

# ОСНОВНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ СИСТЕМИ ВЗАЄМОДІЇ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ В МЕЖАХ ОДНОГО ГОСПІТАЛЬНОГО ОКРУГУ

**Стовбан Микола Петрович,**

*к.мед.н., доцент кафедри фтизіатрії і пульмонології з курсом професійних хвороб,  
заступник генерального директора комунального некомерційного підприємства "Івано-  
Франківська обласна клінічна інфекційна лікарня Івано-Франківської Обласної Ради", Україна*

**Стовбан Ірина Василівна,**

*к. мед. н., доцент кафедри соціальної медицини та громадського здоров'я  
Івано-Франківський національний медичний університет, Україна*

DOI: [https://doi.org/10.31435/rsglobal\\_sr/31032020/6994](https://doi.org/10.31435/rsglobal_sr/31032020/6994)

## ARTICLE INFO

**Received** 15 January 2020

**Accepted** 22 March 2020

**Published** 31 March 2020

## KEYWORDS

hospital district,  
the interaction of medical  
institutions,  
Hospital Council,  
development plan,  
Association of hospitals.

## ABSTRACT

The article examines the concept of "hospital district". Broad participation of hospital districts requires the implementation of effective forms of partnership in planning and taking strategic decisions on their development. The hospital districts are created to organize a network of health care institutions in the region, in a way that will provide systematic interaction between members of the hospital district, as well as with providers of other types of care (primary, tertiary (highly specialized) medical care, palliative care and rehabilitation), pharmaceutical services. Boundaries and composition of each district are formed on the basis of criteria of the district, they are established by the Procedure for the creation of hospital districts. The hospital districts are created as "a functional Association of hospitals located in a particular area". Health establishments, which belong to the hospital district, remain in the ownership and subordination of local authorities who are members of the hospital district. To improve secondary healthcare, Hospital Council are created with the aim of coordinating actions, devising ideas on organization and operation of medical care within a separate hospital district, preparation and confirmation of the prospective development plans of hospital districts for 5 years (taking into account the needs of modernization and resources).

**Citation:** Стовбан М. П., Стовбан І. В. (2020) Main Features of Interaction of Medical Institutions Within a Single Hospital District. *Science Review*. 3(30). doi: 10.31435/rsglobal\_sr/31032020/6994

**Copyright:** © 2020 Стовбан М. П., Стовбан І. В. This is an open-access article distributed under the terms of the **Creative Commons Attribution License (CC BY)**. The use, distribution or reproduction in other forums is permitted, provided the original author(s) or licensor are credited and that the original publication in this journal is cited, in accordance with accepted academic practice. No use, distribution or reproduction is permitted which does not comply with these terms.

**Постановка проблеми.** Найефективнішим шляхом оптимізації мережі лікувально-профілактичних закладів та ліжкового фонду зокрема є формування єдиного медичного простору, в основу якого покладена інтеграція закладів охорони здоров'я, що перебувають у власності різних територіальних громад та відомств [1]. Сьогодні сучасні світові тенденції з організації мережі закладів вторинної медичної допомоги вказують про такі зміни: пріоритети в організації багатопрофільних лікарень інтенсивної допомоги без вікових обмежень; збільшення радіусів та кількості населення, що обслуговується; зменшення кількості ліжкового фонду; скорочення термінів госпіталізації; нові форми госпіталізації (денний стаціонар, «лікарня на дому», діагностична та амбулаторна допомога); зменшення кількості госпітальних центрів та операційних відділень; використання зовнішніх постачальників неклінічних (немедичних) послуг («аутсорсинг»); концентрація високотехнологічної діяльності у великих лікарняних центрах з одночасним відходом від низько-технологічних лікарень; передача більшої кількості обов'язків від лікарів медсестрам; створення госпітальних мереж лікарень; інтеграція в лікарні готелів для

пацієнтів; розширення мережі хоспісів [2]. Зазначені тенденції доцільно врахувати при розбудові системи взаємодії медичних закладів в межах госпітальних округів для формування нової мережі закладів вторинної медичної допомоги, реструктуризації лікарень за рівнем надання медичної допомоги, надання інтенсивної, відновлювальної, медико-соціальної медичної допомоги.

**Аналіз останніх досліджень та публікацій.** Проблематиці формування госпітальних округів присвячено роботи Лейберюк О. М., Бабінець Л. С., Богайчук В. Г., Боровик І. О., Ткач О. О., Матюк Л. М., Булах І. В., Західна О. Р., Мидлик Ю. І., Качур О. Ю., Мамчин М. М., Парій В. Д., Рошин Г. Г., Мазуренко О. В., Дорош В. М., Пагава О. З., Іванов В. І.

Бабінець Л. С., Богайчук В. Г., Боровик І. О., Ткач О. О., Матюк Л. М. визначили основні виклики системі охорони здоров'я в умовах децентралізації, пріоритету первинної медичної допомоги і утворення госпітальних округів, розглянувши досвід Тернопільської області. У дослідженні Булах І. В. виявлено особливості формування архітектурно-містобудівної мережі закладів вторинної медичної допомоги. Західна О. Р., Мидлик Ю. І. розглядають певні проблеми вторинної медицини в контексті медичної реформи в умовах децентралізації. Качур О. Ю. наводить розрахунки необхідних видатків на впровадження сучасної системи променевої діагностики на рівні госпітального округу.

Мамчин М. М. дослідив організацію служби управління госпітальною допомогою, а на основі аналізу процесів та перспектив реформування госпітальної допомоги, дослідженні діючої практики організації служби управління госпітальною допомогою, визначає, що в основі сучасних підходів до організації фінансування госпітальної допомоги лежить відмова від принципу утримання медичних організацій (тобто фінансування їх діяльності за готовність до надання послуг), перехід до оплати реальних обсягів і якості медичних послуг відповідно до потреби населення. Автором показано, що для успішного функціонування системи інтегрованих медичних послуг необхідні ретельно опрацьовані стимули, завдяки яким поетапна оптимізація була б економічно вигідною для всіх зацікавлених сторін.

Парій В. Д. визначив основні підходи до визначення лікарні інтенсивного лікування при створенні госпітального округу. Лейберюк О. М. представляє можливості застосування геопросторового аналізу в процесі впровадження медичної реформи в Україні. Автор провів аналіз та описав поетапність здійснення геопросторового аналізу транспортної доступності населення до центрів госпітальних округів.

**Мета дослідження** полягає у визначенні основних характеристик системи взаємодії медичних закладів в межах одного госпітального округу на основі аналізу законодавчої бази та опрацьованні літературних джерел.

**Виклад основного матеріалу.** Надання інтегрованих і економічно ефективних послуг – одна з стратегій реформи, яка була прийнята в багатьох країнах Європи. Вона полягала в тому, щоб інтегрувати клінічні послуги по всіх ланках – від первинної медичної (або амбулаторної) до стаціонарної допомоги. Інтеграція – це така концепція економіки і оперативного управління, при якій всі складові системи надання медичної допомоги переслідують загальні інтереси і цілі. Інтегрована система надання медичної допомоги включає в себе механізми поділу фінансової відповідальності між постачальниками і управління ризиками [7].

Інтеграція медичної допомоги в Україні відбувається шляхом формування госпітальних округів. Створення госпітальних округів є одним з важливих напрямів реформування системи охорони здоров'я, наближення медичної послуги до людини та підвищення якості медичного обслуговування. Забезпечення їх ефективного функціонування та управління ними можливе на основі врахування таких відправних детермінант [9]:

1) ефективність госпітальних округів визначається їх розвитком як динамічних адаптивних функціональних систем, зорієнтованих на виклики й вимоги середовища їх функціонування й об'єктивізацію мережі закладів охорони здоров'я та переліку медичних послуг, що вони надаватимуть;

2) широке коло учасників госпітальних округів зумовлює необхідність запровадження дієвих форм партнерської взаємодії при виробленні й прийнятті стратегічних рішень щодо їх розвитку;

3) управлінська й фінансова автономія закладів охорони здоров'я відкриває значні можливості підвищення якості медичного обслуговування, які можуть бути реалізовані за умови запровадження прогресивних форм і методів надання медичних послуг та налагодження взаємодії з усіма стейкхолдерами [9].

Основними принципами модернізації є узгодження єдиного понятійного простору, сімейний лікар має стати головною ланкою медичної допомоги, маршрутизація пацієнта, підвищення рівня усвідомленості та інформування пацієнта.

У більшості закладів охорони здоров'я немає достатніх спроможностей для надання якісної медичної допомоги вторинного рівня. Це стосується обладнання, кадрів, інфраструктури. Без структурних та системних змін у розвитку мережі закладів охорони здоров'я бюджетні кошти будуть і далі витрачатися неефективно, ресурси розподілятися нерационально. У результаті це спричинятиме дефіцит якісних медичних послуг на місцевому рівні. Визначення лікарень інтенсивного лікування та формування національного стратегічного плану зробить серйозний внесок у вирішення цих проблем [13].

В Україні у 2017 році розпочався процес створення госпітальних округів з метою оптимізації кількості та якості державних медичних закладів й покращення системи медичного забезпечення [15]. У 2017 році розпочався процес географічного формування меж госпітальних округів, на відповідальність громади покладено функцію вирішення розвитку мереж лікарень для формування системи якісної медичної допомоги. З листопада 2018 по січень 2019 року семінари пройшли у 9-ти областях України, де сформовані госпітальні округи: Кіровоградська, Житомирська, Чернігівська, Вінницька, Хмельницька, Чернівецька, Одеська, Херсонська та Львівська області [13].

Під час семінарів-нарад управлінням системи охорони здоров'я та медикам презентували Методологію визначення багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування. Методологію розроблена й апробована на базі Чортківського госпітального округу на Тернопільщині. Інструмент дозволяє на базі наявних даних провести об'єктивний аналіз госпітальної мережі на рівні госпітального округу та на рівні області, запропонувати варіанти рішень щодо визначення лікарень інтенсивного лікування з урахуванням потужності наявних лікарень і територіальної доступності населення до них [13].

Створення госпітальних округів регулюється постановою уряду №932 «Про затвердження Порядку створення госпітальних округів» від 30 листопада 2016 року [12].

Другий документ – це положення про госпітальний округ, який проходить фінальний етап погоджень, і третій – вимоги до лікарень інтенсивного лікування, який зараз в розробці. Вимоги до лікарень готуються на підставі документів ВООЗ та адаптації до українських реалій [12].

Положення регламентує роботу всередині госпітального округу. У деяких областях завершено етап визначення меж округів, визначено сусідні адміністративно-територіальними одиниці для налагодження співпраці та обговорення розвитку закладів.

Основні пункти положення визначають поняття госпітального округу. Госпітальний округ не є рівнем влади, він не є юридичною особою чи суб'єктом господарювання.

Відповідно Постанови КМУ від 27 листопада 2019 р. № 1074 госпітальний округ – це функціональне об'єднання закладів охорони здоров'я, розміщених на відповідній території, що забезпечує надання вторинної (спеціалізованої) та екстреної медичної допомоги населенню такої території [3].

«Госпітальний округ» – це територіальне об'єднання закладів охорони здоров'я декількох районів у єдиний медичний простір за критерієм доступності, кількості населення, наявних лікувальних закладів [12].

Госпітальний округ – це добровільне об'єднання громад (в єдиному медичному просторі області) як система технологічно пов'язаних, але юридично і фінансово автономних лікарень розташованих на території усєї області або частини (залежно від розмірів області, щільності заселення, інфраструктури), що формується з метою збільшення доступності медичних послуги та допомоги для пацієнтів.

Критеріями створення госпітальних округів є [3]:

1. Одна багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування (можуть входити одна або декілька ЛЛЛ, а також інші заклади ОЗ екстреної та вторинної медичної допомоги різних профілів та спеціалізацій).

2. Можливість доїзду до ЛЛЛ не більше 60 хв. із моменту виклику бригади ЕД.

3. Еквівалент радіусу – 60 км.

Госпітальні округи створюються з метою організації мережі закладів охорони здоров'я на території, області, у спосіб, що дасть змогу забезпечити [3]:

– реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я;

- систематичну взаємодію між учасниками госпітального округу, а також із надавачами інших видів медичної допомоги (первинної, третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, паліативної допомоги та медичної реабілітації), фармацевтичних послуг;
- поступове формування спроможної мережі надавачів медичних послуг для гарантованого своєчасного доступу населення до послуг вторинної (спеціалізованої) та екстреної медичної допомоги належної якості;
- ефективне використання ресурсів системи охорони здоров'я та інвестицій для розвитку спроможної мережі надавачів медичних послуг;
- транспортну доступність до закладів охорони здоров'я, що забезпечують надання вторинної (спеціалізованої) та екстреної медичної допомоги;
- модернізацію системи надання вторинної (спеціалізованої) та екстреної медичної допомоги.

Створення госпітальних округів здійснюється на основі поєднання таких принципів: безпечність та якість медичної допомоги на основі доказової медицини; своєчасність доступу до медичної допомоги; економічна ефективність, яка полягає у забезпеченні максимально можливої якості медичної допомоги за умови раціонального та ощадливого використання ресурсів [3].

Лікарня інтенсивного лікування має відповідати таким основним критеріям [10]:

1. Висока якість та оперативність надання ургентної допомоги.
2. Географічна та транспортна доступність для населення.
3. Достатнє матеріально-технічне оснащення, високий ступінь його використання.
4. Наявність кваліфікованих кадрових ресурсів.
5. Висока завантаженість ліжкового фонду.
6. Низький рівень госпіталізації населення району в ЗОЗ третинного рівня.

Учасниками госпітального округу є органи, уповноважені управляти комунальними та державними закладами охорони здоров'я, а також керівники приватних закладів охорони здоров'я (за їх згодою), які надають вторинну (спеціалізовану) та екстрену медичну допомогу в межах області.

Загальна кількість багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування у госпітальному окрузі визначається із розрахунку загальної кількості населення, яке проживає у госпітальному окрузі, та мінімальної кількості населення, якому багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування повинні забезпечувати надання медичної допомоги.

Госпітальний округ – це інструмент співробітництва громад для ухвалення рішення щодо закладів вторинної медичної допомоги серед міст обласного значення, районів та ОТГ. Тобто госпітальний округ є інструментом співпраці для планування мережі. Планово в Україні встановлено наступні показники: 200 тис. населення на лікарню інтенсивного лікування II рівня, 120 тис. на лікарню I рівня.

Рада є консультативним органом для формування рішень щодо розподілу коштів та призначення і звільнення керівників ЗОЗ та інших питань, пов'язаних із організацією надання вторинної медичної допомоги.

Госпітальна Рада є дорадчим органом, який складається з представників власників кожного стаціонарного закладу. Медичні заклади перейшли у власність громади, а госпітальні ради – це органи, які складаються з представників цих громад. Представників делегують місцеві ради [3].

Госпітальна рада – це майданчик для переговорів. Вона не ухвалює жодних рішень, а лише дозволяє напрацювати варіанти рішень, розробити спільне бачення – яким повинно бути майбутнє мережі лікарень цього округу в цілому [12].

Завдання госпітальної ради – розробити проект 5-річного плану розвитку госпітального округу. А отже – визначити, які інвестиції потрібні для того, щоб вивести лікарні на сучасний рівень.

Госпітальна рада не має ніякого юридичного статусу, це дорадчий орган. Якщо госпітальна рада ухвалила рішення, то кожна місцева рада отримує цей документ для затвердження. Лише у разі, коли пропозиції госпітальної ради затверджуються місцевими радами, вони стають обов'язковими. Відповідно законодавству рада має право відмовити [12].

Якщо багаторічні плани розвитку округів будуть реалістичними і будуть підтримані всіма громадами, можливості пошуку фінансування для цих планів значно розширяться. Очікується, що інтерес до підтримки таких планів буде і від держави, і від міжнародної спільноти.

Для оцінки медичних закладів відповідно Методиці пропонується використовувати нижче наведені категорії критеріїв [8]:



## 1. Стратегічна позиція.

1.1. Покриття потреб населення. Цей критерій оцінює кожен заклад за обсягом ключових послуг (наприклад, пологи, екстрена допомога, лікування серцевих нападів та інсультів), які надає заклад у межах загального госпітального округу та району, у якому він знаходиться. Обґрунтування: це важливо для визначення того, наскільки населення округу покладається на заклад у наданні послуг ключових послуг.

1.2. Функціональні можливості. Цей критерій оцінює поточну спроможність кожного закладу за показниками кількості лікарів, ліжок та обладнання Обґрунтування. Це важливо для визначення того, чи зможе заклад взяти додаткових пацієнтів у майбутніх моделях надання медичної допомоги.

## 2. Операційна ефективність

2.1. Невідкладність надання медичних послуг / гострота випадків. Цей критерій оцінює невідкладність послуг, що надаються кожним закладом, порівняно з іншими закладами округу. Обґрунтування: це важливо для того, щоб надавані послуги відповідали профілю закладу вторинного рівня.

2.2. Функціональна ефективність. Цей критерій оцінює, наскільки добре кожен заклад використовує свої матеріальні ресурси та діє згідно з міжнародними критеріями та критеріями МОЗ. Обґрунтування: це важливо для розуміння загальної якості послуг у кожному закладі, та розуміння того, наскільки ефективно використовуються матеріальні та людські ресурси.

Для оцінки лікарень щодо їх спроможності виконувати функції багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування МОЗ обрано 44 індикатори (за 4 групами критеріїв).

Принципи вибору індикаторів: наявна інформація у всіх лікарнях; не потребує додаткових зусиль закладу на збір інформації; індикаторів не повинно бути дуже багато; відповідна якість даних.

Максимально забезпечити медичну реформу не зможе лише зміна організації і структури варто звернути увагу на фінансування у сфері медицини і його доцільності використання. Основною проблемою нашої держави є неправильний розподіл бюджетних коштів, адже як зазначалося раніше лівова частка із загального бюджету України фінансує охорону здоров'я. Тому для подолання і реформування сучасної медицини в першу чергу потрібно відмовити від пострадянських правил фінансування і сформувати свою методику фінансового забезпечення медичної реформи [4].

Примірна організаційна структура лікарні інтенсивного лікування для обслуговування 300 тис. осіб включає [14]:

### Стационарний сектор:

1. Відділення анестезіології та інтенсивної терапії – не менше, ніж 9 ліжок.
2. Хірургічне відділення – не менше, ніж 45 ліжок: - не менше, ніж 20 хірургічних ліжок; - не менше, ніж 20 травматологічних ліжок; - не менше, ніж 5 отоларингологічних ліжок.
3. Терапевтичне відділення - не менше, ніж 35 ліжок: - не менше, ніж 25 терапевтичних ліжок; - не менше, ніж 10 ендокринологічних ліжок.
4. Неврологічне відділення – не менше, ніж 35 ліжок.
5. Кардіологічне відділення – не менше, ніж 35 ліжок.
6. Дитяче відділення – не менше, ніж 20 ліжок.
7. Інфекційне відділення – не менше, ніж 20 ліжок: – не менше, ніж 10 інфекційних дорослих – не менше, ніж 10 інфекційних дитячих.

### Перинатальний центр:

1. Стационарне відділення на 35 ліжок.
2. Консультативне діагностичне відділення: – кабінети акушер-гінекологів – кабінет планування сім'ї – кабінет патології шийки матки – кабінет пренатальної діагностики – палата денного стационару – школа відповідального батьківства – кабінет терапевта - кабінет акушерки – мала операційна – маніпуляційна – стерилізаційна.

### Діагностичну службу:

1. Клініко-діагностична лабораторія.
  - 1.1. Бактеріологічний відділ
  2. Кабінет функціональної діагностики
  3. Відділення променевої діагностики
  - 3.1. ФГ кабінет

- 4. Ендоскопічний кабінет
- 5. Кабінет ультразвукової діагностики

Амбулаторний сектор:

- 1. Денний стаціонар.
- 2. Консультативнодіагностична поліклініка: реєстратура, кабінет хірурга; кабінет ортопедатравматолога; кабінет уролога; кабінет отоларинголога; кабінет офтальмолога; кабінет кардіолога; кабінет невролога; кабінет нарколога; кабінет терапевта підліткового; кабінет ендокринолога; кабінет інфекціоніста; кабінет психіатра; кабінет онколога; кабінет фтизіатра; кабінет дерматовенеролога; кабінет періодичних профілактичних оглядів; кабінет імунолога дитячого; кабінет хірурга дитячого; кабінет ортопедатравматолога дитячого; кабінет отоларинголога дитячого; кабінет офтальмолога дитячого; кабінет ендокринолога дитячого; кабінет психіатра дитячого; кабінет невролога дитячого; кабінет кардіоревматолога дитячого.

Допоміжні відділення.

- 1. Операційний блок.
- 2. Відділення трансфузіології.
- 3. Централізоване стерилізаційне відділення.
- 4. Відділ медичної статистики та контролю якості медичної допомоги.
- 5. Кабінет фізіотерапевтичний та лікувальної фізкультури.
- 6. Патологоанатомічне відділення.
- 7. Медичний архів.

Господарчу частину: відділ технічного обслуговування, харчоблок, пральня, гараж.

Відділення екстреної медичної допомоги.

Усі вказані відділи взаємодіють через адміністративний відділ, до якого входять: адміністрація, відділ кадрів, фінансово-економічний відділ, бухгалтерія, загально медичний відділ.

Для формування госпітальних округів було обрано моделі взаємодії між рівнями надання медичної допомоги окремими службами. На рис. 1 наведено приклад взаємодії медичних закладів на вторинному рівні надання медичної допомоги.

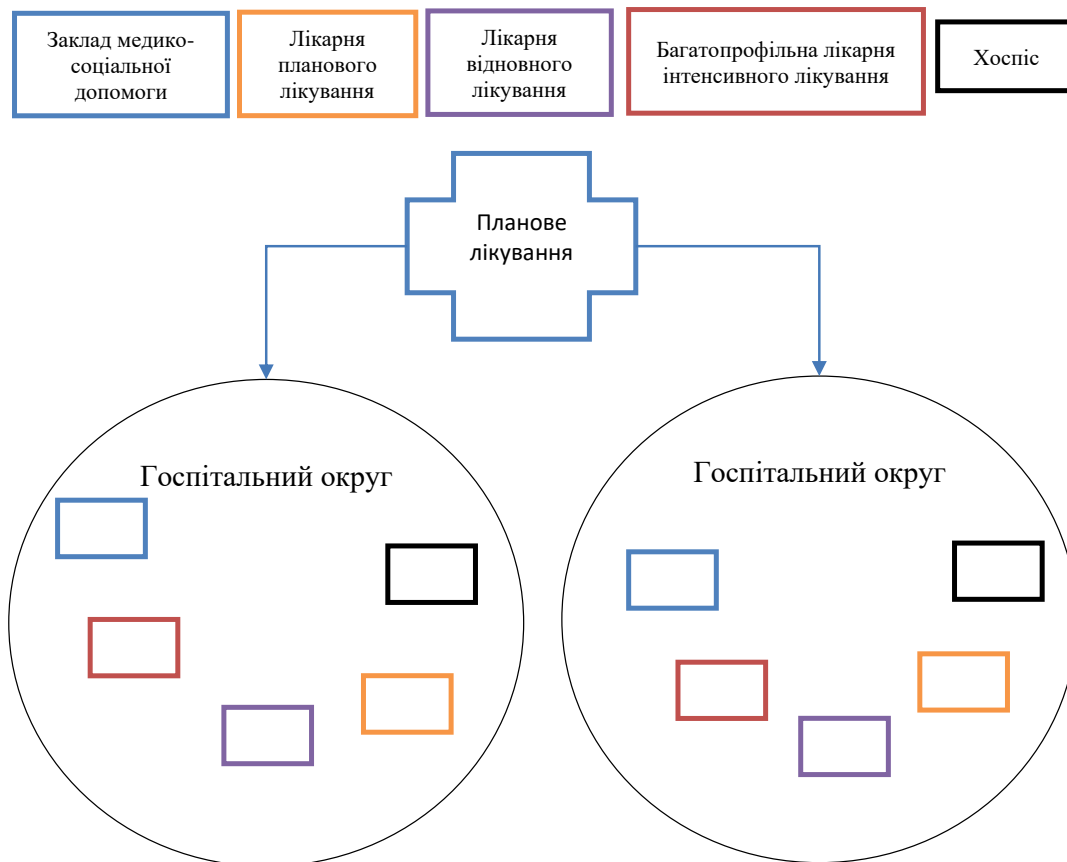


Рис. 1. Взаємодія медичних закладів на вторинному рівні надання медичної допомоги  
Джерело: [14].

На госпітальний округ покладено функції організації та координації надання медичної допомоги між рівнями та службами.

Формування госпітальних округів буде проходити в три етапи:

1. На першому етапі відбувається опрацювання базових критеріїв відбору закладів охорони здоров'я вторинної ланки (характеристика території, стан будівель і споруд, характеристика інфраструктури, кадрове забезпечення, потужність лікарні, характеристика інтенсивності діяльності лікарні характеристика забезпеченості медичним обладнанням та устаткуванням).

2. На другому етапі – формування госпітальних округів за визначеними критеріями навколо лікарень інтенсивного лікування.

3. На третьому етапі – конкретизація моделі взаємодії між рівнями надання медичної допомоги окремими службами.

З метою забезпечення ефективного функціонування госпітальних округів доцільно: закласти в основу формування моделі управління їх розвитком міжсекторальний управлінський підхід як спосіб виявлення і реалізації нових можливостей вирішення назрілих проблем на основі узгодження інтересів та інтеграції зусиль громадських, владних, бізнесових інституцій [14].

Усі суб'єкти міжсекторальної співпраці мають бути орієнтовані на розвиток госпітальних округів, активну участь у реалізації базових функцій реалізації управлінських механізмів, а саме [9]:

– регулятивної – вироблення важелів і способів стимулювання налагодження відносин між суб'єктами взаємодії у процесі вирішення завдань розвитку охорони здоров'я;

– превентивної – реалізація можливостей співпраці щодо запобігання прояву загроз при виробленні й реалізації стратегічних цілей розвитку госпітальних округів;

– інтегративної – об'єднання ресурсів на засадах партнерства при реалізації проектів розвитку;

– діагностичної – виявлення і представлення інтересів та можливостей суб'єктів міжсекторальної співпраці та ідентифікація проблем, що потребують першочергового вирішення;

– інноваційної – пошук і запровадження інноваційних технологій в контексті досягнення мети створення госпітальних округів.

**Висновки.** Госпітальний округ не виступає окремою юридичною особою, окремим рівнем територіальної організації влади, а відіграє роль механізму координації й спільного прийняття рішень представниками місцевих органів влади, території яких він охоплює. Межі та склад кожного округу формуються виходячи з критеріїв формування округу, встановлених Порядком створення госпітальних округів. Госпітальні округи створюються як «функціональні об'єднання лікарень, розташованих на визначеній території». Заклади охорони здоров'я, які охоплені госпітальним округом, залишаються у власності та підпорядкуванні місцевих органів влади, які є учасниками госпітального округу. Наступний крок удосконалення вторинної медичної допомоги передбачає створення госпітальних рад з метою координації дій, розробки пропозицій щодо організації, функціонування медичної допомоги в межах окремого госпітального округу, підготовка та затвердження перспективних планів розвитку госпітальних округів на 5 років (з врахуванням потреб модернізації та ресурсів). Для фінансування поступової перебудови закладів охорони здоров'я госпітальних округів пропонується створення окремої програми Державного бюджету. Оптимізація мережі через госпітальні округи дозволить вирішити більшість проблем вторинного рівня медичної допомоги, оскільки збалансує місцеву автономію та керованість процесу Урядом, а також створить відповідні фінансові стимули.

## REFERENCES

1. Babinets L. S., Bogaychuk V. G., Borovik I. O., Tkach O. O., Matyuk L. M. Challenges to the health care system in the context of decentralization, priority of primary care and formation of hospital districts: experience of Ternopil region. *Family Medicine*, No. 4 (66), 2016, pp. 125-134.
2. Bulakh I. V. Features of formation of architectural-urban planning network of secondary medical care facilities. Science, research, development: monograph pokonferency. (Rotterdam, The Netherlands, 03.2019). Warszawa: Diamond Trading Tour, 2019. pp. 7-9.
3. Some Issues of Creation of Hospital Districts, CMU Resolution of November 27, 2019 No. 1074. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1074-2019-p> (accessed 20.02.2020)
4. Zakhidna O. R., Mydlyk Y. I. Medical reform in the conditions of decentralization of power in Ukraine. *Young Scientist*, No. 11 (51), 2017, pp. 1155-1162.

5. Kachur O. Yu. Calculations of necessary expenditures for the implementation of a modern system of radiation diagnostics at the hospital district level. *Ukraine. Nation's health*. 2016. № 4. P. 106–109.
6. Leiberuk O. M. Transport accessibility of the population to the centers of hospital districts (specific analysis on the example of Chernivtsi region). *KSU Bulletin Geographical Sciences Series*, № 7, 2017, pp. 62-68.
7. Mamchin M. M. Organization of the hospital care management service / M. M. Mamchin, I. I. Furtak, I. M. Parobetska // *Bulletin of the National university "Lviv Polytechnic"*. Series: Logistics. Lviv: Publishing House of Lviv Polytechnic, 2018. № 892. P. 149–159.
8. Methodology for determining multi-profile intensive care hospitals. URL: [https://moz.gov.ua/uploads/2/10201-metodologia\\_cortkiv.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/2/10201-metodologia_cortkiv.pdf) (accessed 20/02/2020)
9. Modernization of the management of the health care system in the conditions of medical reform. Analytical note. *Bulletin of the Ternopil National Economic University* № 4, 2018, pp. 168-180.
10. Parij V. D. Basic approaches to definition of hospital of intensive treatment at creation of hospital district / VD Parij, SM Grishchuk, VM Boris // *Ukraine. Nation's health*. 2016. № 3. S. 59-64.
11. Roshchin G. G., Mazurenko O. V., Dorosh V. M., Pagova O. Z., Ivanov V. I. Reforming the system of emergency medical care for the victims at an early inpatient stage. *Clinical surgery*. 2019; No. 86 (5), pp. 75-78.
12. The wisdom of representatives of local self-government bodies is important in the formation of hospital districts. URL: <https://decentralization.gov.ua/news/4208?page=2> (accessed 20/02/2020)
13. In the regions are learning to analyze the network of medical institutions, 2019. Ministry of Health of Ukraine. URL: <https://moz.gov.ua/article/for-medical-staff/u-regionah-vchatsja-analize-merezhu-medzakladiv> (accessed 20/02/2020)
14. Ways to Reorganize the Health Care System in Ukraine. URL: [https://samopomich.ua/wp-content/uploads/2016/08/present\\_med.pdf](https://samopomich.ua/wp-content/uploads/2016/08/present_med.pdf) (accessed 20/02/2020)
15. What to know about hospital districts. URL: <http://www.medcv.gov.ua/archives/2655> (accessed 20/02/2020)