребу у покращенні її моделі. Для розв'язання зазначених проблем необхідно визначити стратегічні цілі та завдання розвитку системи медичної допомоги і на цій основі розробити модель управління, яка б забезпечила досягнення зазначених цілей.

Основними стратегічними цілями у сфері охорони здоров'я Тернопільської області на 2023-2025 роки можна визначити наступні.

1. Реорганізація мережі закладів охорони здоров'я госпітального округу з метою приведення їх функціональних потужностей (кадрового потенціалу, матеріально-технічного оснащення) до рівня зазначених вимог для гарантованого своєчасного доступу населення до якісного медичного обслуговування, виходячи із наявних регіональних потреб.

2. Ефективне використання ресурсів системи охорони здоров'я та інвестицій для розвитку спроможної мережі, спрямованих на покращення доступності та якості надання медичної та реабілітаційної допомоги.

3. Забезпечення фінансової стійкості закладів охорони здоров'я, що входять до спроможної мережі, з метою балансу якісної спеціалізованої медичної допомоги та наявного обсягу фінансових ресурсів.

4. Контроль наявності якісних медикаментозних препаратів, вакцин та виробів медичного призначення в закладах охорони здоров'я та їх використання відповідно до вимог договорів з Національною службою здоров'я України.

5. Поступове вдосконалення транспортної доступності до закладів охорони здоров'я, що входять до спроможної мережі.

6. Розвиток кадрової спроможності, підвищення продуктивності праці та забезпечення безперервності професійного розвитку працівників охорони здоров'я різних спеціальностей, мультидисциплінарних команд у різних сферах медичного обслуговування в межах госпітального округу.

7. Підвищення якості та попиту на медичні послуги.

8. Удосконалення механізмів контролю якості медичного обслуговування та безпеки пацієнтів.

9. Розширення послуг первинної медичної допомоги у громадах, як найбільш оперативного та економічно доцільного механізму надання медичних послуг.

Окрім того, необхідно визначити завдання, які пов'язані з переліком пріоритетних напрямів розвитку медичної сфери, шляхи виконання завдань та досягнення стратегічних цілей в досліджуваному регіоні.

1. Розширення послуг первинної медичної допомоги у територіальних громадах та удосконалення механізмів доступу до медичних послуг шляхом надання медичних послуг за напрямками: „Супровід і лікування дорослих та дітей з психічними розладами на первинному рівні медичної допомоги”; „Ведення вагітності в амбулаторних умовах”; „Паліативна допомога”; „Супровід та лікування пацієнтів з туберкульозом”.

2. Покращення доступності та якості медичних послуг пацієнтам у невідкладних станах у Центрі екстреної медичної допомоги та медицини катастроф (далі – Центр) шляхом додаткового забезпечення Центру сучасними санітарними автомобілями, проведення аналізу оперативних показників роботи бригад, підвищення відсотка своєчасного обслуговування викликів екстреної медичної допомоги.

3. Покращення доступності та якості медичних послуг матерям та дітям за рахунок підвищення відсотка осіб, які використовують методи планування сім'ї, підвищення відсотка жінок, що здійснюють регулярні візити до жіночої консультації, проведення заходів щодо зниження дитячої смертності, проведення заходів щодо запобігання материнської смертності, підвищення

відсотка новонароджених, які виписались з пологового будинку на виключно грудному вигодовуванні.

4. Продовження розвитку та доступності послуг із трансплантації органів на базі Тернопільської обласної клінічної лікарні шляхом забезпечення оснащення відповідним сучасним обладнанням, навчання та укомплектування кадрами, продовження договорів на навчання, співпраці з надання послуг в галузі трансплантології.

5. Покращення доступності та якості надання реабілітаційної допомоги в регіоні за допомогою проведення заходів щодо подальшого розвитку та розширення даного напрямку медичного обслуговування в закладах охорони здоров'я області, навчання та забезпечення кадрового ресурсу, підвищення відсотка пацієнтів з позитивною динамікою відновлення за показниками моніторингу їх стану здоров'я, проведення заходів з навчання пацієнтів та їх доглядачів щодо уникнення та запобігання можливих ускладнень.

6. Зміцнення, розширення та поліпшення якості послуг для лікування і контролю інфекційних хвороб та епідемій, запобігання їх виникненню та поширенню: зниження поширеності ВІЛ серед осіб віком 15-35 років; контроль відсотка вагітних жінок, які відвідують жіночу консультацію, пройшли обстеження щодо ВІЛ і обізнані зі своїми результатами; контроль показника – відсоток ВІЛ + вагітні жінки, які отримали антиретровірусну терапію (далі – АРТ), зменшення кількості пар, які не усвідомлюють небезпеку запобігання передачі ВІЛ від матері до дитини, збільшення питомої ваги охоплення хворих із ВІЛ/СНІД АРТ-терапією, зниження захворюваності та поширеності на ВІЛ/СНІД, контроль показників поширеності та захворюваності на всі види туберкульозу та вірусні гепатити В і С.

7. Підвищення доступності і якості кадрових ресурсів для забезпечення потреб системи охорони здоров'я у професійних медичних кадрах, безперервний професійний розвиток медичних кадрів шляхом збільшення кількості підготовлених кваліфікованих фахівців, підвищення відсотка

висококваліфікованих кадрів у закладах охорони здоров'я, збільшення кількості фахівців (лікарів та сестер медичних) з інфекційного контролю.

8. Покращення менеджменту галузі шляхом підвищення відсотка підготовлених (навчених) працівників, забезпечення повноти статистичної облікової інформації, збільшення кількості проведених оперативних і планових нарад та якості підготовки звітів, стандартизації надання медичної допомоги та створення дієвої системи контролю якості медичних послуг, розроблення маршрутів пацієнтів та контроль за їх дотриманням, підвищення кількості пацієнтів, яким надано медичні послуги в закладах охорони здоров'я, збільшення відсотка задоволених від госпіталізації, контролю показників: середньої тривалості перебування хворого в стаціонарі, летальності у стаціонарах, використання електронних технологій як засобів сучасного управління та кроків до інтеграції, розвитку та удосконалення єдиної інформаційної медичної мережі госпітального округу.

9. Підвищення ролі громадськості в прийнятті рішень щодо організації та надання медичної допомоги.

Очікуваними кінцевими результатами мають бути:

забезпечення територіальної доступності до надання первинної та спеціалізованої медичної допомоги населенню госпітального округу;

забезпечення ефективної координації між закладами охорони здоров'я, що надають первинну, спеціалізовану та екстрену медичну допомогу;

забезпечення якості та безоплатності надання медичних послуг пацієнтам;

зниження показників поширеності, захворюваності та первинної інвалідизації серед населення;

зниження поширеності та захворюваності на ВІЛ/СНІД;

зменшення показників малюкової та перинатальної смертності;

стабілізація показника смертності серед мешканців області.

Таким чином, визначення та реалізація таких стратегічних цілей і пріоритетів створює фундамент для розвитку сучасної та спроможної системи охорони здоров'я, яка відповідає викликам сучасності та потребам населення.

3.2. Проектування створення госпітальних локальних кластерів в досліджуваному регіоні.

Для визначення спроможної мережі закладів охорони здоров'я варто враховувати розділення основних функціональних напрямків: первинна медична допомога, спеціалізована екстрена медична допомога, спеціалізована медична допомога за профілями, реабілітаційна та паліативна допомога. Кожен напрямок медичної допомоги потребує своїх специфічних закладів та ресурсів. Ваємодію між цими закладами можна забезпечити шляхом кластерного підходу та створення спроможної мережі закладів охорони здоров'я на основі визначених пріоритетів та стратегічних цілей.

Як уже зазначалося у розділі 2.3, госпітальні кластери в Тернопільській області створювались з урахуванням вимог постанови Кабінету Міністрів України від 28 лютого 2023 року № 174 „Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я” [22] та на виконання розпоряджень начальника Тернопільської обласної військової адміністрації: від 28.03.2023 № 152/01.02-01 „Про формування спроможної мережі закладів охорони здоров'я Тернопільського госпітального округу”[30] і від 05 серпня 2023 р. № 434/01.02-01 „Про затвердження переліку закладів спроможної мережі закладів охорони здоров'я Тернопільського госпітального округу”[31].

Тернопільський госпітальний округ та госпітальні кластери корелюються з процесом реалізації добровільного об'єднання територіальних громад області.

Такий підхід забезпечує позитивний вплив на якість, своєчасність та доступність надання медичної допомоги населенню, ефективне використання матеріальних, трудових і фінансових ресурсів.

Для інтеграції об'єднуються: послуги в лікарнях та догляд на рівні громади; первинна та спеціалізована медична допомога; інтенсивне лікування та реабілітація; фізичні та психічні аспекти здоров'я; медична та соціальна допомога.

Модель спроможної мережі закладів охорони здоров'я Тернопільського госпітального округу загалом та у розрізі госпітальних кластерів (Тернопільського, Чортківського та Кременецького) представлена у Додатку А.

Визначення статусу закладів, що увійшли до спроможної мережі (загальний, кластерний, надкластерний), дасть можливість визначити нові шляхи для всіх без виключення пацієнтів щодо отримання спеціалізованих медичних послуг. Маршрути екстреної медичної допомоги будуть створені на основі нової типологізації закладів охорони здоров'я, тому екстрена госпіталізація буде проводитись у визначений заклад відповідно до стану пацієнта.

Відповідно, розробка ефективних маршрутів пацієнтів є важливим елементом управління системою надання медичної допомоги. Це допомагає забезпечити оптимальне використання медичних ресурсів, скоротити час очікування на медичну допомогу та забезпечити належний рівень якості медичних послуг. Для розробки ефективних маршрутів пацієнтів необхідно враховувати різні фактори, такі як медичний стан пацієнта, тип медичної допомоги, яку потрібно надати, доступність медичних установ, їх потужності та ресурси, розташування та режим роботи медичних закладів тощо.

З метою оптимізації маршрутів пацієнтів можна використовувати різні методи та інструменти, такі як розробка електронних реєстрів, організація телемедичних консультацій, використання технологій Інтернету та інші.

Департаментом охорони здоров'я розроблено ефективні маршрути пацієнтів з гострим коронарним синдромом, з підозрою на гострий мозковий інсульт/гострий мозковий інсульт, з гострою хірургічною патологією, травмою кінцівок, вагітних, роділь та породіль, пацієнтів з хребтово-спинномозковою та з черепно-мозковою травмами, маршрут транспортування дітей неонатального періоду при невідкладних станах, транспортування новонароджених дітей високого перинатального ризику, транспортування новонароджених дітей високого перинатального ризику, які транспортуються із закладів охорони здоров'я, що уклали договори з Національною службою здоров'я України за

програмою медичних гарантій „Медична допомога при пологах” та уклали договір за напрямом „Медична допомога у складних неонатальних випадках”. Ці маршрути демонструються у додатку Б.

Ще одним важливим напрямком удосконалення управління медичною допомогою в межах госпітального округу є впровадження інформаційних технологій. Зокрема, розробка та впровадження інформаційних систем управління й моніторингу роботи спроможної моделі закладів охорони здоров'я, що дозволяє оперативно контролювати стан роботи закладів, виявляти проблеми та швидко реагувати на них.

Щорічно графіки проведення планових моніторингів будуть затверджуватись планом основних організаційних заходів департаменту охорони здоров'я, а позапланові – проводитимуться за зверненнями (запитами).

До процесу моніторингу будуть залучені групи експертів та органи місцевого самоврядування, а сам процес поділятиметься на перехресний, автоматичний, плановий та позаплановий.

Перехресний моніторинг – це проведення аналізу стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я за основними індикативними показниками, що здійснюватиметься між закладами охорони здоров'я.

Автоматичний моніторинг – це аналіз даних, внесених в щоквартальні, річні статистичні форми для виявлення помилок. Такий моніторинг відбуватиметься постійно на основі затверджених алгоритмів та здійснюватиметься Тернопільським обласним інформаційно-аналітичним центром медичної статистики.

Плановий та позаплановий моніторинг проводитиметься за певним напрямом медичної допомоги та конкретною проблематикою.

Про хід виконання плану розвитку закладу охорони здоров'я, вжиті заходи, прийняті управлінські рішення щодо його дотримання та виконання щорічно подаватимуться керівниками закладів охорони здоров'я області до

департаменту охорони здоров'я з подальшим звітуванням перед обласною державною адміністрацією, обласною радою та територіальними громадами.

Таким чином, кластерний підхід є ефективним інструментом удосконалення управління системою медичної допомоги в регіоні, оскільки він дозволяє об'єднувати медичні заклади та інші організації, які займаються наданням медичних послуг, в єдині кластери з метою забезпечення ефективної координації та співпраці між ними. Це дозволяє знизити витрати на надання медичних послуг, поліпшити якість медичного обслуговування, а також раціонально розподіляти ресурси та забезпечувати оптимальне використання обладнання та медикаментів. Окрім того, кластерний підхід може сприяти створенню сприятливого бізнес-середовища для медичних закладів та фармацевтичних компаній, що забезпечує стале фінансування та розвиток системи спеціалізованої медичної допомоги в регіоні.

Висновки до розділу 3.

Базуючись на обґрунтуванні концептуальних засад та практичних дій із формування моделі сприятливої мережі закладів охорони здоров'я, можна зробити декілька висновків.

1. Аналіз демографічних, епідеміологічних та географічних факторів є ключовим для визначення потреб та формування спроможної мережі закладів охорони здоров'я в області.

2. Для ефективного формування мережі необхідні відповідні ресурси, такі як медичний персонал, обладнання та ліки. Забезпечення цих ресурсів має бути враховано в практичних діях.

3. Організаційна перебудова та впровадження інноваційних методів можуть сприяти покращенню доступності та якості медичної допомоги.

4. Впровадження єдиної системи обміну інформацією, стандартів надання послуг та процедур є ключовим для формування успішної мережі закладів охорони здоров'я. Це дозволяє створити єдиний стандарт якості та забезпечити спрощений обмін інформацією між закладами.

5. Врахування потреби та думки громади в процесі планування та надання медичних послуг, орієнтований на пацієнта підхід до задоволення медичними послугами та покращення якості надання медичної допомоги є фактором успіху.

6. Співпраця з партнерами, включаючи недержавні організації та приватний сектор, може забезпечити додаткові ресурси та експертизу.

7. Контроль та оцінка функціонування мережі допоможуть виявити недоліки та внести необхідні зміни для постійного вдосконалення системи охорони здоров'я.

8. Всі ці кроки спрямовані на покращення системи охорони здоров'я в Тернопільській області шляхом формування спроможної мережі закладів, яка забезпечує населенню доступну та якісну медичну допомогу. Важливо продовжувати аналіз та впроваджувати інновації для сталого вдосконалення системи охорони здоров'я в регіоні.

ВИСНОВКИ

В ході дослідження було зосереджено увагу на вивченні теоретико-правових засад формування моделі спроможної мережі закладів охорони здоров'я на основі кластерного підходу. Проведено аналіз чинної моделі розвитку надання медичної допомоги населенню та мережі в Тернопільській області, а саме, стану, організаційного забезпечення, функціональних особливостей та основних проблем, що впливають на розвиток зазначеної сфери в регіоні, чинного механізму та інструментів її збалансування. Визначено передумови формування спроможної мережі закладів охорони здоров'я в межах Тернопільського госпітального округу.

Охоплено аналіз законодавчої бази, роль інформаційних технологій у формуванні моделі спроможної мережі закладів охорони здоров'я та важливість залучення міжнародного досвіду.

Визначено стратегічні цілі та пріоритети розвитку охорони здоров'я та механізми їх реалізації з пропозиціями визначення спроможної мережі. Проведено моделювання госпітальних локальних кластерів у досліджуваному регіоні.

В результаті аналізу можна зробити ряд висновків.

1. Система надання медичної допомоги та її управління в регіоні потребує подальшого вдосконалення шляхом комплексного підходу та системних змін.

2. Наявні проблеми, такі як недостатня координація між медичними закладами, неефективне використання ресурсів та обмежені можливості доступу до сучасних технологій знижують якість надання медичної допомоги.

3. Формування спроможної мережі закладів охорони здоров'я на засадах кластерного підходу є складним, але перспективним шляхом для удосконалення системи охорони здоров'я, що дає можливість забезпечення доступності, якості, безпечності надання медичної допомоги та безоплатності базового переліку її напрямків, які гарантує держава. Визначає чітку роль закладів охорони здоров'я, що надають первинну, спеціалізовану та екстрену медичну допомогу у спроможній мережі та розвиток відповідних напрямків

медичної допомоги. Забезпечує децентралізацію менш складних медичних послуг та концентрацію більш спеціалізованої медичної допомоги, диференціацію цих послуг в залежності від складності випадків і управління ризиками. Дає можливість планування людського капіталу на рівні закладів охорони здоров'я, що формують госпітальний кластер, та забезпечення їх фінансової стійкості і сталості. Забезпечує ефективну координацію між закладами охорони здоров'я, що надають первинну, спеціалізовану та екстрену медичну допомогу.

4. Розробка ефективних маршрутів пацієнтів дозволить знизити витрати на надання медичних послуг, поліпшити якість, територіальну доступність та ефективність медичного обслуговування населення, а також спрямувати та раціонально розподіляти державні та міжнародні ресурси й забезпечувати оптимальне використання обладнання та медикаментів.

5. Удосконалення надання медичної допомоги забезпечить можливість зниження поширеності, захворюваності, смертності, зокрема малюкової та перинатальної, і первинної інвалідності серед населення Тернопільського госпітального округу.

6. Підвищення кваліфікації медичних працівників, забезпечення високого рівня фахової компетентності медичного персоналу є необхідною передумовою для забезпечення надання якісної медичної допомоги населенню.

7. Впровадження сучасних інформаційних технологій у систему управління медичною допомогою значно покращить ефективність та якість надання медичних послуг.

8. Впровадження електронної медичної документації, системи електронного замовлення та планування, аналітичних інструментів для моніторингу та аналізу даних сприятимуть оптимізації процесів та покращенню результатів у системі надання медичної допомоги.

9. Застосування міжнародного досвіду та передових практик, взаємодія з іншими країнами, участь у міжнародних конференціях та обмін досвідом сприятимуть удосконаленню надання медичних послуг в регіоні.

Зазначені висновки є підсумком дослідження та аналізу формування спроможної моделі закладів охорони здоров'я на засадах кластерного підходу. Вони можуть стати основою для подальших досліджень і розробки стратегій управління, удосконалення системи надання медичної допомоги в Тернопільській області, що сприятиме подальшому розвитку системи охорони здоров'я, забезпеченню високої якості медичних послуг та задоволенню потреб пацієнтів.

Успіх реалізації стратегій залежатиме від рішучості, активності та ефективної співпраці відповідних органів управління, закладів охорони здоров'я та виконання зобов'язань усіх зацікавлених сторін.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Борщ В.І. Сучасні тенденції розвитку системи охорони здоров'я в Україні: порівняльний аналіз / В.І. Борщ // Економічний вісник Запорізької державної інженерної академії. – 2018. – Вип. 6. – С. 215-221. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/evzdia_2018_6_43.

2. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2023 році: постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2022 № 1464. - Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1464-2022-%D0%BF#Text>.

3. Желюк Т. Сучасні підходи до реалізації публічної політики у сфері охорони здоров'я/ Т. Желюк // Вісник Тернопільського національного економічного університету. - 2019. - Вип. 1. - С. 37-50. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vtneu_2019_1_5.

4. Конституція України від 28 червня 1996 року. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр#Text>.

5. Кузьмін, О., Жеруха В. Кластери як чинник економічного розвитку підприємств і територіальних утворень. Економіка України. 2010. № 2 – С. 14-23.

6. Мельник А.Ф., Мельник Ю.В. Трансформація регіональних ринків медичних послуг в умовах інституційних реформ в Україні. Вісник Чернівецького торговельно-економічного інституту. Чернівці: ЧТЕІ КНТЕУ, 2019. – Вип.ІІ (74). Економічні науки.- 228с., с.28-53.

7. Мельник А. Трансформаційна модель ринку охорони здоров'я в Україні в умовах сучасних викликів/ Алла Мельник // Вісник економіки. – 2022. – № 2. – С. 111-127.

8. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я/кол. монографія за науковою ред. д.е.н.Шкільняка М.М., д.е.н.Желюк Т.Л.Тернопіль, Крок. 2020. 560 с.

9. Наказ департаменту охорони здоров'я Тернопільської обласної військової адміністрації від 24.04.2023 № 459/11-06 „Про затвердження клінічного Маршруту пацієнтів, які потребують реабілітаційної допомоги”.

10. Наказ департаменту охорони здоров'я Тернопільської обласної військової адміністрації від 24.04.2023 № 460/11-06 „Про затвердження клінічних Маршрутів пацієнтів з травмою кінцівок, з гострою хірургічною, травматологічною патологіями, черепно-мозковою та хребтрово-спинномозковою травмами”.

11. Наказ департаменту охорони здоров'я Тернопільської обласної військової адміністрації від 24.04.2023 № 461/11-06 „Про затвердження клінічного Маршруту вагітних, роділь та породіль ”.

12. Наказ департаменту охорони здоров'я Тернопільської обласної військової адміністрації від 24.04.2023 № 462/11-06 „Про затвердження клінічних маршрутів транспортування дітей високого перинатального ризику та дітей неонатального періоду при невідкладних станах”.

13. Наказ департаменту охорони здоров'я Тернопільської обласної військової адміністрації від 24.04.2023 № 463/11-06 „Про затвердження Маршруту пацієнта з гострим коронарним синдромом (ГКС)”.

14. Наказ департаменту охорони здоров'я Тернопільської обласної військової адміністрації від 24.04.2023 № 464/11-06 „Про затвердження клінічного Маршруту пацієнтів з підозрою на гострий мозковий інсульт/гострий мозковий інсульт”.

15. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 № 2801-ХІІ. – Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1993, № 4, ст.19. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>.

16. Офіційний вісник України, 2021 р., № 1, ст. 37.

17. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги: Закон України від 01.07.2022

№ 2347-IX. Відомості Верховної Ради України. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#Text>.

18. Палиця С. Державна політика економіко-технологічної кластеризації системи охорони здоров'я України / С. Палиця // Економіст. – 2013. – № 11. – С. 32-36.

19. Porter. M. Building the microeconomic foundations of prosperity: Findings from the microeconomic competitiveness index. In The World Economic Forum's Global Competitiveness Report 2002-2003. Oxford: Oxford University Press. 2002. pp. 23-45.

20. Постанова Верховної Ради України від 17 липня 2020 року № 807-IX „Про утворення та ліквідацію районів”. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/807-20#Text>.

21. Постанова Кабінету Міністрів України від 16 грудня 2020 року № 1271 „Про норматив прибуття бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події”. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1271-2020-%D0%BF#Text>.

22. Постанова Кабінету Міністрів України від 28 лютого 2023 року № 174 „Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я”. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/174-2023-%D0%BF#Text>.

23. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 03.07.2020 № 2168-VIII. Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2018. № 5. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>.

24. Про лікарські засоби: Закон України від 04.04.1996 № 123/96-ВР. Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1996, № 22, ст. 86. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/123/96-%D0%B2%D1%80#Text>.

25. Про екстрену медичну допомогу: Закон України від 05.07.2012 № 5081-VI. Відомості Верховної Ради (ВВР), 2013, № 30, ст.340. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5081-17#Text>.

26. Постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 411 „Деякі питання електронної системи охорони здоров'я”. Режим доступу: (<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-%D0%BF#Text>).

27. Проєкт Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. Режим доступу: <https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%A1%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%B3%D1%96%D1%8F/UKR%20Health%20Strategy%20Feb%204.2022.pdf>.

28. Романовська Ю. Кластери в системі охорони здоров'я в умовах децентралізації / Ю. Романовська // Часопис економічних реформ. – 2016. – № 1(21). – Режим доступу: [Fulltext](#).

29. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 12 червня 2020 року № 724-р „Про визначення адміністративних центрів та затвердження територій територіальних громад Тернопільської області”. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/724-2020-%D1%80#Text>.

30. Розпорядження начальника Тернопільської обласної військової адміністрації від 28.03.2023 № 152/01.02-01 „Про формування спроможної мережі закладів охорони здоров'я Тернопільського госпітального округу”. Режим доступу: <https://oda.te.gov.ua/npas/pro-formuvannia-spromozhnoi-merezhi-zakladiv-okhorony-zdorovia-ternopilskoho-hospitalnoho-okruhu>.

31. Розпорядження начальника Тернопільської обласної військової адміністрації від 05 серпня 2023 р. № 434/01.02-01 „Про затвердження переліку закладів спроможної мережі закладів охорони здоров'я Тернопільського госпітального округу”. Режим доступу: <https://oda.te.gov.ua/npas/pro-zatverdzhennia-pereliku-zakladiv-spromozhnoi-merezhi-zakladiv-okhorony-zdorovia-ternopilskoho-hospitalnoho-okruhu>.

32. Solvell. O., Lindqvist, G. and Ketels C. The Cluster Initiative Greenbook, Gotheburg. Competitiveness Institute, 2003. 3.

33. Статистичний довідник „Основні показники стану здоров’я населення та ресурсів охорони здоров’я області”, 2021 рік, м. Тернопіль, виданий адміністрацією КНП „Тернопільський обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики”.

34. Статистичний довідник „Основні показники стану здоров’я населення та ресурсів охорони здоров’я області”, 2022 рік, м. Тернопіль, виданий адміністрацією КНП „Тернопільський обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики”.

35. Статистичний довідник „Основні показники стану здоров’я населення та ресурсів охорони здоров’я області”, 2023 рік, м. Тернопіль, виданий адміністрацією КНП „Тернопільський обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики”.

36. Тищенко О. П. Державна кластерна політика в контексті формування інноваційної моделі розвитку національної економіки / О. П. Тищенко, С. А. Заніздра // Бізнес-інформ. – 2014. – № 8. – С. 34-39.

37. Цивільний кодекс України. Режим доступу: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/435-15> (дата звернення: 09.03.2018).

38. Шкільняк М.М. Модернізація менеджменту системи охорони здоров’я в умовах проведення медичної реформи / М. М. Шкільняк, Т. Л. Желюк, А. Ю. Васіна, О. П. Дудкіна, Т. М. Попович, О. Ф. Овсянюк-Бердадіна // Вісник Тернопільського національного економічного університету. - 2018. - Вип. 4. - С. 168-180. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vtneu_2018_4_18.

39. Шкільняк М. Управління закладами охорони здоров’я: виклики та перспективи / М. Шкільняк, Т. Желюк, О. Дудкіна, А. Жуковська, Т. Попович // Вісник економіки. - 2021. - Вип. 4. - С. 225-233. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vtneu_2021_4_17.

40. Shkilnyak, M. M., & Kryvokulska N. M. (2020). Розвиток концептуальних підходів до управління якістю медичних послуг закладів охорони здоров’я. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров’я

України, (2), 22–30.- Режим доступу: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2020.2.11406>.

41. Шумпетер Й. А. Теорія економічного розвитку : Дослідження прибутків, капіталу, кредиту, відсотка та економічного циклу / Й. А. Шумпетер; пер. з англ. В. Старка. – К. : Вид. дім «Києво-Могил. акад.», 2011. – 242 с.

42. Шлапко Т.В., Старинський М.В., Миргород-Карпова В.В., Висоцький А.І., Шеїн Д.С. Правове забезпечення трансформації сфери охорони здоров'я у світлі медичної реформи з огляду на євро інтеграційні процеси. Аналітично-порівняльне правознавство. 2021. No 3. С. 141-147. doi:10.24144/2788-6018.2021.03.27.