

СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА, ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я

Навчальний посібник у чотирьох томах



Том 3

**ОРГАНІЗАЦІЯ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківський національний медичний університет

Присвячується 100-річному ювілею
кафедри громадського здоров'я
та управління охороною здоров'я
ХНМУ

СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА, ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я

Навчальний посібник

За загальною редакцією
професора В.А. Огнєва

У чотирьох томах

Том 3 ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я



Харків
ХНМУ
2023

УДК: 614.2 (075.8)

С69

Авторський колектив

В.А. Огнєв, Т.В. Пересипкіна, О.Є. Вашев, К.М. Сокол, С.Г. Усенко, Н.М. Мартиненко, О.В. Піонтковська, О.А. Мельниченко, В.Г. Нестеренко, О.В. М'якіна, П.О. Трегуб, К.Г. Помогайбо, А.А. Подпрядова, Е.О. Гапонова, І.А. Чухно, Я.С. Белєвцова, Г.В. Лісова, І.І. Черненко, Т.Д. Алієва, А.С. Галічева, М.М. Григоров, Я.В. Журавель, М.Є. Черняк, В.П. Суворов, А.О. Вашева, Р.О. Іващенко, М.М. Міщенко, О.В. Орел, А.В. Яременко

Рецензенти

І.А. Голованова — д-р мед. наук, проф. (Полтавський державний медичний університет)

О.М. Очерedyкo — д-р мед. наук, проф. (Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова)

Затверджено Вченою радою ХНМУ
(протокол №5 від 25 травня 2023 р.)

Соціальна медицина, громадське здоров'я. навч. посіб. : у 4 т. / за заг. ред. С69 В.А. Огнєва. Харків : ХНМУ, 2023. Т. 3. Організація охорони здоров'я. 404 с.

ISBN 978–966–2094–38–1

ISBN 978–966–2094–53–4

У посібнику викладено основні теоретичні і практичні аспекти пріоритетних напрямків реформування системи охорони здоров'я в Україні, сучасних систем організації надання медичної допомоги різним верствам населення, забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя, управління та контролю якості надання медичної допомоги. Видання містить рекомендовану літературу, перелік питань для самоконтролю.

Навчальний посібник буде корисним для керівників, організаторів охорони здоров'я, спеціалістів в галузі профілактичної медицини, здобувачів вищої медичної освіти, а також медичним працівникам, які цікавляться питаннями соціальної медицини, громадського здоров'я та організації охорони здоров'я.

УДК: 614.2 (075.8)

ISBN 978–966–2094–38–1

ISBN 978–966–2094–53–4

© ХНМУ, 2023

© В.А. Огнєв, Т.В. Пересипкіна, О.Є. Вашев та ін., 2023

ЗМІСТ

Передмова	5
Розділ 1 Системи охорони здоров'я в світі. Пріоритетні напрями реформування системи охорони здоров'я в Україні	7
Тема 1. Базові системи охорони здоров'я в світі.	7
Тема 2. Пріоритетні напрямки реформування охорони здоров'я в Україні. Інноваційні структурні перетворення в охороні здоров'я України.....	14
Тема 3. Правові засади охорони здоров'я.	40
Тема 4. Розвиток та удосконалення електронної системи охорони здоров'я.....	50
Тема 5. Програми забезпечення державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення.....	69
Тема 6. Організаційно-правові умови запровадження медичного страхування в Україні.....	73
Розділ 2 Система організації надання медичної допомоги населенню України	88
Тема 7. Організація та зміст роботи закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу.	88
Тема 8. Організація та зміст роботи закладів, що надають спеціалізовану медичну допомогу. Позалікарняна і стаціонарна медична допомога.	121
Тема 9. Організація роботи закладів екстреної (швидкої) медичної допомоги та аналіз їх діяльності.....	157
Тема 10. Паліативна та хоспісна медична допомога, досвід кращих практик та особливості організації в Україні.	169
Тема 11. Особливості організації медичної реабілітації в Україні. Потреба у реабілітаційних послугах. Досвід країн Європейського регіону.	183
Тема 12. Організація і зміст роботи закладів, що надають акушерсько-гінекологічну допомогу, медичну допомогу у зв'язку з вагітністю та пологами, медичну допомогу дітям.....	193
Тема 13. Організація надання медичної допомоги людям старшої вікової категорії.....	228

Розділ 3 Система забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення, організація профілактичної роботи з населенням. Організація медико-соціальної експертизи втрати працездатності.	243
Тема 14. Організаційно-правове реформування системи санітарно-епідеміологічного нагляду в Україні. Контроль і профілактика захворювань в умовах сьогодення.....	243
Тема 15. Організація медико-соціальної експертизи тимчасової втрати працездатності в лікувально-профілактичних закладах.	255
Тема 16. Організація медико-соціальної експертизи стійкої втрати працездатності (інвалідності).	275
Розділ 4 Управління і контроль якості надання медичної допомоги населенню в Україні.	291
Тема 17. Якість медичної допомоги. Ліцензування та акредитація. Методика проведення експертних оцінок якості медичної допомоги населенню.....	291
Тема 18. Аналіз чинників впливу на діяльність закладів охорони здоров'я.....	313
Тема 19. Менеджмент в охороні здоров'я. Методика прийняття управлінського рішення.	321
Тема 20. Управління персоналом. Соціально-психологічні аспекти управління персоналом.	344
Питання для самоконтролю знань	362
Термінологічний словник.....	374
Список рекомендованої літератури	397
Перелік умовних скорочень	403



ПЕРЕДМОВА

Сьогодні Україна йде шляхом реформування системи охорони здоров'я, адаптуючи надання медичної допомоги до європейських стандартів якості. Системи охорони здоров'я у світі стикаються з новими викликами, збільшується масив інформації щодо найкращих світових практик надання медичної допомоги та актуальних тенденцій змін з метою повного охоплення медичною допомогою всіх верств населення, все більше фахівців мають доступ до неї. Україна не стоїть осторонь, намагаючись імплементувати найкращий досвід надання медичної допомоги враховуючи можливості країни. Зміни у законодавчому полі призводять до формування нових шляхів і підходів щодо організації надання медичної допомоги.

Саме тому, нагальною потребою сьогодення є включення актуальних питань щодо особливостей надання медичної допомоги з урахуванням сучасних тенденцій в Україні до процесу підготовки здобувачів вищої медичної освіти. На заклади вищої медичної освіти покладено важливу місію випуску фахівців, озброєних актуальними, сучасними та практично-орієнтованими знаннями в галузі охорони здоров'я України та світу.

Накопичений колективом кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету, однієї зі старіших кафедр ХНМУ, великий досвід та систематичне доповнення його сучасними знаннями і тенденціями з актуальних питань охорони здоров'я стали підґрунтям для видання навчального посібника.

Посібник у чотирьох томах відповідає важливим складовим дисципліни «Соціальна медицина, громадське здоров'я», том третій якого присвячений питанням організації охорони здоров'я.

Даний том включає чотири розділи, в яких автори аналізують актуальні аспекти організації медичної допомоги. Розділ перший надає інформацію щодо базових систем охорони здоров'я, їх відмінностей, переваг та недоліків. В ньому висвітлені питання щодо пріоритетних напрямів реформування системи охорони здоров'я в Україні, акцентовано увагу на основних тенденціях, правових засадах, особливостях надання медичної допомоги населенню в умовах сьогодення.



Другий розділ даного тому, присвячено системі організації та надання медичної допомоги різним верствам населення. Приділено увагу особливостям надання первинної медичної допомоги, спеціалізованої та високо-спеціалізованої медичної допомоги в умовах тривалого реформування системи охорони здоров'я в Україні. Висвітлено питання щодо процесу надання екстреної медичної допомоги, паліативної та хоспісної допомоги, особливостей розвитку системи медичної реабілітації.

Акцентовано увагу на провадженні соціально значущої медичної допомоги жінкам і дітям, питанням організації медико-соціальної експертизи втрати працездатності.

Важливі аспекти забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя населення, а також питання розвитку системи громадського здоров'я, центрів контролю та профілактики захворювань розглянуто у третьому розділі цього тому.

Четвертий розділ присвячено особливостям державної політики України у сфері управління та контролю якості надання медичної допомоги, а також аналізу чинників, що впливають на процес надання медичної допомоги. До розділу включені питання управління охороною здоров'я, процесу прийняття управлінських рішень.

Інформація, включена до даного тому, ґрунтується на узагальненні актуальної нормативно-правової бази України і здобутків найкращого світового досвіду практиків і теоретиків охорони здоров'я, опублікованих у виданнях під егідою ВООЗ, ООН.

Навчальний посібник підготовлено відповідно до програми навчальної дисципліни «Соціальна медицина, громадське здоров'я» для підготовки магістрів зі спеціальностей 222 «Медицина», 228 «Педіатрія».

*Завідувач кафедри
професор В.А. Огнєв*



РОЗДІЛ 1

СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В СВІТІ. ПРІОРИТЕТНІ НАПРЯМИ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

ТЕМА 1. БАЗОВІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В СВІТІ

1.1. Класифікація моделей систем охорони здоров'я в світі

Охорона здоров'я є складною соціально-економічною системою і специфічною галуззю народного господарства. Вона має забезпечити реалізацію найважливішого соціального принципу — збереження і поліпшення здоров'я громадян. Система охорони здоров'я є державною галуззю, яка організовує і забезпечує охорону здоров'я населення і забезпечує сукупність заходів політичного, економічного, соціального, правового, наукового, медичного, санітарно-гігієнічного, протиепідемічного та культурного характеру, спрямованих на збереження і зміцнення фізичного та психічного здоров'я кожної людини, підтримку здорового способу життя та надання медичної допомоги високої якості.

За визначенням ВООЗ, *система охорони здоров'я* — це сукупність всіх організацій, інститутів і ресурсів, головною метою яких є поліпшення здоров'я населення. Для оптимального функціонування системи охорони здоров'я необхідні кадрові ресурси, фінансові кошти, інформація, обладнання та матеріали, транспорт, комунікації, а також загальне керівництво.

Всі країни ведуть пошук оптимальних моделей систем охорони здоров'я, що дозволить при мінімальних фінансових ресурсах забезпечити максимальне охоплення населення доступним і якісним медичним обслуговуванням. При цьому, основними критеріями функціонування існуючих моделей систем охорони здоров'я в світі є: ставлення до власності; способи фінансування (отримання ресурсів); механізми стимулювання медичних працівників (виробників) і населення (споживачів); форми і методи контролю обсягу і якості медичної допомоги.

Стратегічними цілями будь-якої моделі системи охорони здоров'я є: доступність медичної допомоги, загальне охоплення населення медич-



ною допомогою, рівність і справедливість в отриманні медичної допомоги, якість медичної допомоги.

Ціннісними характеристиками будь-якої моделі системи охорони здоров'я є: право людини на здоров'я, повага людської гідності, участь населення в прийнятті рішень, відсутність дискримінації, справедливість, солідарність, стійкість системи охорони здоров'я, прозорість, підзвітність.

Водночас існують і загальні проблеми охорони здоров'я: вплив факторів ризику, старіння населення, потреба в доступності та якості медичних послуг, зростаючі запити населення в отриманні медичної допомоги, підвищення вартості медичних послуг, дефіцит ресурсів охорони здоров'я.

Для подолання цих проблем є загальні *умови успішного функціонування системи охорони здоров'я*: адекватна нормативно-правова база (визначає модель охорони здоров'я), повний комплекс необхідних ресурсів (фінансових, кадрових, матеріально-технічних), функціонально обґрунтоване управління та керівництво, сучасні медичні технології.

В Україні законодавство визначає, що **охорона здоров'я** – це система заходів, спрямованих на збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини за максимальної біологічно можливої індивідуальної тривалості її життя. Такі заходи здійснюють органи державної влади та органи місцевого самоврядування, їх посадові особи, заклади охорони здоров'я; фізичні особи-підприємці, зареєстровані у встановленому законом порядку та мають ліцензії на право провадження господарської діяльності з медичної практики; медичні та фармацевтичні працівники, фахівці з реабілітації, громадські об'єднання і громадяни. Системи охорони здоров'я відрізняються в різних країнах і залежать від історичних, географічних, політичних і культурних чинників.

Історично склалися 3 основні системи охорони здоров'я в світі:

- *державна (національна) система охорони здоров'я;*
- *система охорони здоров'я заснована на медичному страхуванні;*
- *приватна (ринкова, ліберальна) система охорони здоров'я.*

Ці системи охорони здоров'я отримали назву *базисних (базових)*. На жаль, сьогодні в світі не існує ідеальної системи охорони здоров'я. Жодна країна не заможна настільки, щоб забезпечити своїх громадян усім, що має медицина на сучасному рівні. У кожній моделі є свої переваги і недоліки. І вибір повинен ґрунтуватися на можливостях соціально-економічної ситуації в країні, рівні медичної освіти і кваліфікації лікарів, а також ментальності населення і культурних чинниках. Система має раціонально й ефективно використовувати наявні ресурси.



1.2. Державна (національна) система охорони здоров'я

Державні системи охорони здоров'я сформовані в тих країнах, де здоров'я розглядається як невід'ємне право людини, а завданням управлінської структури є забезпечення його належного рівня. Для них характерні: *максимальне охоплення населення* медичною допомогою та її *доступність*. Ця система фінансується за рахунок податкових надходжень до державного бюджету і забезпечує максимальну доступність і належний рівень медичних послуг усім категоріям населення.

Державну систему охорони здоров'я яка існувала на теренах колишнього Радянського Союзу називають системою Семашка за прізвищем *Миколи Олександровича Семашка (1874–1949)*, який створив систему охорони здоров'я у 1930 році. Елементи цієї системи були використані для створення у Великій Британії у 1948 році за ініціативи економіста *Вільяма Генрі Беверіджа (1879–1963)* системи охорони здоров'я, яка, на відміну від радянської системи, була заснована на обов'язкових внесках роботодавців з поширенням бюджетних витрат на оплату медичних послуг тільки тим, хто дійсно не може забезпечити себе медичною допомогою зазначеним способом. Ідея британського економіста В. Беверіджа полягала у створенні соціальної стратегії, яка б знищила п'ять великих проблем — байдкування, невігластво, хвороби, злидні і бідність (сформована під впливом Кейнсіанської економічної моделі, що сприяла повній зайнятості). Фінансування системи за моделлю В. Беверіджа здійснювалося за рахунок податків, які стягувались з усіх громадян працездатного віку (повинні були щотижня вносити оплату до системи національного страхування, яка надавала фінансову допомогу всьому населенню у випадку хвороби, безробіття, виходу на пенсію і втрати годувальника).

Система В. Беверіджа функціонує за принципом «Оплата йде за пацієнтом», розмір оплати безпосередньо залежить від обсягу наданих послуг і кваліфікації лікаря. Ця модель від 1948 р. функціонує у Великій Британії (закон був прийнятий у 1946 році).

Багато розвинених країн світу: Ірландія (1971), Данія (1973), Португалія (1979), Італія (1978–1980), Греція (1983), Іспанія (1986), Канада (1974–1977) та інші — створили свої бюджетні (національні) системи охорони здоров'я.

За даними ВООЗ ідеальної системи охорони здоров'я в світі поки не існує, кожна система/модель охорони здоров'я має позитивні та негативні сторони, переваги та недоліки. Так, *перевагами державної системи охорони здоров'я* є: керованість системою охорони здоров'я; надійна,



бюджетна система фінансування; рівномірний плановий розвиток медичної мережі; безкоштовність і доступність медичної допомоги; пріоритетність профілактичних заходів для населення тощо.

Недоліки державної системи охорони здоров'я: недостатній зв'язок між обсягом і якістю медичних послуг і заробітною платою медичних працівників; відсутність конкуренції в галузі надання медичних послуг; централизоване керівництво системою, що обмежує творчу активність медичних працівників; обмеження державних витрат на охорону здоров'я та ін.

1.3. Система охорони здоров'я заснована на медичному страхуванні (соціально-ринкова)

Відповідно до класифікації ВООЗ другою, найбільш поширеною моделлю системи охорони здоров'я є *система заснована на обов'язковому медичному страхуванні або соціально (ринкова) система.*

Ця система охорони здоров'я формувалася в Німеччині від 1883 до 1889 року, коли уряд канцлера Отто фон Бісмарка запровадив низку законів зі страхування основних видів медичної допомоги населенню. Вона базується на принципах змішаної економіки, поєднуючи в собі ринок медичних послуг із розвиненою системою державного регулювання, соціальних гарантій і доступністю медичної допомоги для всіх верств населення.

Страхування на випадок хвороби існує в цій країні з 1883 р., від нещасних випадків — з 1884 р., пенсійне (включаючи інвалідність) — з 1889 р. Дана система передбачає загальне охоплення населення; участь працюючих, підприємців і держави у фінансуванні страхових фондів. Ця модель розглядається як найбільш економічно успішна.

У системах охорони здоров'я, побудованих на основі соціального медичного страхування, здоров'я вважається важливим суспільним благом. Їх поява викликана необхідністю реалізації ідей соціальної солідарності у сфері охорони здоров'я і дефіцитом державних коштів на оплату медичних послуг.

Соціальна система медичного страхування отримує фінансування з трьох джерел: *бюджетні надходження, внески роботодавців і працівників.* При цьому, ті громадяни, які мають низький дохід або є соціально незахищеними, як правило, не здійснюють страхових відрахувань.

Система заснована на медичному страхуванні успішно розвивається в країнах з ринковою економікою (Франція, Бельгія, Австрія, Японія, Ні-



меччина, Нідерланди та інші) і недостатньо активно в країнах з плановою або планово-ринковою економікою (Китай), а також за існування розвинутої державної (громадської) системи охорони здоров'я (Англія, Росія, Україна, країни Східної Європи).

За даними ВООЗ, різноспрямовані моделі медичного страхування використовуються більш ніж в 30 країнах. Системою охоплено принаймні 800 млн. осіб. Близько 74% витрат на лікування хворих компенсується зі страхових фондів.

Особливості системи охорони здоров'я, яка базується на принципі соціального страхування, що означає: участь населення у витратах (певні види й обсяг медичної допомоги оплачуються ними самостійно, незалежно від способу страхування), соціальна солідарність (здоровий платить за хворого, молодий за старого, багатий за бідного).

Дана система передбачає загальне охоплення населення, участь працюючих, підприємців і держави у фінансуванні страхових фондів.

Страхова модель має свої позитивні і негативні аспекти функціонування. Серед *переваг*, перш за все, треба відмітити гнучкість, збереження соціально-ринкової системи господарювання в охороні здоров'я; децентралізована демократична система управління охороною здоров'я; наявність багатоканального механізму фінансування, який базується на страхових джерелах; наявність гарантованого обсягу медичної допомоги для застрахованого населення; наявність на ринку медичних послуг конкуренції, заснованої на співробітництві; рівна доступність населення до медичних послуг, як за купівельною спроможністю, так і за значимістю страхового поліса; високий рівень ймовірності загального охоплення населення медичним страхуванням; ефективна, організаційно-оперативна система контролю якості медичного обслуговування.

Серед основних *проблем* системи медичного страхування визначається невинуватене якістю зростання вартості медичних послуг; неспрацьовування страхової системи охорони здоров'я в умовах економічних або військово-політичних криз (через призупинення функціонування ринкових механізмів господарювання в суспільстві); низький пріоритет медичних профілактичних послуг; нерівномірний розвиток територіальної інфраструктури через відмінності економічних можливостей населення; низька доступність медичних послуг для незастрахованого населення або медичних послуг, що знаходяться поза межами страхової програми для застрахованих пацієнтів; висока вартість системи.



1.4. Приватна (ринкова, ліберальна) система охорони здоров'я

Приватна система охорони здоров'я формувалася під впливом ринкової системи господарювання в суспільстві і є продуктом і частиною ринкової економіки. Тому, найвищого рівня організації вона досягла в країнах з найбільш розвиненою ліберальною ринковою економікою. У цих країнах послуги охорони здоров'я розглядаються як товар.

Приватну систему охорони здоров'я ще називають ринковою системою, у зв'язку з тим, що в ній медичні працівники та населення взаємодіють як вільні суб'єкти ринку. Одні пропонують медичні послуги, а інші їх купують за власні кошти. В результаті визначається ринкова ціна медичних послуг. Одним із класичних прикладів даної системи охорони здоров'я є система охорони здоров'я США, що базується на приватному ринку медичних послуг і добровільному медичному страхуванні. Медичні послуги розглядаються як товар, що продається і купується за класичними законами ринку. Крім того, в країні поширені дві медичні програми: «Medicare», державна програма обов'язкового медичного страхування і медичного обслуговування для осіб, віком 65+ років, і програма «Medicaid», державна програма медичного обслуговування малозабезпечених верств населення за рахунок коштів федерального бюджету і медичних організацій. До того ж, кожен штат вирішує питання охорони здоров'я населення самостійно, з урахуванням можливостей свого бюджету.

Серед основних позитивних рис приватної (ринкової, ліберальної) системи охорони здоров'я визначаються: абсолютно ринкова система господарювання в медицині; децентралізована система управління; багатоканальний механізм фінансування, заснований на приватних джерелах і прямій оплаті медичних послуг; жорстка конкуренція на ринку медичних послуг; високий рівень задоволення попиту населення на медичні послуги; високий рівень комфортності при отриманні медичних послуг; високі технології в наданні медичних послуг та ін. Недоліками приватної (ринкової) системи охорони здоров'я є: високий рівень вартості медичних послуг; низький рівень доступності медичної допомоги через дорожнечу; низький пріоритет медичних послуг громадського значення (профілактика, моніторинг стану здоров'я та ін.).



1.5. Багатоукладні системи охорони здоров'я

Всі базові моделі систем охорони здоров'я не є ідеальними для всіх соціальних верств населення. Всі вони поряд з перевагами мають і недоліки. У зв'язку з цим, країни, які досягли високого економічного, соціального і морального розвитку суспільства, йдуть шляхом створення багатоукладних систем охорони здоров'я.

Багатоукладні системи охорони здоров'я — це системи, засновані на раціональному поєднанні кращих характеристик й елементів усіх 3-х базових систем. При цьому, основне місце посідає та система, яка набула значного розвитку в цій країні: багатоукладна система, переважно державна існує в Англії, Канаді, Скандинавських країнах, Україні та ін.; багатоукладна система, з переважанням медичного страхування в Німеччині, Франції, інших країнах Центральної Європи, Японії; багатоукладна система, переважно приватна існує в США.

Зазначені країни відрізняються високим рівнем розвитку медицини в умовах ринкових відносин, високим рівнем задоволення потреб населення в медичній допомозі, позитивними тенденціями в основних показниках здоров'я населення.

Відповідно до рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я, *формула фінансування охорони здоров'я* повинна виглядати наступним чином: 70% — покриття витрат з громадських фондів (включаючи податки і внески обов'язкового медичного страхування), не менше 5–10% — за рахунок приватного страхування, не більше 15–20% прямих платежів.

Згідно з рейтингом Європейських систем охорони здоров'я, сформованим незалежною аналітичною організацією «Health Consumer Powerhouse» й озвученим в доповіді «2019 Euro Health Consumer Index», перші місця за якістю надання медичної допомоги посідають країни, охорона здоров'я яких фінансується з *громадських джерел*, в т.ч., Нідерланди, Данія, Ісландія, Австрія, Швейцарія, Німеччина, Франція, Швеція, Норвегія і Бельгія.

Як вже було зазначено вище, всі моделі систем охорони здоров'я функціонують маючи на меті задоволення медичних потреб цільових груп населення шляхом надання певного переліку медичних послуг. Особливістю ринку медичних послуг є те, що медична послуга є унікальною й особливою, і в цілому не відокремлена від самого фахівця. Тому, процес підготовки і регулювання необхідного кількісного складу професійних медичних кадрів, є значущим завданням будь-якої моделі системи охорони здоров'я. У процесі підготовки кадрів в світовій практиці використовуються наступ-



ні моделі: перша — орієнтована на забезпечення соціального замовлення; друга — ринкова модель.

Для практичної реалізації першої моделі необхідне прогнозування потреби у відповідних спеціалістах державних медичних установ різного рівня і профілю. У тому випадку, коли фахівець здобув освіту за допомогою вкладення особистих коштів (друга модель), він може бути вільний у виборі роботи.

Медичні освітні установи отримують замовлення на підготовку медичних фахівців певного профілю для медичних установ різних рівнів і форм власності, що містять всі відомості щодо рівня підготовки і певного місця роботи майбутнього фахівця. При цьому, директивний розподіл не є обов'язковим. Однак, є можливість передбачити впорядкованість цього процесу. Регулювання «ринку» праці медичних фахівців має відбуватися не силами його суб'єктів, а державним органом управління, а саме, Міністерством охорони здоров'я. Участь інших, в тому числі і недержавних суб'єктів (страхових медичних фондів та організацій, медичних асоціацій та інших структурно-організаційних одиниць) при цьому не виключається.

ТЕМА 2. ПРІОРИТЕТНІ НАПРЯМКИ РЕФОРМУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ. ІННОВАЦІЙНІ СТРУКТУРНІ ПЕРЕТВОРЕННЯ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

2.1. Основні передумови реформування системи охорони здоров'я в Україні

Реформування системи охорони здоров'я є одним з основних пріоритетів сучасної медицини. Основними законами, що регламентують діяльність системи охорони здоров'я в Україні є: Конституція України та Основи Законодавства України «Про охорону здоров'я» зі змінами «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги», Закон України «Про екстрену медичну допомогу», а також низка підзаконних нормативних документів. Сучасний активний процес законотворення та правових засад організації медичного забезпечення зумовлений тим, що Україна перебуває на шляху реформування системи охорони здоров'я.

Реформування охорони здоров'я — це заходи Міністерства охорони здоров'я для забезпечення всім громадянам України рівного доступу до якіс-



них медичних послуг та перебудова системи охорони здоров'я так, щоб в центрі її уваги був пацієнт.

Основними чинниками, що зумовили реформування системи ОЗ в Україні є низка проблем, серед яких провідними є:

- недостатнє фінансування (в Україні впродовж останніх 10 років видатки на охорону здоров'я становили не більше 3,5% ВВП);
- висока потреба населення України в медичній допомозі, що виявляється в низькому показнику середньої тривалості життя, високих показниках захворюваності та смертності від серцево-судинних й онкологічних хвороб, ВІЛ/СНІДу тощо;
- зношення і моральне застаріння матеріально-технічної бази лікувально-профілактичних закладів;
- низька заробітна плата працівників охорони здоров'я та відсутність залежності між якістю надання медичної допомоги лікарями державних та комунальних неприбуткових підприємств та офіційною оплатою праці.

ВООЗ вказує на те, що в умовах дефіциту фінансових ресурсів одним із пріоритетів розбудови національних систем охорони здоров'я має бути розвиток первинної медичної допомоги на засадах загальної практики — сімейної медицини (ЗП/СМ).

З 2016 року Уряд України визначив пріоритетом трансформацію системи охорони здоров'я для поліпшення індикаторів здоров'я населення України та забезпечення фінансового захисту громадян від катастрофічних грошових витрат з власних кишень. Трансформація відбувається за рахунок підвищення ефективності, модернізації застарілої системи та поліпшення доступу до медичного обслуговування кращої якості. Загальна стратегія передбачала першочергово зосередити увагу на змінах у фінансуванні охорони здоров'я, щоб каталізувати зміни в наданні послуг, а також використовувати сучасні електронні рішення як акселератор розвитку.

Після розробки та затвердження стратегії КМ України, Верховна Рада ухвалила закон про фінансування охорони здоров'я (Закон «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»). Було створено *Національну службу здоров'я України (НСЗУ)*, щоб розпочати стратегічні закупівлі медичних послуг відповідно до гарантованого державою пакету. Загальний дизайн змін у галузі фінансування охорони здоров'я України відповідає провідним міжнародним практикам поліпшення доступу, якості та ефективності медичних послуг. За умови продовження реалізації обраної стратегії, вона має принести відчутні переваги у сфері



покращення результатів показників здоров'я та зменшення фінансового навантаження на населення в найближчі роки.

Зміни у фінансуванні охорони здоров'я відповідають загальним цілям розвитку України, і приносять дивіденди з точки зору ефективності використання бюджетних коштів та забезпечення фінансової дисципліни.

Через повільні темпи зростання ВВП існує відчутний дефіцит бюджету охорони здоров'я, що не дозволяє суттєво збільшити капітальні інвестиції у розбудову спроможної мережі. Для подальшої трансформації мережі закладів та забезпечення покриття населення послугами охорони здоров'я важлива політична підтримка та стабільність дотримання визначеного курсу трансформації.

Забезпечення загальної стабільності бюджету на охорону здоров'я та його зростання буде ключовим фактором для подальшого впровадження реформ системи охорони здоров'я. Фінансування системи охорони здоров'я як пріоритету держави має бути захищене в межах бюджету.

Запровадження розпочатих змін повинно продовжуватися. Перші успіхи — реформа первинної ланки медичної допомоги із запропонованим чітким переліком послуг для пацієнтів та вільним вибором сімейного лікаря, автономізація закладів охорони здоров'я, створення єдиної системи електронної охорони здоров'я, прогресивна програма «Доступні ліки» із використанням електронного рецепту — показали високий запит на зміни у галузі з боку населення.

Національна служба здоров'я України, Центр громадського здоров'я, ДП «Електронне здоров'я», Державний експертний центр, ДП «Медичні закупівлі України» та інші інституції системи зараз є ключовими агентами змін. Важливо забезпечити сталий розвиток цих інституцій та збільшення їхньої спроможності для того, щоб вони і надалі відігравали ключову роль у подальшій трансформації системи охорони здоров'я в Україні.

Місцеві органи влади відіграють важливу роль як власники закладів, отже, необхідним є подальший політичний діалог та узгодження децентралізованих ролей і пріоритетів національної політики у сфері охорони здоров'я.

Якщо Україна досягне успіху у створенні системи охорони здоров'я, орієнтованої на населення, результат та втілення, можна очікувати досягнення наступних основних *цілей*:

- зростання показників здоров'я населення (тривалості життя, зниження захворюваності, смертності);



- збільшення фінансової захищеності при зверненні по медичну допомогу, щоб захворювання не стало причиною зубожіння або ж відсутність коштів не завадила своєчасно звернутися за допомогою;
- забезпечення готовності і здатності системи охорони здоров'я ефективно реагувати на кризові ситуації, які несуть загрози для здоров'я окремої людини, громади або усього населення.

Для досягнення цих кінцевих цілей сформульовано проміжні задачі, на які мають бути спрямовані реформи: створення умов для солідарної відповідальності за здоров'я громадян; забезпечення вільного вибору постачальників послуг; створення прозоріших умов роботи та більшої підзвітності у сфері охорони здоров'я; надання підтримки, у тому числі фінансової, незахищеним групам населення. Саме ці задачі є основними рушійними силами у реформуванні охорони здоров'я.

2.2. Напрями та умови успішного реформування медичної сфери

Загальною метою реформування системи охорони здоров'я в Україні є зростання показників здоров'я населення, тривалості життя та зниження захворюваності і смертності. Це має реалізовуватися через підвищення готовності системи охорони здоров'я для надання ефективної та своєчасної медичної допомоги та зниження фінансового тягаря на населення. Тому і були визначені пріоритети реформування.

Сьогодні реформа здійснюється за такими *напрямами*: проведення медичної реформи; запровадження та посилення системи громадського здоров'я; укріплення спеціалізованої медицини; забезпечення населення доступними та якісними лікарськими засобами.

За кожним із *напрямів* реалізуються завдання, спрямовані на забезпечення фінансування системи охорони здоров'я, підвищення заробітної плати медичних працівників, створення ефективної системи контролю якості надання медичної допомоги, розробка та оновлення національних галузевих стандартів та протоколів лікування, впровадження державної оцінки медичних технологій, створення конкурентного середовища для медичних закладів, розвиток добровільного медичного страхування, розвиток державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я, залучення приватного капіталу, пільгове оподаткування за рахунок податку на прибуток, розвиток спроможної мережі закладів охорони здоров'я, розвиток телемедицини, e-Health, розвиток високотехнологічної медицини і системи трансплантації, системи екстреної медичної допомоги, забезпечення медич-



ною допомогою пацієнтів з туберкульозом, психічними захворюваннями, орфанними захворюваннями, впровадження та реалізація Національної стратегії боротьби з онкологічними захворюваннями, визначення основних засад та механізмів функціонування системи громадського здоров'я в Україні, враховуючи виклики та загрози пов'язані з поширенням у світі та на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, удосконалення законодавства у сфері обігу лікарських засобів з метою забезпечення прозорості фармацевтичного ринку, забезпечення розвитку медичної освіти і науки.

Міністерство розпочало впровадження певних заходів, необхідних для комплексних змін галузі.

Трансформація первинної ланки. Трансформація системи охорони здоров'я в Україні розпочалася з первинної ланки у 2018 році. Процес реформування системи охорони здоров'я розпочався з трансформації моделі надання первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), що складається з 3 наступних кроків:

Крок I – структурне розмежування первинної (ПМД) і вторинної (ВМД) – виділення зі складу поліклінік для дорослих, дитячих поліклінік та об'єднаних з амбулаторно-поліклінічною службою лікарень для дітей та дорослих підрозділів, які в існуючій моделі є відповідальними за надання первинної медичної допомоги (педіатричних та терапевтичних служб).

Крок II – юридичне розмежування ПМД і ВМД створення на базі виділених підрозділів ПМД – центрів первинної медико-санітарної допомоги (далі – центр ПМСД) з амбулаторіями, а на базі спеціалізованих структур – консультативно-діагностичних центрів (КДЦ).

Крок III – формування групової сімейної практики – формування мережі амбулаторій, укомплектованих групами/командами лікарів, що працюють на принципах сімейної медицини.

Усі послуги для пацієнтів покривають на 100% з державного бюджету. НСЗУ здійснює оплату закладу первинної ланки за кожного пацієнта, який має укладений договір з лікарем.

Заклади первинної ланки також відчули переваги від автономізації, оскільки мають можливість самостійно розпоряджатись власними коштами, що суттєво підвищує економічну ефективність використання активів. Керівник закладу може встановлювати будь-які форми оплати праці персоналу, що допускаються законодавством, вкладати вільні кошти в додаткове оснащення або додатково наймати лікарів-ФОП.



Відповідно до змін поточної системи, яка фінансує медичні заклади залежно від кількості мешканців (розмір медичної субвенції в регіони залежить від кількості населення), відбувається оптимізація мережі медичних установ.

Оптимізація мережі закладів системи охорони здоров'я. Разом з перебудовою чисельних ланок системи охорони здоров'я, у 2017 р. стартував процес створення *госпітальних округів* в Україні який був покликаний оптимізувати кількість та якість державних медичних закладів та покращити систему медичного забезпечення країни.

Госпітальні округи створюються з метою організації мережі закладів охорони здоров'я у спосіб, що дозволить забезпечити: 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), паліативної допомоги та медичної реабілітації), фармацевтичних послуг; поступове формування 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.

Функції закладів охорони здоров'я у складі госпітального округу визначаються на основі видів медичної допомоги, що надається в кожному закладі охорони здоров'я, а також функціональних потужностей таких закладів.

Створення госпітальних округів здійснюється на основі поєднання наступних 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.

Створення таких округів має впорядкувати медичну мережу, аби у пацієнта був гарантований доступ — фізичний і часовий — до якісної послуги з будь-якої сфери базової медичної допомоги. Це має сприяти ефективній витраті державних коштів, коли, наприклад, в районах не буде лікарень з ідентичними функціями, і вони не простоюватимуть порожніми.

Передбачалось, що процес створення госпітальних округів займе певний чіткий проміжок часу та сприятиме впорядкуванню медичної інфра-



структури в усіх регіонах України. Подання пропозицій щодо створення госпітальних округів належало до сфери відповідальності місцевої влади. Було запропоновано 3 основні етапи формування госпітальних округів: формування межгоспітального округу, створення госпітальної ради, розробка плану розвитку госпітального округу. З моменту планування та впродовж декількох років вносились корективи та змінювалась модель госпітального округу.

Госпітальний округ — є територією, у межах якої забезпечено надання якісної, комплексної, безперервної і орієнтованої на пацієнтів медичної та реабілітаційної допомоги шляхом організації мережі закладів охорони здоров'я.

Порядок функціонування госпітальних округів і госпітальних кластерів та встановлення їх меж визначається Постановою Кабінету Міністрів України від 28 лютого 2023 р. №174 та встановлює механізм функціонування госпітальних округів і госпітальних кластерів, встановлення їх меж, а також механізм визначення надкластерних, кластерних, загальних та інших видів закладів охорони здоров'я, що входять до спроможної мережі закладів охорони здоров'я тобто мережі надавачів медичних послуг, що забезпечують медичне обслуговування у межах відповідного госпітального округу, зокрема під час надзвичайних ситуацій, надзвичайного чи воєнного стану, дають змогу організувати належну якість медичного обслуговування населення, своєчасність, доступність, а також ефективне використання матеріальних, трудових та інших ресурсів госпітального округу.

У складі спроможної мережі визначаються: надкластерні заклади охорони здоров'я; кластерні заклади охорони здоров'я; загальні заклади охорони здоров'я; надавачі медичних послуг, які надають первинну медичну допомогу; центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф із пунктами постійного базування бригаад екстреної (швидкої) медичної допомоги.

Види багатопрофільних лікарняних закладів у складі спроможної мережі визначаються відповідно до мінімального (базового) переліку напрямів медичного обслуговування (Табл. 2.1).

Обсяг надання спеціалізованої медичної допомоги, що забезпечується відповідним видом багатопрофільного лікарняного закладу в межах госпітальних округів, затверджується МОЗ. Мінімальний (базовий) перелік напрямів медичного обслуговування може бути розширений рішенням власника багатопрофільного лікарняного закладу відповідно до потреб населення.



Таблиця 2.1.

**ПЕРЕЛІК
мінімальних (базових) напрямів медичного обслуговування**

Загальні заклади охорони здоров'я

Анестезіологія (інтенсивна терапія у невідкладних станах)
Неврологія
Інфекційні хвороби
Ортопедія і травматологія
Терапія
Хірургія

Кластерні заклади охорони здоров'я

Акушерство і гінекологія (II рівень перинатальної допомоги)
Алергологія
Анестезіологія (інтенсивна терапія у 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

Надкластерні заклади охорони здоров'я

Акушерство і гінекологія (III 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
Трансфузіологія
Урологія
Хірургія, зокрема дитяча
Щелепно-лицева хірургія

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 і реабілітаційної допомоги за наступними напрямками: онкологічний; кардіологічний; психіатричний; фтизіопульмонологічний або інфекційний; перинатальний.

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



Госпітальні округи з поділом на госпітальні кластери функціонують з метою забезпечення територіальної доступності до якісної медичної та реабілітаційної допомоги населенню.

Територіальна доступність 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 й 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.
- 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.

Структурні підрозділи з питань охорони здоров'я обласних, міських держадміністрацій затверджують маршрути транспортування пацієнтів бригадами екстреної (швидкої) медичної допомоги з урахуванням пріоритетності транспортування до надкластерних, кластерних та загальних закладів охорони здоров'я.

Пункти постійного базування бригад екстреної медичної допомоги в спроможній мережі мають бути визначені таким чином, щоб забезпечувати нормативи прибуття бригад екстреної медичної допомоги на місце події, які належать до категорії критичних, становлять 10 хвилин з моменту звернення до диспетчера, а категорії екстрених — 20 хвилин.



Організацію та координацію медичного обслуговування населення в межах госпітального округу забезпечують Міністерство охорони здоров'я, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я обласних та міських держадміністрацій шляхом: розробки планів розвитку госпітального округу; розподілу товарів та послуг, придбаних за рахунок бюджетних коштів; представництва у складі конкурсної комісії з проведення конкурсу на посаду керівника КНП, закладу включеного або який планується долучити до спроможної мережі; подання заявок про кадрові потреби до МОЗ під час визначення Міністерством кількості місць на підготовку лікарів (фармацевтів/провізорів)-інтернів за кошти державного бюджету та за кошти фізичних (юридичних) осіб; проведення оцінки потреби населення у медичному обслуговуванні не рідше одного разу на три роки.

Межами госпітального кластеру, в яких він функціонує, є район. У госпітальному кластері визначається один кластерний заклад охорони здоров'я, розташований в адміністративному центрі району.

Обласні держадміністрації з урахуванням позицій усіх територіальних громад, що входять до складу району, та за умови задоволення потреб населення відповідно до базового переліку напрямів медичного обслуговування можуть визначити заклад, розташований в іншому населеному пункті району.

У госпітальному кластері може бути визначено більше одного кластерного закладу 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.

В обласних центрах, містах з населенням понад 300 тис. осіб та м. Києві кількість кластерних закладів охорони здоров'я визначається з розрахунку один такий заклад на 150 тис. осіб з урахуванням територіальної доступності населення до медичного обслуговування та спроможності таких закладів забезпечити медичне обслуговування населення відповідно до мінімального (базового) переліку напрямів медичного обслуговування.

Загальним закладом охорони здоров'я визначається заклад охорони здоров'я, який надає медичну допомогу населенню територіальної громади або декількох громад у госпітальному кластері, за такими критеріями: – задоволення потреб населення відповідно до мінімального (базово-



- го) переліку напрямів медичного обслуговування згідно додатку та на основі соціально-демографічного складу, 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 найменшою можливою кількістю місць надання медичних послуг відповідно до мінімального (базового) переліку напрямів медичного обслуговування згідно додатку. Доступність визначається своєчасністю прибуття до загального закладу охорони здоров'я протягом не більше 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.

Спроможна мережа затверджується Головою Ради міністрів Автономної Республіки Крим, головою обласної, Київської чи Севастопольської міської держадміністрацій за погодженням з МОЗ.

Одночасно із спроможною мережею затверджується план розвитку госпітального округу за погодженням з МОЗ, який переглядається не рідше одного разу на три роки.

План розвитку госпітального округу має такі розділи: описова частина, що висвітлює мету, аналіз поточної ситуації у сфері медичного обслуговування населення, стратегічні цілі, завдання, їх зв'язок з переліком пріоритетних напрямів розвитку сфери охорони здоров'я, шляхи виконання завдань та досягнення стратегічних цілей, очікувані результати; перелік надавачів медичних послуг, включених до спроможної мережі, з описом маршрутів пацієнтів у межах госпітального округу (в обов'язковому порядку визначаються маршрути пацієнтів з гострим коронарним синдромом, гострим мозковим інсультом, невідкладною хірургічною та травматологічною патологією, під час надання перинатальної допомоги та реабілітаційної допомоги, але не обмежуються зазначеними станами); плани розвитку госпітального округу (в розрізі кожного закладу охорони здоров'я



у вигляді окремого додатка); поетапні плани щодо створення, реорганізації чи перепрофілювання комунальних закладів охорони здоров'я; план розвитку кадрових ресурсів спроможної мережі; оцінка наявних кадрових ресурсів і потреба в медичних працівниках та фахівцях з реабілітації; механізм моніторингу та звітування; план організації захисних споруд цивільного захисту у спроможній мережі.

План розвитку госпітального округу доводять до відома органів місцевого самоврядування відповідного госпітального округу для обов'язкового врахування під час прийняття рішення щодо створення, реорганізації чи перепрофілювання закладів охорони здоров'я.

Сьогодні в Україні чисельність стаціонарів є майже вдвічі більшою, ніж аналогічний показник у європейських країнах, що суттєво знижує якість надання медичних послуг внаслідок розосередження ресурсів. Є досить велика частка неспроможних лікарень, деякі заклади досі не мають умов для надання інтенсивної медичної допомоги пацієнтам. Національна служба здоров'я України і надалі буде наполегливо розвивати, реалізовувати та створювати нові сервіси та інструменти для покращення доступу кожного пацієнта до якісних медичних послуг.

Створення госпітальних округів має впорядкувати медичну мережу, поліпшити якість вторинної медичної допомоги, підвищити ефективність використання державних коштів, аби у пацієнта був гарантований доступ — фізичний і часовий — до якісної послуги з будь-якої сфери базової медичної допомоги.

Запровадження електронної системи охорони здоров'я. Створено електронну систему охорони здоров'я e-Health, яка допомагає пацієнтам отримувати, а лікарям надавати якісні медичні послуги. Вона дозволяє контролювати, наскільки ефективно витрачаються виділені на охорону здоров'я державні кошти і запобігати зловживанням.

Урядова програма «Доступні ліки» перейшла під управління НСЗУ. Пацієнти отримуватимуть ліки лише за електронними рецептами виключно в системі e-Health. Вже працює електронна медична картка, доступна для лікарів первинної та вторинної ланки. Майже завершено роботу з удосконалення електронних лікарняних листів, що мають повністю замінити паперові.

МОЗ України розробило і погоджує Концепцію інформатизації охорони здоров'я. Сучасна електронна система охорони здоров'я є невід'ємною частиною трансформації охорони здоров'я України.

Міжнародні закупівлі ліків та виробів медичного призначення. МОЗ України почало здійснювати централізовані закупівлі ліків за державний



кошт через міжнародні організації. Завдяки державним закупівлям через міжнародні організації, в Україні з'явилося 76 нових препаратів, зареєстрованих і доступних для громадян.

Державні закупівлі через міжнародні організації дозволили закупувати ті самі ліки значно дешевше. Наприклад, 90% препаратів за напрямком дорослої онкології сьогодні закуповують дешевше, ніж 2014 року.

Окрім того, згідно висновків аудиту Рахункової Палати було зафіксовано економію бюджетних коштів до 39%. Наприкінці 2018 року створили ДП «Медичні закупівлі України». Ця агенція повинна стати основною закупівельною організацією та забезпечувати прозоре, якісне та своєчасне постачання препаратів.

Трансформація системи охорони здоров'я. Від 2020 року розпочався етап трансформації системи охорони здоров'я в Україні — запровадження гарантованого державного пакету медичних послуг.

Автономізовано всі заклади охорони здоров'я підключені до нового механізму фінансування за програмою медичних гарантій. Це крок до формування єдиного медичного простору, коли всі лікарні, в тому числі і відомчі, стануть доступними для всіх українців.

Система надання екстреної медичної допомоги трансформована відповідно до сучасних норм та практик. Для цього МОЗ України розроблено та затверджено Концепцію розвитку системи екстреної медичної допомоги. Запроваджено зміни в систему алгоритмів диспетчеризації. Передбачено створення нової IT-інфраструктури, оновлення протоколів диспетчерів та командних дій бригад, оновлено вимоги до обладнання та закуплено нові автомобілі. Перебудова приймальних відділень в лікарнях здійснена з урахуванням нових протоколів дій в медичному закладі.

Концепція також передбачає, що понад 33 тис. фахівців екстреної медичної допомоги (ЕМД) пройдуть підготовку на здобуття професійної кваліфікації «парамедик» та «екстрений медичний технік». Заплановано закупівлю сучасного транспорту та обладнання, підвищення зарплати медикам, які пройшли нову програму підготовки інструкторів, і покращення роботи диспетчерів. Розпочались зміни в системі професійної підготовки працівників екстреної медицини за кращими світовими стандартами. Працівники, які пройдуть тренінги, зможуть обійняти посади парамедиків. За участі представників екстреної допомоги пілотних областей розроблені технічні умови для проведення закупівель машин швидкої допомоги.

Розпочався процес створення всіх умов для розвитку трансплантації. У 2019 році було внесено відповідні зміни до Закону, що регулює транс-



плантацію в Україні. Розроблено функціонал Єдиної державної інформаційної системи трансплантації (далі ЄДІСТ). На базі Запорізького медично-го університету розпочалося навчання трансплант-координаторів.

Системні зміни відбуваються у лікуванні серцево-судинних захворювань в Україні, які зумовлюють майже дві третини всіх випадків смерті та третину причин інвалідності.

2.3. Модель системи охорони здоров'я України: основні характеристики та проблеми

В Україні функціонує *модель медичного забезпечення населення за рахунок державних коштів*, яка враховує кращі сучасні практики і досвід трансформації систем охорони здоров'я у світі, зокрема у Центральній та Східній Європі.

Основним джерелом фінансування оновленої системи охорони здоров'я залишаються кошти Державного бюджету України, отримані із загальнодержавних податків. Виплати для лікування окремої людини не прив'язані до розміру її індивідуальних внесків.

Бюджетні кошти на фінансування медицини розподіляються через новий, сучасний механізм стратегічної закупівлі медичних послуг. Відбувається перехід від фінансування постатейних кошторисів закладів охорони здоров'я — бюджетних установ, розрахованих відповідно до їх існуючої інфраструктури (кількості ліжок, персоналу тощо), до оплати результату (тобто фактично пролікованих випадків або приписаного населення) закладам, які перетворюються на автономних постачальників цих послуг, а також аптекам як постачальникам призначених лікарями лікарських засобів. Таким чином, буде запроваджено принцип «гроші йдуть за пацієнтом», а не за інфраструктурою закладів охорони здоров'я та іншими надавачами послуг.

Предметом закупівлі стає державний гарантований *пакет медичної допомоги* — прозоро визначений обсяг первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої), екстреної медичної допомоги та лікарських засобів, право на отримання якого у разі потреби матимуть всі без винятку громадяни України. Вартість цих послуг покриватиметься системою страхування повністю або частково. У випадку часткового покриття пацієнти будуть здійснювати офіційну співоплату за послуги та/або лікарські засоби. Підходи до встановлення розмірів такої співоплати будуть чітко визначеними і єдиними для всієї країни.



Перехід на нову систему закупівель медичних послуг супроводжується створенням та постійним вдосконаленням сучасної платформи для збору та обміну медичною і фінансовою інформацією в електронному вигляді. Така електронна система дозволить реалізувати принцип «гроші йдуть за пацієнтом», а також аналізувати ситуацію зі станом здоров'я населення, щоб оперативно розробляти оптимальний план закупівлі медичних послуг і найефективніше витратити кошти. Ця система також дозволить створити «єдиний медичний простір» для координації та інтеграції між рівнями медичної допомоги, а також для запровадження нової системи управління якістю послуг.

Пропонована модернізація існуючої системи фінансування медичної галузі є радикальною, тому передбачені нею зміни мають здійснюватись поступово. Поступовість є особливо важливою для забезпечення належного соціального захисту та перепідготовки працівників системи охорони здоров'я в умовах її докорінної реорганізації, а також для розбудови інформаційних систем, ефективної консолідації ресурсів для інвестицій у розвиток перспективних закладів охорони здоров'я в новоутворених госпітальних округах, закріплення нових функцій громад та місцевого самоврядування в системі медичного страхування, забезпечення ефективної соціальної комунікації і роз'яснення суті, механізмів та очікуваних результатів реформи широким верствам населення.

2.4. Стратегічні документи, що визначають шляхи реформування вітчизняної системи охорони здоров'я, етапи, заходи

Проект Національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я України на період 2015–2025 рр. готувався спеціалізованою експертною групою, до складу якої увійшли також іноземні експерти. Документ визначає зміст, бачення, принципи, пріоритети, завдання та основні заходи для вітчизняної галузі охорони здоров'я на наступні 10 років.

Уряд схвалив Концепцію реформи фінансування системи охорони здоров'я від 30 листопада 2016 р. №1013-р. Дане рішення сприятиме забезпеченню громадянам України доступу до гідного європейської держави рівня медичного обслуговування, шляхом переходу системи охорони здоров'я України до фінансування на основі моделі обов'язкового державного медичного страхування громадян з використанням для цього коштів, акумульованих у державному бюджеті.



Реалізація Концепції відбуватиметься в три етапи: *підготовчий етап*, *етап впровадження* та *етап інтеграції*.

Метою *підготовчого етапу* є закладення правових та інституційних основ нової системи фінансування охорони здоров'я, запровадження нової моделі фінансування первинної медичної допомоги та початок впорядкування мережі закладів, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу через створення госпітальних округів.

Метою *етапу впровадження* (середньострокового етапу) є введення в дію державного гарантованого пакета медичної допомоги на всіх рівнях медичної допомоги та започаткування його фінансування через єдиного національного замовника медичних послуг.

Метою *етапу інтеграції* є налагодження повноцінного функціонування нової системи фінансування охорони здоров'я в масштабі всієї країни.

Основним документом, що визначає цілі, напрямки та принципи розвитку медичної освіти на найближчі 10 років, є затверджена *Стратегія розвитку медичної освіти в Україні*. Розроблено План заходів з її реалізації та конкретизовано завдання, виконання яких сприятиме підвищенню якості медичної освіти, ефективному фінансуванню та управлінню, підвищенню рівня академічної культури та розвитку наукових досліджень.

Прийнята *Концепція розвитку системи громадського здоров'я та Національний план заходів* визначають систему громадського здоров'я як комплекс інструментів, процедур та заходів, що реалізуються державними та недержавними інституціями для зміцнення здоров'я населення, попередження захворювань, збільшення тривалості активного та працездатного віку і заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднання зусиль усього суспільства.

Розроблено проєкт розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Стратегії забезпечення біологічної безпеки та біологічного захисту за принципом «Єдине здоров'я» на період до 2025 року та плану заходів щодо її реалізації».

Один із ключових етапів реформи — підвищення спроможності міністерств, перетворення їх на аналітичні центри, що будуть лідерами у впровадженні реформ та підвищать ефективність діяльності Уряду в цілому. Реформа державного управління змінює фокус роботи міністерства із продукування нормативних актів та управління майном на формування політик у відповідних сферах.

Майбутня система охорони здоров'я має базуватися на трьох засадничих принципах, котрі є фундаментальними і такими, що мають застосову-



ватися в усіх секторах охорони здоров'я, та мають бути відображеними на кожному наступному етапі реформи, а саме:

Орієнтованість на населення, яка означає, що система охорони здоров'я насамперед має дослухатися до потреб людей (пацієнтів, працівників); якість та безпека послуг, їх здатність адаптуватися до вимог і викликів, котрі постійно змінюються, є головними засадами системи охорони здоров'я, що будуть сформовані у результаті реформ; система охорони здоров'я складається з соціальних інституцій, робота котрих залежить від стосунків між різними учасниками системи, включаючи управлінців, постачальників і покупців послуг, дослідників тощо. Процвітання системи може бути досягнуте лише шляхом формування довіри, діалогу та взаємоповаги між цими учасниками, а ефективність роботи залежатиме від якості таких стосунків.

Орієнтованість на результат, яка означає що результативність допомоги та/або профілактичних програм, фінансова захищеність пацієнтів, ефективність використання коштів, урахування побажань пацієнтів повинні обумовлювати прийняття рішень на усіх рівнях; система повинна формувати атмосферу, де виконання будь-якої діяльності регулярно оцінюється за результатами та є підставою для покращення роботи; реформи, що передбачають залучення приватних надавачів послуг повинні пропонуватися тільки у тому випадку, якщо вони дійсно призведуть до кращих результатів або зменшать витрати на надання послуг тієї ж якості. Саме з цієї причини формування бази даних із інформацією про якість надання послуг, якої зараз бракує в Україні, має бути пріоритетом.

Орієнтованість на втілення, яка означає, що відмінна ідея — це лише півшляху. Необхідно також провести підготовчу роботу, втілити ідею у життя та здійснити ретельний моніторинг, котрий чітко відображає відповідальних осіб, часові межі та механізми підзвітності. Нові моделі фінансування послуг системи охорони здоров'я мають бути ефективними, зменшувати фінансові ризики, пов'язані з погіршенням здоров'я, та відкривати доступ до відповідних послуг.

2.5. Реформування надання послуг, фінансування, управління, підготовки кадрів в національній системі охорони здоров'я

Реформування системи охорони здоров'я відбувається через ретельну розробку нормативно-правової бази та імплементацію визначених змін через проведення певних кроків. Так, реформування надання послуг включає:



Зміцнення первинної медичної допомоги. Чіткі ініціативи зі зміцнення первинної ланки повинні початися з визнання сімейних лікарів автономними суб'єктами (через механізм приватної практики для первинної ланки за прикладом Великої Британії, Нідерландів, Данії), особливо у сільській місцевості. Поступове введення та підтримка приватної практики первинної медичної допомоги (ПМД) буде супроводжуватися перепідготовкою лікарів та зміною вимог до ліцензування цього виду практики. Протягом певного часу лікарі, що практикують окремо, надаватимуть послуги паралельно або у складі центрів ПМД, а їх послуги будуть покриватися з державного бюджету або шляхом медичного страхування (після його впровадження) через схожі механізми фінансування (подушний принцип зі зваженими ризиками). Фінансування первинної ланки має здійснюватись через формування замовлення на послуги на рівні області.

У подальшому лікарі первинної ланки, які здійснюватимуть приватну практику, матимуть можливість об'єднатися у команди або «кооперативи» для здійснення спільної роботи та отримання додаткової спеціалізації.

Принцип свободи вибору може бути використаний громадянином (реєстрація у одного «обраного лікаря»), щоб скористатися характерною особливістю ПМД — знання лікарем особливостей життя пацієнтів, яких він обслуговує. Лікарям первинної ланки нададуть ексклюзивне право скерування пацієнтів до спеціалістів шляхом укладання договорів із відповідними закладами.

При цьому система не повинна відверто забороняти пацієнтові звертатися безпосередньо до спеціаліста, але може пропонувати низку переваг та мотивацій (у тому числі фінансових) для користування послугами скерування.

У рамках єдиної лікарняної мережі всі заклади охорони здоров'я повинні надавати допомогу та слідувати загальним правилам відповідно до контрактів із закупівельним агентством на рівні області. Для таких мереж може бути запропоновано три рівні надання стаціонарної допомоги — місцеві лікарні, регіональні лікарні (у обраних географічних центрах) та обласні лікувально-діагностичні центри. Спеціалізовані монопрофільні заклади мають бути об'єднані у багатофункціональні заклади, що надають широкий спектр послуг.

Необхідно враховувати практичну диференціацію між невідкладною допомогою та довгостроковим лікуванням. У більшості гострих випадків допомога повинна надаватися медиками, які є спеціалістами з лікування гострих станів, інтенсивної терапії та/або невідкладної медичної допо-



моги, та отримують консультації від інших фахівців до виписки пацієнта (лікарні інтенсивного лікування). Довгострокове лікування необхідне для людей, чії хронічні проблеми або психічні розлади не дозволяють піклуватися про власні потреби, тож вони потребують догляду лікаря, медсестри або іншого персоналу (санітари, соціальні працівники) за місцем проживання або у закладі охорони здоров'я (лікарні тривалого лікування, медсестринські заклади, денний стаціонар, стаціонар на дому).

Громадське здоров'я. Повноваження та функції держави у сфері громадського здоров'я будуть переглянуті разом із відповідним законодавством. Планується переорієнтувати систему від тотального контролю на підвищення відповідальності за збереження здоров'я та промоцію здорового способу життя, зміцнення соціальної свідомості та формування готовності протистояти надзвичайним подіям у сфері громадського здоров'я, наприклад, епідеміям.

Основною функцією держави у сфері громадського здоров'я повинна бути розробка політики і стратегії в галузі профілактики хвороб, охорони та промоції здоров'я.

Шляхом внесення змін до законодавства держава є ініціатором та сприятиме громадським ініціативам, що спрямовані на зменшення впливу критичних факторів ризику для здоров'я (наприклад, шляхом посилення законодавства щодо заборони куріння у громадських місцях; проведення роз'яснювальних робіт про необхідність зменшення споживання трансжирів; введення обов'язкової вимоги щодо використання шоломів при керуванні мотоциклами, велосипедами та скутерами; заохочення до здорового способу життя та правильного харчування; підтримки розвитку фізкультури і спорту).

Сформульовано такі пріоритети громадського здоров'я, як нагляд та моніторинг захворюваності, реагування на спалахи хвороб, вакцинація, лабораторна діагностика загроз для здоров'я, безпечність води, харчових продуктів і середовища життєдіяльності (включаючи вплив чинників навколишнього середовища та виробництва).

Туберкульоз, ВІЛ-інфекція та вірусні гепатити протягом тривалого часу лишатимуться пріоритетами громадського здоров'я. Здоров'я матері та дитини, статеве, репродуктивне та психічне здоров'я повинні бути відображеними у стратегічному плані розвитку громадського здоров'я.

З метою вдосконалення стратегічного планування у сфері громадського здоров'я, забезпечення відповідного оперативного управління, консолідації даних щодо його охорони, які надходитимуть від багатосекторальної системи громадського здоров'я, створено Національний центр контролю



за захворюваннями і громадським здоров'ям шляхом злиття ряду наявних закладів та установ.

Реструктурування передбачатиме створення регіональних (обласних) центрів громадського здоров'я та єдиної лабораторної мережі реагування на загрози у даній сфері.

Міцна місцева інфраструктура служби громадського здоров'я, що пов'язана з Центром контролю за захворюваннями на національному рівні та включає структури первинної медичної допомоги, відіграє значну роль у досягненні короткострокових результатів (скринінг на онкологію, зменшення споживання солі та підвищення фізичної активності з метою запобігання серцево-судинним захворюванням). Закон України «Про систему громадського здоров'я» було прийнято 06.09.2022 р.

Служба екстреної допомоги. Лише після формування нової мережі системи охорони здоров'я можна буде прийняти рішення щодо раціонального реструктурування служби екстреної допомоги (на підставі визначених маршрутів пацієнтів). Пропозиції щодо розвитку Національного центру (інституту) екстреної допомоги, включаючи обласні центри екстреної медичної допомоги, обласні інформаційно-довідкові служби та телемедицину, повинні розглядатися у середньостроковій перспективі.

Водночас необхідно зосередитися на формуванні засад розвитку професійної та непрофесійної екстреної допомоги, прищепленні і розвитку навичок персоналу і пересічних громадян щодо надання екстреної допомоги, на перегляді національних протоколів та алгоритмів її надання, формування навичок парамедиків в інших службах екстреного реагування (співпраця з МВС, пожежною охороною, службою надзвичайних ситуацій).

Стоматологічна допомога. Стоматологічна допомога повинна зберегти свою відокремленість та належати до медичної допомоги первинного контакту. Держава має замовляти нові підходи до стоматологічних послуг, стимулюючи цільові профілактичні заходи, спрямовані на формування гігієнічних навичок догляду за ротовою порожниною. Варто зазначити, що розвиток стоматології без прямого контролю з боку держави за останні двадцять років відзначився значним прогресом технологій та зростанням приватних інвестицій до цього сектора. Тому втручання держави буде обмежуватися ліцензуванням діяльності через залучення професійних асоціацій та спілок.

Реформування фінансування включає наступні елементи:

Джерела фінансування. Збільшення державних витрат без зміни інфраструктури не забезпечить вирішення наявних проблем. Потрібно доклас-



ти зусиль для перерозподілу наявних ресурсів і підвищення ефективності системи. Для виходу з економічної кризи у короткостроковій перспективі урядом України має бути запропоновано комплекс жорстких заходів. Це матиме суттєвий вплив на доступність медичної допомоги, тому заходи зі збільшення ефективності використання бюджетних коштів повинні сприяти реформуванню фінансування галузі.

Додаткові джерела фінансування та нові організаційні моделі об'єднання коштів (наприклад, страхування) повинні розглядатися лише після того, як перехідний процес буде належним чином подолано і все підготовлено. Джерелом більшої частини фінансування повинні залишитися надходження з загального оподаткування із поступовим зменшенням готівкових платежів пацієнтів. Цільові податки на алкоголь/тютюн та шкідливі для здоров'я продукти повинні пропонуватися як додаткове джерело грошових ресурсів, асигнованих, передусім, на відшкодування (реімбурсацію) ліків та розвиток первинної медичної допомоги.

Розподіл функцій покупців та постачальника послуг; закупівельне агентство. У короткостроковій перспективі зростання ефективності використання коштів буде зумовлене тим, що держава відійде від прямого управління фінансуванням закладів охорони здоров'я, які будуть надавати послуги на основі договору й узгоджених схем відшкодування.

Корупція під час тендерів є надзвичайно болючим питанням, яке шкодить репутації системи охорони здоров'я та влади в цілому. На практиці, одним з найбільш відомих та швидких способів вирішення серйозних проблем, пов'язаних з корупцією при закупівлі більшості лікарських засобів, є аутсорсинг міжнародних організацій, що виконують такі завдання на замовлення уряду. Це рішення приносить й економічні переваги у зв'язку з обсягом закупівель, що проводять міжнародні організації (наприклад, ЮНІСЕФ є найбільшим у світі покупцем вакцин, а ВООЗ може забезпечити пільгові ціни на окремі препарати).

Закупівля фармацевтичної продукції, є лише малою частиною усієї системи закупівель, яка повинна існувати у державі. З цією метою пропонується створення національного агентства з питань фінансування охорони здоров'я (точна назва може бути визначена згодом). Агентство повинно бути недержавною напівавтономною структурою, на чолі з правлінням, до складу якого увійдуть представники уряду та інших компетентних сторін. Агентство займатиметься закупівлями медичних послуг, проведенням переговорів із їх постачальниками та забезпечуватиме централізовані платежі за виконані послуги.



Таке агентство може в установленому порядку укласти контракти зі страховими компаніями, відповідати за закупівлю державних послуг у сфері громадського здоров'я тощо.

Об'єднання коштів. Враховуючи, що основний обсяг державного фінансування охорони здоров'я надходить з джерел загального оподаткування, початкове об'єднання коштів відбуватиметься на центральному рівні. З метою підвищення ефективності та відповідно до принципів децентралізації, основна частина центрального бюджету буде передана до регіонів (у агентства з фінансування охорони здоров'я регіонального рівня).

Таким чином, необхідно знайти баланс між певною консолідацією фінансів на центральному рівні для окремих національних програм (наприклад, економії за рахунок обсягів закупівель медикаментів) та збільшенням відповідальності місцевої влади.

Закупівля медичних послуг за державні кошти повинна відбуватися у першу чергу на регіональному рівні у рамках визначеного регуляторного поля. Важко передбачити, яке рішення може бути найбільш збалансованим, однак виваженою альтернативою може бути створення багаторівневого агентства з фінансування охорони здоров'я з істотною автономією на обласному рівні, що вестиме переговори щодо контрактів з усіма юридичними та фізичними особами, які надають послуги.

Перехід від постатейного фінансування до системи оплати за надані послуги. Для підвищення ефективності система повинна відмовитися від постатейного фінансування. Запроваджено механізми оплати, що забезпечать стимули для медичних працівників реагувати на потреби пацієнтів, не залишаючи жодного без відповідної допомоги, при цьому досягаючи ефективності та економії витрат.

Вдалим варіантом для оплати праці на первинному рівні є зважені подушні платежі з коригуванням на послуги і продуктивність (точніше, подушна оплата з урахуванням віко-статевих коефіцієнтів, тобто подушна змішана оплата плюс оплата за послуги, плюс оплата за результат). У рамках спеціалізованої та стаціонарної медичної допомоги головним буде принцип «гроші йдуть за пацієнтом». Першим кроком у реформі системи фінансування на перехідний період є запровадження глобального бюджету для лікарень із подальшим переходом до системи оплати за пролікований випадок. Великою перевагою введення глобального бюджету є також отримання достовірної базової інформації про видатки. Лікарням нададуть право самостійно використовувати свої заощадження, перефільовуючи їх для інших цілей або переносючи на наступні роки.



Запровадження системи оплати за випадок стимулюватиме лікарні до підвищення ефективності лікування станів і хвороб, оскільки лікарня отримуватиме відшкодування у межах розрахунків, необхідних для лікування конкретного випадку (що унеможливорює надання непотрібних послуг або заохочення пацієнтів до тривалої госпіталізації). Використання такого інструменту як діагностично-споріднені групи (ДСГ) дозволяє порівняти продуктивність лікарень та удосконалити систему контролю якості. Таким чином, комунальні неприбуткові підприємства будуть фінансово мотивовані використовувати доказові (ефективні) методи лікування, позбутися непотрібних процедур, що в кінцевому рахунку вирішить проблему з надмірною кількістю ліжок та/або кількістю відділень.

Впровадження медичного страхування. Під час першої фази реформи охорони здоров'я не рекомендують вдаватися до радикальних змін щодо збору коштів (наприклад, запровадження загальнодержавного соціального медичного страхування).

Однак створення сприятливих умов для розвитку медичного страхування у довгостроковій перспективі є обов'язковим. З цією метою важливим є перенесення внесків роботодавців на медичне страхування з графі оподаткованого прибутку до графі витрат. Проте передусім, необхідно запровадити відповідне нормативне врегулювання та систему моніторингу, щоб не створювати інші схеми ухилення від оподаткування і не запровадити систему страхування з недосконалим або неповним охопленням. З часом надходження, отримані від медичного страхування, повинні поліпшити фінансову ситуацію в системі охорони здоров'я та полегшити навантаження на бюджет.

Протягом кількох років, коли необхідно зосередитися на реформуванні принципів і механізмів розподілу ресурсів і реформі платежів, рекомендують суттєво не змінювати джерела фінансування. Протягом цього періоду часу необхідно підготувати розрахунки для двох пакетів послуг, які можуть фінансуватися за рахунок державних коштів.

1. «Універсальний нестраховий пакет» (УНП) включає профілактичні програми та медичну допомогу, які фінансуються державою незалежно від місця проживання чи фінансової спроможності громадян. Універсальні нестрахові послуги включатимуть низку медичних послуг, які історично фінансувалися державою, галузь громадського здоров'я, випадки хронічних захворювань, що не покриваються страховим полісом, а також ризики, пов'язані з катастрофічними витратами на лікування.



2. «Державний страховий пакет». У межах цього пакету держава забезпечує ширше медичне страхування для вразливих верств населення у рамках наявних ресурсів.

На першому етапі, Міністерство розробить розрахунки для УНП, зокрема: список послуг, що фінансуються державою; визначення ринкової ціни УНП; визначення суми спільних платежів з урахуванням соціально-економічного статусу тих, хто отримує допомогу (наприклад, пенсіонери, безробітні, інваліди).

Наступним кроком після розрахунку Універсального нестрахового пакету є розрахунок бюджетних ресурсів для придбання пакетів послуг медичного страхування для вразливих груп населення.

Бенефіціари (пацієнти) зможуть вільно обирати страхові компанії, що беруть участь в урядовій програмі; уряд і страховики погодять мінімальний набір послуг та стандарти послуг страхового пакету.

Реформування управління включає:

1. *Реформування Міністерства охорони здоров'я.* Відповідно до європейських прагнень України, роль держави в роботі системи охорони здоров'я буде обмеженою; МОЗ мусить позбавитись невластивих управлінських функцій, таких як закупівлі, управління лікарнями, обслуговування та ремонт закладів, і зосередитись насамперед на розробці політики і плануванні.

У кожному випадку, МОЗ має забезпечувати доступну, достовірну, правдиву, своєчасну і прозору інформацію про здоров'я для всіх громадян. Так само МОЗ гарантуватиме нагляд і захист скарг пацієнтів у закладах охорони здоров'я, публікуватиме дані про порівняльну ефективність та результативність роботи закладів.

2. *Інституційне репрофілювання.* Склад МОЗ і його внутрішня структура у майбутньому повинна відображати нові задачі. Штат Міністерства доцільніше комплектувати спеціалістами з аналізу та комунікацій, ніж управлінцями та бухгалтерами (мозок повинен переважати над м'язами).

Повинні розвиватися партнерські відносини з приватним сектором у сфері високотехнологічних послуг, особливо там, де приватний сектор має перевагу, оскільки може бути економічно більш вигідним. У цілому, розвиток державно-приватного партнерства повинен керуватися прагматичним підходом, що базується на доказовій медицині, без протистояння між державним і приватним секторами.

3. *Автономність постачальників послуг.* У більшості розвинених країн фінансування і доходи постачальників послуг залежать від обсягу та якості послуг, переважно на основі вільного вибору споживача, а не на під-



ставі бюрократичних уподобань. Лікарні та медичні працівники матимуть управлінські і фіскальні повноваження реінвестувати в інфраструктурні або технологічні зміни, при цьому за ними повинна залишитись відповідальність за витрати державних грошей.

Автономію закладів охорони здоров'я потрібно збільшити у трьох основних сферах: фінансове управління, делегування управлінських повноважень і планування розвитку послуг. Необхідно зробити багато кроків у цьому напрямку, в тому числі визначити ступінь делегованих повноважень, розробити законодавство, переглянути систему фінансового управління, створити систему контрахтування та оцінки результатів, визначити кадрову політику і перехідні умови, провести відбір і підготовку управлінців. Успіх тут потребує командного підходу, що передбачає участь усіх можливих партнерів та бенефіціарів.

Регуляторна роль держави буде обмежена встановленням певних вимог до інфраструктури та стандарту якості послуг. Задоволення встановлених норм буде гарантією для входження і діяльності на ринку. Враховуючи європейські прагнення України, уряд збереже поточні нормативні вимоги і визнає вимоги всіх держав-членів ЄС щодо лікарень та закладів охорони здоров'я. Будь-який з цих стандартів (європейський чи український) повинен нарівні визнаватися для надання дозволу на провадження медичної практики.

4. *Реформування підготовки кадрів.* Головним активом будь-якої системи є люди. Щоб відновити мотивацію медичного персоналу і встановити справедливу винагороду у медичному секторі, потрібно реалізувати загальний план реформ у напрямку відповідності європейським стандартам. У тому числі це стосується системи до- та післядипломної освіти лікарів, медичних сестер й іншого персоналу.

В українській системі охорони здоров'я необхідно встановити чіткі межі між отриманням диплому та структурою кадрів, яка може бути створена на основі структури надання послуг; у такому процесі вирішальне значення матимуть доступне фінансування, автономія лікарень і конкурентоспроможність кадрів.

Єдиним методом вирішення питання кількості, компетенції та структури лікарів, медсестер, провізорів, менеджерів охорони здоров'я є переговори з відповідними професійними об'єднаннями. Проведення адміністративних скорочень «зверху вниз» або запровадження радикальних механізмів конкуренції можуть бути неприйнятними з різних причин, проте зміни все ж таки потрібні. Тільки проведення реформи надання послуг та фінансової реформи галузі дозволять у перспективі побачити всі доступні варіанти дій.



ТЕМА 3. ПРАВОВІ ЗАСАДИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Законодавче врегулювання у сфері охорони здоров'я

Успішне функціонування будь якої галузі можливе лише за умов наявної чіткої нормативно-правової бази та законодавчого регулювання в галузі.

Законодавче врегулювання — це процес створення, прийняття та здійснення законів та нормативних актів для регулювання певних сфер життя суспільства. У контексті охорони здоров'я законодавче врегулювання є правовою діяльністю, спрямованою на встановлення правил, норм і стандартів, що регулюють надання медичної допомоги, права та обов'язки медичних працівників, права пацієнтів та інші аспекти, пов'язані з медичною практикою і системою охорони здоров'я.

Процес законодавчого врегулювання починається із розробки законопроектів та нормативних актів. Зазвичай це робиться державними органами, урядом, парламентом чи спеціалізованими комітетами та агентствами, відповідальними за охорону здоров'я та право в країні. Законопроекти обговорюють та приймають з урахуванням громадської думки та експертних оцінок.

Після ухвалення законодавчі акти набирають чинності та є обов'язковими до виконання для всіх суб'єктів та учасників системи охорони здоров'я, включаючи медичних працівників, медичні заклади, пацієнтів та інших учасників медичної системи.

Законодавче врегулювання в охороні здоров'я має на меті забезпечення стабільності, порядку та справедливості у медичній практиці. Це допомагає запобігти недобросовісній практиці, захистити права пацієнтів, забезпечити якість медичних послуг та підтримувати громадське здоров'я.

Основна ідея законодавчого врегулювання полягає в тому, щоб забезпечити систему правил та принципів, що регулюють відносини між учасниками медичної сфери та захищають інтереси і права всіх сторін. Це забезпечує стабільність та передбачуваність в охороні здоров'я, сприяючи розвиткові здорового та ефективного суспільства.

Важливість законодавчого регулювання в охороні здоров'я **для населення** полягає в тому, що воно забезпечує безліч практичних та етичних переваг для всіх громадян суспільства. Ось деякі з основних причин важливості для населення законодавчого врегулювання:

По-перше, *це захист прав пацієнтів*. Закони в охороні здоров'я гарантують права пацієнтів на отримання якісної медичної допомоги, поінфор-



мовану згоду на лікування, конфіденційність медичної інформації та право на вибір лікаря. Це допомагає захистити інтереси та безпеку пацієнтів у процесі лікування.

По-друге, це *якість медичної практики*. Законодавче врегулювання визначає стандарти та норми для медичної практики, що сприяє підвищенню якості та ефективності медичної допомоги. Це забезпечує більш успішні та результативні лікувальні процедури.

По-третє, обумовлює *доступність та рівність в охороні здоров'я*. Закони про охорону здоров'я в країні можуть забезпечувати доступність медичної допомоги для всіх верств населення, незалежно від їх соціального статусу, становища чи фінансового стану. Це сприяє забезпеченню рівних можливостей для всіх громадян отримати необхідне лікування.

Окрім того, це *безпека медичних продуктів та процедур*. Закони про лікарські засоби та медичні технології регулюють процедури реєстрації та контролю якості продукції. Це гарантує безпеку й ефективність медичних продуктів, що використовуються для лікування населення.

Вкрай важливим є *захист від медичних помилок*. Закони та правила в медицині допомагають запобігати медичним помилкам та недобросовісній практиці. Це сприяє зниженню ризиків для здоров'я пацієнтів та підвищує рівень загальної безпеки медичної допомоги.

Актуальною, особливо останнім часом, є *громадська охорона здоров'я*. Закони і правила в галузі охорони здоров'я спрямовані на запобігання поширенню інфекційних захворювань, поліпшення громадського здоров'я та підтримання здорового способу життя населення.

Важливою є і *довіра до системи охорони здоров'я*. Коли законів та правил суворо дотримуються, це сприяє зміцненню довіри населення до системи охорони здоров'я. Громадяни можуть відчувати впевненість у тому, що їхнє здоров'я та інтереси захищені відповідно до закону.

Наступним важливим моментом є *відповідальність та прозорість*. Закони в охороні здоров'я забезпечують відповідальність медичних працівників та установ за дії та рішення. Це сприяє прозорості у медичній практиці та забезпечує справедливе ставлення до випадків можливих правопорушень.

Законодавче регулювання має велике значення для медичних працівників з кількох причин:

Визначення прав та обов'язків. Закони в галузі охорони здоров'я встановлюють права та обов'язки медичних працівників, визначаючи



їх повноваження та відповідальність при наданні медичної допомоги. Це допомагає запобігти невизначеності та конфліктам під час роботи та забезпечує чіткий кадровий порядок.

Захист від відповідальності. Закони захищають медичних працівників від незаслужених звинувачень та відповідальності за дії, вчинені в рамках закону та професійних стандартів. Це забезпечує захист та стимулює професійну поведінку.

Етичні орієнтири. Закони та нормативні акти в медицині часто ґрунтуються на етичних засадах, що регулюють поведінку медичних працівників. Це включає конфіденційність, повагу до прав пацієнтів та дотримання принципів медичної етики.

Забезпечення якості та безпеки. Закони і стандарти охорони здоров'я спрямовані на забезпечення якості та безпеки медичної допомоги. Вони визначають процедури, вимоги до обладнання та умови надання допомоги, що допомагає запобігати помилкам та недобросовісній практиці.

Розвиток професійного статусу. Законодавче регулювання надає професії медичного працівника офіційного статусу та визнає його важливість для суспільства. Це сприяє покращенню статусу та привабливості професії, а також може підвищити рівень заробітної плати та соціальні гарантії.

Облік змін у медичній практиці. Закони в охороні здоров'я оновлюються та доповнюються, щоб враховувати нові методи лікування, технології та наукові відкриття. Це дозволяє медичним працівникам застосовувати сучасні методи та стандарти лікування.

Професійне навчання та сертифікація: Законодавство може передбачати обов'язкове професійне навчання та сертифікацію для медичних працівників, що сприяє підвищенню кваліфікації та компетентності в галузі охорони здоров'я.

В цілому законодавче регулювання створює стабільні та чесні умови для роботи медичних працівників, захищає їхні права та обов'язки, забезпечує високий рівень професіоналізму та сприяє загальному розвитку охорони здоров'я в країні.

Законодавчі акти, що регулюють відносини у сфері охорони здоров'я в Україні, охоплюють всі аспекти починаючи від права на отримання медичної допомоги, питання етики та безпеки медичної допомоги, поінформованої згоди на медичні втручання та конфіденційності інформації, регулювань при забезпеченні ліками, медична допомога для окремих верств населення, тощо.



Декілька прикладів основних законодавчих актів у сфері охорони здоров'я в Україні: *Закони України* «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (1992); «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз» (2001); «Про захист населення від інфекційних хвороб» (2000); «Про лікарські засоби» (1996); «Про захист персональних даних» (2010); «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» (1991); «Про систему громадського здоров'я» (2022); «Про вдосконалення організації надання медичної допомоги матерям та новонародженим у перинатальних центрах» (2011); Проєкт Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо функціонування телемедицини» (2023); Закону України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» (2018); «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо окремих питань захисту прав громадян у сфері охорони здоров'я» (2017) тощо.

Необхідно розрізняти **медичне право та правові основи** (законодавче врегулювання) у галузі медицини. Так, медичне право та правові основи в медицині тісно взаємопов'язані, але вони представляють різні аспекти регулювання медичної практики та прав пацієнтів.

Правові основи (законодавче врегулювання) в медицині являють собою загальні правила та закони, що встановлюють права та обов'язки, а *медичне право* є спеціалізованою (юридичною) галуззю права, яка фокусується на правових аспектах медичної практики та охорони здоров'я. Водночас вони забезпечують належне функціонування медичної системи та захист прав пацієнтів.

Правові основи в медицині відносяться до загальних норм та принципів, що визначають права та обов'язки в медичній сфері. Це включає такі закони та підзаконні акти, про які згадувалося раніше. Ці закони встановлюють права та обов'язки пацієнтів, медичних працівників, медичних закладів та інших учасників системи охорони здоров'я.

Правові основи визначають стандарти та норми медичної практики, правила надання медичних послуг, процедури отримання поінформованої згоди від пацієнтів, правила обробки медичної інформації тощо. Ці основи забезпечують структуру та рамки для медичної діяльності, щоб гарантувати безпеку і якість медичної допомоги.

Медичне право, з іншого боку, є галуззю права, спеціально регулюючою медичну діяльність та пов'язані з нею правові питання. Це включає загальні правила та принципи правової системи, а також спеціальні норми, які застосовуються лише у контексті медичної практики.



3.2. Медичне право в Україні

Медичне право включає широкий спектр актуальних для медицини питань. Це медична етика, відповідальність медпрацівників, права та обов'язки пацієнтів, правила лікарського регулювання, патентне право щодо медичних винаходів та багато іншого. Воно включає всі аспекти медичної діяльності, які підпадають під **юридичне** регулювання.

Медичне право розглядається у наступних аспектах:

1. *Як галузь права.* Медичне право є комплексною галуззю права, яка регулює організаційні, майнові, особисті немайнові відносини, що виникають у зв'язку із проведенням санітарно-епідеміологічних заходів і наданням лікувально-профілактичної допомоги громадянам.

2. *Як галузь законодавства.* Медичне право — це сукупність нормативних актів, що регулюють відносини між громадянином і лікувальною установою, між пацієнтом і медпрацівником у сфері організації, а також прав, обов'язків і відповідальності у зв'язку з поєднанням діагностичних, лікувальних, санітарно-гігієнічних заходів.

3. *Як інститут права.* Медичне право — це система норм, що регулюють відносини пов'язані з організацією, забезпеченням та наданням медичної допомоги/медичних послуг.

Комплексну природу медичного права обумовлюють: струнка система і структура медичного права, що містить правові підгалузі, інститути і норми; конституційно закріплене право на охорону здоров'я і медичну допомогу; наявність окремих нормативно-правових актів, які присвячені регулюванню виключно суспільних відносин у сфері охорони здоров'я громадян; неможливість у рамках існуючих галузей права забезпечити якісне правове регулювання численних відносин у сфері медицини; наявність загальних принципів, властивих медичному праву і характеризують його зміст; суспільні відносини, що виникають у сфері медичної діяльності, регулюються як власними нормами, що містяться в інших галузях права.

Джерела медичного права — зовнішньо виражені норми, що регулюють суспільні відносини з приводу охорони здоров'я громадян: закони; міжнародні нормативно-правові акти; підзаконні нормативно-правові акти; правовий звичай; рішення Конституційного суду України; рішення Європейського суду з прав людини.

Міжнародні нормативно-правові акти: Хартія про право на охорону здоров'я (недоторканість приватного життя й інформовану згоду); Ліса-



бонська декларація про права пацієнта (висвітлюються питання на конфіденційність, інформацію та інформовану згоду); Декларація про медичну допомогу, орієнтовану на пацієнта; Венеціанська декларація щодо невиліковних захворювань; Гельсінська декларація (містить рекомендації для лікарів, які проводять біологічні обстеження людини); Декларація Організації Об'єднаних Націй про клонування людини; Декларація прав людини й особистої свободи медичних працівників; Декларація про евтаназію; Декларація про розвиток прав пацієнтів в Європі; Декларація щодо трансплантації людських органів; Люблінська хартія з реформування охорони здоров'я; Міжнародний кодекс медичної етики; Положення про торгівлю живими органами; Принципи захисту психічно хворих осіб і поліпшення психіатричної допомоги.

3.3. Медичні правові відносини: поняття, види і склад

Медичні правовідносини — це результат впливу норм медичного права на поведінку суб'єктів медичного права, внаслідок якого між ними виникають правові зв'язки.

Склад медичних правовідносин — це характеристика правовідносин з позиції їх внутрішнього устрою і взаємозв'язку складників.

Суб'єктами права. В теоретико-правовому викладі є учасники правовідносин, тобто носії суб'єктивних прав і обов'язків: суб'єкти, що надають медичну допомогу; суб'єкти, що отримують медичну допомогу; суб'єкти, що сприяють наданню медичної допомоги (підрозділи забезпечення).

Виділяють кілька видів правових статусів:

1. *Загальний правовий статус* громадянина у сфері медичної діяльності — це перелік прав, обов'язків і відповідальності, характерний для всіх громадян України. Насамперед, без сумніву, йдеться про норми Конституції України, ст. 49 якої визначає, що кожний має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно.

2. *Спеціальний правовий статус* людини у сфері медичної діяльності — це перелік прав, обов'язків і відповідальності в галузі медицини, притаманний окремим категоріям людей (вагітні жінки і матері, неповнолітні, військовослужбовці, громадяни похилого віку, інваліди та ін.). Як приклад, є сенс навести положення розділу VII Основ законодавства України про охорону здоров'я «Охорона здоров'я матері та дитини».



3. *Індивідуальний правовий статус* людини у сфері медичної діяльності — це перелік прав, обов'язків і відповідальності в галузі медицини, властивий конкретному індивідові. Треба зазначити, що індивідуальний правовий статус людини є найбільш динамічним варіантом правового статусу, оскільки він залежить від професії, віку, статі людини. Варто зазначити значний ступінь схожості правового змісту індивідуального правового статусу людини і суб'єктивного права людини у сфері медичної діяльності.

Під об'єктом медичних правовідносин необхідно розуміти ті реальні матеріальні і духовні блага, на досягнення яких спрямована реалізація прав і обов'язків суб'єктів медичних правовідносин.

Зміст медичних правовідносин складають суб'єктивні права та юридичні обов'язки, які реалізуються в поведінці суб'єктів медичних правовідносин.

Загальні особисті немайнові права пацієнтів: згода на надання медичної допомоги та відмова від неї; вибір лікаря та лікувального закладу; інформація про стан здоров'я; таємниця про стан здоров'я; поважне та гуманне ставлення з боку медичного персоналу; полегшення болю тощо.

Спеціальні особисті немайнові права пацієнтів, що отримують спеціальну медичну допомогу: права фізичних осіб як суб'єктів медичних дослідів; спеціальні права пацієнтів, відносно яких застосовують методи трансплантації, допоміжних репродуктивних технологій; особисті немайнові права фізичних осіб, що виникають у правовідносинах з надання психіатричної допомоги.

Основними нормативно-правовими документами є: Конституція України: Ст.49 (ч.1, 2) «Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм»; «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (19.11. 1992), Ст. 3 (ч.1), 4 (п.7), 6, 10 (п. «а», «б»), 31, 32, 42, 43 (ч.1), 53, 78 (п. «а»), Ст. 4. Основні принципи охорони здоров'я (п. 7) «попереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний та медичний підхід до охорони здоров'я», Ст. 10. Громадяни України зобов'язані: а) піклуватись про своє здоров'я та здоров'я дітей, не шкодити здоров'ю інших громадян; б) у передбачених законодавством випадках проходити профілактичні медичні огляди і робити щеплення».

Основні нормативно-правові акти: Цивільний кодекс України (ЦКУ) Ст. 283, 286 (ч.4), «4. Фізична особа може бути зобов'язана до проходження медичного огляду у випадках, встановлених законодавством» тощо.



Всі зазначені та інші численні нормативно-правові акти визначають правовідносини у сфері охорони здоров'я, такі як право на належні умови професійної діяльності; право на створення наукових медичних товариств, професійних союзів та інших суспільних організацій; право на судовий захист; право на заняття медичною і фармацевтичною діяльністю відповідно до спеціальності і кваліфікації; право на підвищення кваліфікації, перепідготовку не рідше одного разу на п'ять років у відповідних закладах і установах; право на обов'язкове страхування медичних працівників за рахунок власника закладу охорони здоров'я у випадку заподіяння шкоди їх життю і здоров'ю при виконанні професійних обов'язків у випадках, передбачених законодавством; право на надання інформації про пацієнта без його згоди або згоди його законного представника; право на відмову від подальшого ведення пацієнта; право здійснювати медичне втручання без згоди пацієнта і/або його законних представників, тощо.

3.4. Загальна характеристика трудового законодавства

Права найманих працівників закріплюються не лише Конституцією України чи законодавством про працю, а й положеннями колективного договору підприємства, статутами підприємств та організацій, трудовим договором, укладеним з працівником письмово, посадовою інструкцією тощо.

Медичні працівники мають право: на роботу відповідно до умов трудового договору; знати свої права та функціональні (посадові) обов'язки; на ознайомлення з вимогами охорони праці та техніки безпеки; на забезпечення працедавцем здорових та безпечних умов праці відповідно до вимог правил техніки безпеки, санітарних правил і норм, законодавства про працю України; на виплату заробітної плати не нижче встановленого державою мінімуму та у терміни, встановлені трудовим договором, а також виплату премій, винагород, інших соціальних виплат та компенсацій; на отримання матеріальної допомоги з урахуванням оцінки особистої трудової участі працівника в роботі медичного закладу в порядку, встановленому внутрішніми нормативними актами підприємства чи організації, з якими працівник уклав трудову угоду; на соціальне страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань, а також право на всі передбачені законодавством види соціального страхування; на звернення до суду для вирішення трудових спорів незалежно від характеру виконуваної роботи або обійманої посади (крім окремих випадків, передбачених законодавством) тощо.



До того ж, важливо визначити, що відповідно до пункту 2.4.1. Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики, затверджених наказом Державного комітету України з питань регуляторної політики та підприємства МОЗ України від 16 лютого 2001 р. №38/63, страхування медичних працівників на випадок інфікування ВІЛ під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції, є *обов'язковою умовою провадження такої діяльності*.

До основних *обов'язків медичних працівників відносяться*: обов'язок надавати своєчасну і кваліфіковану медичну і лікарську допомогу, сприяти охороні й укріпленню здоров'я людей, попередженню і лікуванню захворювань; обов'язок безкоштовно надавати першу невідкладну допомогу громадянам у разі нещасного випадку і в інших екстремальних випадках; обов'язок розповсюджувати наукові і медичні знання серед населення, пропагувати, у тому числі особистим прикладом, здоровий спосіб життя; обов'язок дотримуватись вимог професійної етики і деонтології, зберігати лікарську таємницю; обов'язок надавати консультативну допомогу своїм колегам та іншим працівникам охорони здоров'я; обов'язок надавати пацієнту або іншим компетентним суб'єктам медичну інформацію.

Юридична відповідальність медичного працівника за професійне правопорушення — це застосування до особи, яка вчинила правопорушення при виконанні професійних обов'язків у сфері медичної діяльності, заходів державного примусу, передбачених правовими нормами, які супроводжуються необхідністю для винного зазнати певних втрат особистого, організаційного або майнового характеру. *До видів відповідальності* лікарів за вчинені правопорушення відносяться: цивільна (майнова); кримінальна; адміністративна; дисциплінарна.

Законодавство визначає також основні принципи компенсації моральної шкоди у сфері медичної діяльності. Це — реальна наявність порушення або посягання на особисті немайнові права (блага) пацієнтів; наявність вини в діях (бездіяльності) медичного працівника (за винятком заподіяння шкоди життю та здоров'ю джерелом підвищеної небезпеки); пацієнт сам повинен надавати докази наявності фізичних і (або) моральних страждань; моральна шкода компенсується незалежно від відшкодування майнової шкоди; пацієнт не має верхньої або нижньої межі вимог за розміром компенсації моральної шкоди, однак остаточне рішення приймає суд.

Деякі *юридичні дефініції*, які можуть мати матеріальні або моральні наслідки для медичних працівників.



1. Під *нещасним випадком* слід розуміти вид дефекту надання медичної допомоги, пов'язаного з належним виконанням медичним працівником своїх професійних обов'язків, згідно нормативних актів, і надання ним медичної допомоги, відповідно до стандартів у сфері охорони здоров'я і локальних протоколів, породжений внаслідок раптово виникаючого, непередбачуваного, непереборного і невідворотного збігу обставин, за яких заподіяно шкоду здоров'ю пацієнта або настала його смерть.

2. *Лікарська помилка* — вид дефекту надання медичної допомоги, що становить неналежне виконання (невиконання) медичним працівником професійних обов'язків внаслідок суб'єктивної чи об'єктивної помилки, не пов'язане з недбалістю і несумлінним до них ставленням, що спричинило шкоду здоров'ю пацієнта.

3. *Професійний злочин* — це умисне або необережне діяння, вчинене медичним працівником під час виконання професійних та/або службових обов'язків, заборонене кримінальним законом, що є підставою кримінальної відповідальності.

До першої кваліфікаційної групи належать злочини, безпосередньо пов'язані з наданням медичної допомоги: неналежне виконання професійних обов'язків, що спричинило зараження особи вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби (Ст. 131); розголошення відомостей про проведення медичного огляду на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби (Ст. 132); незаконне проведення абортів (Ст. 134); неналежне виконання обов'язків щодо охорони життя та здоров'я дітей (Ст. 137); незаконна лікувальна діяльність (Ст. 138); ненадання допомоги хворому медичним працівником (Ст. 139); неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником (Ст. 140); порушення прав пацієнта (Ст. 141); незаконне проведення дослідів над людиною (Ст. 142); порушення встановленого законом порядку трансплантації органів або тканин людини (Ст. 143); і насильницьке донорство (Ст. 144); незаконне розголошення лікарської таємниці (Ст. 145); підміна дитини (Ст. 148); незаконне поміщення в психіатричний заклад (Ст. 151); незаконна видача рецепта на право придбання наркотичних засобів або психотропних речовин (Ст. 319) тощо.

До другої класифікаційної групи відносять злочини у сфері службової діяльності, які при екстраполюванні на царину охорони здоров'я утворюють групу службових медичних злочинів: службове підроблення (Ст. 366); службову недбалість (Ст. 367); прийняття пропозиції, обіцянки або одер-



жання неправомірної вигоди службовою особою (Ст. 368); незаконне збагачення (Ст. 368–2).

Таким чином, законодавче врегулювання в охороні здоров'я відіграє критичну роль у захисті інтересів, здоров'я та безпеки населення країни. Це забезпечує ефективне та етичне функціонування системи охорони здоров'я та сприяє загальному благополуччю суспільства.

Знання прав та обов'язків медичних працівників та пацієнтів, основ трудових правовідносин має велике значення для медичного працівника, що забезпечить повноцінну трудову діяльність та сприятиме наданню високоякісної медичної допомоги різним верствам населення.

ТЕМА 4. РОЗВИТОК ТА УДОСКОНАЛЕННЯ ЕЛЕКТРОННОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

4.1. Інформаційно комунікаційні системи в галузі охорони здоров'я

Під *електронною охороною здоров'я* (далі — е-здоров'я, e-Health) слід розуміти екосистему гармонійних та взаємоприйнятних інформаційних відносин усіх учасників медичного середовища держави, що базуються на економічно ефективному та безпечному використанні інформаційно-комунікаційних технологій, спрямованих на підтримку системи охорони здоров'я, включаючи медичні послуги, профілактичний нагляд за здоров'ям, медичну літературу та медичну освіту, знання та дослідження.

Електронна медична інформаційна система — це інформаційно-телекомунікаційна система, яка дає змогу автоматизувати роботу суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я, створювати, переглядати, обмінюватися інформацією в електронній формі, у тому числі з центральною базою даних (у разі підключення).

Медична інформація — інформація про стан здоров'я пацієнта, його діагноз, відомості, отримані під час медичного обстеження, у тому числі відповідні медичні документи, що стосуються здоров'я пацієнта.

Центральна база даних — програмно-апаратний комплекс, який містить реєстри, забезпечує можливість створення, перегляду, обміну інформацією та документами між реєстрами та електронними медичними інформаційними системами, а також модулями НСЗУ.

До складу електронної системи охорони здоров'я входять центральна база даних та електронні медичні інформаційні системи, між якими за-



безпечено автоматизований обмін інформацією, даними та документами через відкритий програмний інтерфейс (API).

Завдання та функціональні можливості електронної системи охорони здоров'я:

1. *Завданням електронної системи охорони здоров'я є:* забезпечення можливості використання пацієнтами електронних сервісів для реалізації їх прав за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення (далі — програма медичних гарантій), автоматизація ведення обліку медичних послуг і управління медичною інформацією, запровадження електронного документообігу у сфері медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій.

2. *Функціональні можливості електронної системи охорони здоров'я повинні забезпечувати:* можливість реєстрації користувачів у центральній базі даних, у тому числі з використанням засобів електронної ідентифікації; розмежування прав користувачів на внесення, перегляд інформації у центральній базі даних, внесення змін та доповнень до неї (далі — права доступу); можливість створення, внесення, перегляду та обміну деклараціями про вибір лікаря, який надає первину медичну допомогу (далі — декларації), рецептами, направленнями, медичними записами, іншою інформацією та документами через електронні кабінети відповідно до прав доступу користувачів; можливість використання електронної системи охорони здоров'я особами з порушенням зору та слуху; можливість надання пацієнтами (їх законними представниками) згоди у письмовій формі або у формі, що дає змогу зробити висновок про надання згоди, на доступ до даних про себе (про пацієнта для законних представників), що міститься в електронній системі охорони здоров'я, лікарям, третім особам; отримання пацієнтами відомостей про осіб, які подавали запити щодо надання інформації, що міститься в електронній системі охорони здоров'я, про таких пацієнтів; здійснення пошуку та перегляду відомостей у центральній базі даних відповідно до прав доступу користувача з дотриманням вимог Закону України «Про захист персональних даних»; можливість укладення, зміни та припинення договорів про медичне обслуговування населення та договорів про реімбурсацію за програмою медичних гарантій (далі — договори за програмою медичних гарантій), формування та подання електронних звітів, первинних, розрахункових та інших документів за договорами (далі — електронні звіти) через центральну базу даних; збереження, автоматичне резервування і відновлення даних, що передавалися до центральної бази даних, забезпечення безперебійного доступу до центральної бази даних;



захист інформації від несанкціонованого доступу, знищення, модифікації; облік операцій (внесення, перегляд, внесення змін та доповнень тощо) з інформацією та документами у центральній базі даних та подій, що відбуваються в електронній системі охорони здоров'я і стосуються її безпеки; можливість використання для внесення та систематизації інформації у центральній базі даних державних класифікаторів, номенклатур та довідників, затверджених в установленому законодавством порядку; використання єдиних стандартів обміну медичною інформацією, затверджених МОЗ; сумісність та електронну взаємодію центральної бази даних в установленому законодавством порядку з іншими інформаційними системами та державними інформаційними ресурсами, зокрема з: Єдиним державним демографічним реєстром; Єдиним державним реєстром юридичних осіб, фізичних осіб – підприємців та громадських формувань; Державним реєстром актів цивільного стану громадян; Єдиною державною електронною базою з питань освіти; Єдиним державним реєстром Міністерства внутрішніх справ; іншими ресурсами, які зазначені у нормативно-правових актах, що регламентують взаємодію державних електронних інформаційних ресурсів; надання інших електронних сервісів у порядку, встановленому МОЗ.

3. *Захист інформації у центральній базі даних здійснюється відповідно до законодавства про захист інформації в інформаційно-телекомунікаційних системах.*

4. *Обробка персональних даних в електронній системі охорони здоров'я здійснюється з дотриманням вимог Закону України «Про захист персональних даних».*

5. *Технічні засоби центральної бази даних повинні перебувати у межах території України.*

6. *Електронна система охорони здоров'я повинна давати змогу підключення до неї таких модулів НСЗУ: модуля аналізу даних та формування аналітичних звітів; модуля формування розрахункових документів, звітів та управління процесами розрахунків (модуля взаємодії з надавачами медичних послуг); інших модулів, які необхідні НСЗУ для виконання передбачених законодавством функцій.*

7. *Електронна система охорони здоров'я взаємодіє з базами даних та інформаційними системами у сфері охорони здоров'я, що функціонують на місцевому рівні, у порядку, встановленому МОЗ.*

8. *НСЗУ забезпечує функціонування електронної системи охорони здоров'я та веб-сайту, на якому розміщується інформація про електронну систему охорони здоров'я.*



9. *Власником центральної бази даних, у тому числі майнових прав на програмне забезпечення центральної бази даних, є держава в особі НСЗУ.*

4.2. Надання інформації, ресурсів та послуг охорони здоров'я з використанням електронних засобів

Розвиток е-медицини сприяє підвищенню якості та доступності медичних послуг, розширенню прав і можливостей пацієнтів, забезпеченню їх безперервної медичної допомоги та безпеки, підвищенню ефективності управління та використання ресурсів, високому рівню поінформованості населення щодо питань здорового способу життя, профілактики захворювань та отримання медичної допомоги.

Основними підходами і принципами електронної системи охорони здоров'я є: формування єдиної державної політики щодо розвитку е-здоров'я, забезпечення її ефективної реалізації; досягнення завдань та індикаторів цілей сталого розвитку «Забезпечення здорового способу життя та сприяння благополуччю для всіх у будь-якому віці»; консолідація та координація ресурсів, зусиль та дій державних органів, надавачів медичних послуг, громадян та бізнесу щодо розвитку е-здоров'я; сприяння наданню усіх видів медичної допомоги та підвищенню якості охорони здоров'я; управління якістю шляхом використання моделі безперервного поліпшення процесів «плануй — роби — перевіряй — впливай»; використання передових міжнародних медичних та інформаційних стандартів; формування єдиного медичного інформаційного простору як сукупності баз та банків даних, технологій їх ведення та використання, інформаційно-телекомунікаційних систем та мереж, що функціонують на основі єдиних принципів і загальних правил, що забезпечує інформаційну взаємодію різних сторін і задоволення їх інформаційних потреб, а також інтероперабельність, інтегрованість та гармонійний взаємозв'язок із суміжними сферами; розвиток національної медичної інфраструктури інформатизації, що, зокрема, включає кадрову спроможність, інформаційні ресурси, технології, продукти і послуги; створення умов для справедливої конкуренції та розвитку ринку; використання переваг обробки великих даних та інтелектуальних систем для прогнозування потреб охорони здоров'я, планування ресурсів у сфері; де бюрократизація та адміністративне спрощення для надавачів медичних послуг; прозорість та публічна доступність узагальнених даних щодо розвитку е-здоров'я;



орієнтованість електронної системи охорони здоров'я на пацієнта, залучення громадян до піклування про власне здоров'я, контролю за якістю отриманих послуг, зокрема шляхом надання доступу до власних медичних даних та розпорядження ними, а також зручного доступу до актуальних знеособлених відкритих даних; забезпечення доступу осіб з інвалідністю до послуг у сфері охорони здоров'я.

Розвиток інформаційного простору сфери охорони здоров'я України передбачає створення і впровадження: управлінських інформаційних систем; госпітальних інформаційних систем, систем диспетчеризації екстреної медичної допомоги тощо; інформаційних технологій, спрямованих на профілактику захворювань, діагностику та реабілітацію, вибір оптимального методу лікування; інтелектуальних систем для диференційної діагностики та лікування; навчальних комп'ютерних програм; освітніх автоматизованих систем тестового контролю; систем дистанційного навчання; геоінформаційних технологій; телемедичних технологій; персональних систем моніторингу стану здоров'я на основі мікропроцесорних технологій тощо.

Електронні реєстри закладів охорони здоров'я і лікарів. Електронними реєстрами центральної бази є:

1. *Реєстр пацієнтів*, що містить інформацію про фізичних осіб, які мають право на гарантії згідно із Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення».

До зазначеного Реєстру включають такі відомості про пацієнта: унікальний номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі (у разі наявності); реєстраційний номер облікової картки платника податків (у разі наявності) або серія та номер паспорта (для фізичних осіб, які через релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку у паспорті); прізвище, ім'я, по батькові; дата та місце народження; адреса фактичного місця проживання або перебування; серія та номер (у разі наявності) документа, що посвідчує особу (паспорт громадянина України, тимчасове посвідчення громадянина України, свідоцтво про народження (для осіб, які не досягли 14-річного віку), посвідка на постійне проживання в Україні, посвідчення біженця, посвідчення особи, яка потребує додаткового захисту), орган, що видав документ, дата видачі, строк дії; номер телефону, адреса електронної пошти (далі — контактні дані) (у разі надання); інформація про законного представника особи (прізвище, ім'я, по батькові, документи, що посвідчують його особу



та повноваження законного представника відповідно до законодавства) (у разі наявності); інші відомості, визначені МОЗ.

2. *Реєстр декларацій про вибір лікаря*, який надає первинну медичну допомогу, що містить інформацію про декларації.

До зазначеного Реєстру включаються такі відомості: посилання на запис про пацієнта у Реєстрі пацієнтів; посилання на запис про медичного працівника, обраного пацієнтом (його законним представником) як лікаря, який надає первинну медичну допомогу, у Реєстрі медичних працівників; посилання на запис про надавача медичних послуг у Реєстрі суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я; посилання на запис про місце надання медичних послуг, обране пацієнтом, у Реєстрі суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я; інші відомості, визначені МОЗ.

3. *Реєстр суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я*, що містить інформацію про заклади охорони здоров'я, фізичних осіб-підприємців, які мають ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та лабораторії, які уклали або мають намір подати заяву про укладення договору за програмою медичних гарантій або залучені надавачами медичних послуг до надання медичних послуг (далі — суб'єкти господарювання у сфері охорони здоров'я).

До зазначеного Реєстру включають такі відомості: повне та скорочене (у разі наявності) найменування юридичної особи або прізвище, ім'я, по батькові фізичної особи-підприємця; код згідно з ЄДРПОУ чи реєстраційний номер облікової картки платника податків (у разі наявності) або серія та номер паспорта (для фізичних осіб, які через релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають про це відмітку у паспорті) суб'єкта господарювання у сфері охорони здоров'я; форма власності (для юридичних осіб); місцезнаходження; прізвище, ім'я, по батькові, найменування посади, контактні дані керівника суб'єкта господарювання у сфері охорони здоров'я; прізвище, ім'я, по батькові, найменування посади осіб, яким суб'єкт господарювання у сфері охорони здоров'я надав права доступу до електронної системи охорони здоров'я, далі — уповноважені особи суб'єкта господарювання, із зазначенням обсягу таких прав; відомості про чинні та анульовані ліцензії, акредитацію, інші дозвільні документи суб'єкта господарювання у сфері охорони здоров'я; інформація про місця надання медичних послуг або відокремлені підрозділи аптечних закладів (адреса, контактні дані); інші відомості, визначені МОЗ.



4. *Реєстр медичних спеціалістів*, що містить інформацію про осіб, які здобули освіту у сфері охорони здоров'я (далі — медичні спеціалісти).

До зазначеного Реєстру включають такі відомості: посилання на запис про медичного спеціаліста у Реєстрі пацієнтів; освітньо-кваліфікаційний рівень медичного спеціаліста; спеціальність медичного спеціаліста; дата початку роботи за спеціальністю та інформація про періоди, протягом яких медичний спеціаліст не працював за спеціальністю; інформація про підвищення кваліфікації та перепідготовку медичного спеціаліста; інші відомості, визначені МОЗ. Інформація до зазначеного Реєстру вноситься, зокрема, шляхом електронної взаємодії та обміну відомостями з Єдиною державною електронною базою з питань освіти.

5. *Реєстр медичних працівників*, що містить інформацію про осіб, які перебувають у трудових відносинах із суб'єктами господарювання у сфері охорони здоров'я або є фізичною особою-підприємцем, яка одержала ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та надають медичну допомогу (далі — медичні працівники).

До зазначеного Реєстру включають такі відомості: посилання на запис у Реєстрі медичних спеціалістів про медичного працівника; посилання на запис про суб'єкта господарювання у сфері охорони здоров'я у Реєстрі суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я; найменування посади та спеціалізація медичного працівника; контактні дані медичного працівника для запису на прийом до нього; інші відомості, визначені МОЗ.

6. *Реєстр договорів про медичне обслуговування населення*, що містить інформацію щодо договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, укладених з НСЗУ (Національна служба здоров'я України).

До зазначеного Реєстру включають такі відомості: дата укладення, строк дії договору; посилання на запис про надавача медичних послуг у Реєстрі суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я; посилання на записи про медичних працівників, які будуть залучені до надання медичних послуг за договором, у Реєстрі медичних працівників; посилання на записи про суб'єкти господарювання у сфері охорони здоров'я (заклади охорони здоров'я, фізичних осіб-підприємців, які мають ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, лабораторії), які залучені надавачем медичних послуг до виконання договору, у Реєстрі суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я; посилання на записи про місця надання медичних послуг у Реєстрі суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я, в яких будуть надаватися медичні послуги за догово-



ром; контактні дані лікаря для запису на прийом до нього; медичні послуги, які надавач медичних послуг зобов'язується надати за договором; інформація про обладнання надавача медичних послуг; дата припинення договору; інформація про внесення змін до договору; інші відомості, визначені МОЗ.

7. *Реєстр договорів про реімбурсацію*, що містить інформацію про договори про реімбурсацію за програмою медичних гарантій, укладені з НСЗУ.

До зазначеного Реєстру включають такі відомості: дата укладення, строк дії договору; посилання на запис про аптечний заклад у Реєстрі суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я; посилання на запис про відокремлені підрозділи аптекних закладів, в яких пацієнти можуть отримати лікарські засоби за рецептом, у Реєстрі суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я; відомості про внесення змін до договору; дата припинення договору; інші відомості, визначені МОЗ.

8. *Інші реєстри, необхідні для виконання Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»*. Перелік відомостей, що вноситься до таких реєстрів, затверджується МОЗ.

До всіх електронних реєстрів, які є в Україні, діють особливі норми та правила доступу та користування. Так, МОЗ України затверджує права доступу користувачів до інформації у таких реєстрах, і власне інформацію, яка до них вноситься.

Особливу увагу приділяють роботі із персональними даними у реєстрах. Персональні дані у реєстрах можуть оброблятися у цілях охорони здоров'я, встановлення медичного діагнозу, забезпечення лікування або надання медичних послуг, функціонування електронної системи охорони здоров'я. Персональні дані, що стосуються здоров'я, можуть оброблятися за умови, що вони обробляються медичним працівником або іншою особою закладу охорони здоров'я чи фізичною особою-підприємцем, яка одержала ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та її працівниками, на яких покладено обов'язки щодо забезпечення захисту персональних даних та поширюється дія законодавства про лікарську таємницю, працівниками НСЗУ, на яких покладено обов'язки щодо забезпечення захисту персональних даних.

Реєстри, також, містять інформацію щодо зміни соціального статусу, народження або смерті пацієнтів. Так, органи державної реєстрації актів цивільного стану протягом 10 робочих днів від дня реєстрації смерті, зміни прізвища під час укладання чи розірвання шлюбу, зміни імені особи по-



дають відповідну інформацію до НСЗУ в електронній формі із зазначенням унікального номера запису в Єдиному державному демографічному реєстрі про відповідних осіб (у разі наявності). На підставі отриманих даних НСЗУ забезпечує внесення змін до записів у Реєстрі пацієнтів, Реєстрі медичних спеціалістів, Реєстрі медичних працівників, Реєстрі декларацій.

Зміни та доповнення до інформації, що міститься у центральній базі даних, здійснюється за заявою користувача. Якщо протягом трьох робочих днів від дня отримання такої заяви розпорядник відповідного реєстру не відхилив таку заяву через наявність у ній помилок чи завідомо недостовірної інформації, до інформації у центральній базі даних вносяться відповідні зміни та доповнення. Інформація про користувача, який подав заяву про внесення змін та доповнень, дату та час їх внесення, а також початковий зміст інформації зберігається у центральній базі даних та не підлягає зміні чи видаленню.

З метою забезпечення точності та достовірності інформації у центральній базі даних НСЗУ та адміністратором періодично проводиться верифікація з дотримання вимог Закону України «Про захист персональних даних».

У разі виявлення у процесі верифікації невідповідності між відомостями у реєстрах та відомостями, що міститься у державних інформаційних ресурсах, відомостях, наданих державними органами, а також іншої недостовірної інформації розпорядник відповідного реєстру має право звернутися до користувача, який вніс таку інформацію, із запитом про надання пояснень щодо причин такої невідповідності. Користувач повинен усунути виявлені невідповідності або надати пояснення розпоряднику такого реєстру протягом 10 робочих днів, якщо інший строк не встановлено у запиті. У разі коли у встановлений строк не усунуто невідповідності або не надано пояснення, НСЗУ забезпечує внесення змін до відповідних записів.

Робота із базами даних та реєстрами чітко регламентується та контролюється. Так, у разі виявлення фактів систематичного внесення користувачем недостовірної інформації до реєстрів адміністратор або розпорядник відповідного реєстру може тимчасово зупинити доступ такого користувача до центральної бази даних. Право суб'єкта персональних даних на отримання будь-яких відомостей про себе відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» не може бути обмежено. Заява пацієнта (його законного представника) про відкликання заяви про надання згоди на обробку персональних даних або про надання доступу



третім особам до інформації, що міститься у центральній базі даних, повинна бути опрацьована протягом трьох робочих днів.

Електронні декларації. Юридичним підтвердженням обслуговування пацієнта у певного лікаря в певному закладі ПМД (первинної медичної допомоги) є подана декларація. Термін «Декларація про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу» (далі — Декларація) означає документ, що підтверджує волевиявлення пацієнта (його законного представника) про вибір лікаря, який надаватиме йому первинну медичну допомогу.

Це документ, який підтверджує факт вільного вибору пацієнтом свого лікаря. І, що є важливим, декларація потрібна для того, щоб держава знала, куди спрямувати кошти за обслуговування пацієнта. НСЗУ може заплатити лише за декларацію, подану з дотриманням усіх правил. Порядок вибору лікаря первинної медичної допомоги та форму декларації затверджує наказ МОЗ №503 від 19.03.2018 «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу».

Цей нормативний документ є змістовним і визначає права пацієнта, алгоритм вибору лікаря і лікувального закладу для отримання медичної допомоги, визначає форму та алгоритм заключення декларації та алгоритм отримання медичної допомоги.

Так, визначається, що пацієнт (його законний представник) має право обрати лікаря, який надає ПМД, незалежно від зареєстрованого місця проживання такого пацієнта, за умови, що обраний лікар має чисельність пацієнтів до двох тисяч (або іншу чисельність відповідно до особливостей медичного закладу). У період тимчасової відсутності лікаря, який був обраний пацієнтом, у зв'язку з відпусткою чи іншими обставинами, що зумовлюють тимчасову неможливість здійснювати прийом пацієнтів лікарем, пацієнт має право на отримання медичних послуг ПМД у іншого лікаря того самого надавача ПМД без подання нової Декларації. У разі неможливості обрання лікаря пацієнт має право звернутися до НСЗУ або його територіальних органів за роз'ясненнями стосовно надавачів ПМД, та для забезпечення пацієнту можливості реалізувати його право на вибір лікаря.

Права пацієнта на медичну допомогу є захищеними. Наприклад, пацієнт (його законний представник) має право змінити лікаря, який надає ПМД, шляхом подання тому самому або іншому надавачу ПМД нової Декларації. Або пацієнт (його законний представник) має право відмовитись від лікаря, який надає ПМД, без обрання нового лікаря шляхом подання



заяви про припинення поданої ним Декларації. При цьому, одночасний вибір двох або більше лікарів, які надають ПМД, не допускається. Законом визначено, що надавачам ПМД забороняється відмовляти у прийнятті Декларації та веденні пацієнта, зокрема на підставі наявності у пацієнта хронічного захворювання, його віку, статі, соціального статусу, матеріального становища, зареєстрованого місця проживання тощо. Пацієнт має право на отримання медичних послуг, пов'язаних з ПМД, у надавача ПМД з моменту подання йому Декларації та до її припинення.

Даним нормативним актом також визначаються і *обов'язки надавачів первинної медичної допомоги*. Так, пацієнту (або законному представнику) має бути доведена повна інформація про лікаря (освіта; лікарська спеціальність; стаж роботи за спеціальністю; кваліфікаційна категорія; місце (адреса) та графік роботи лікаря), лікувально-профілактичний заклад, інформацію про наявність ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики (для ФОП). Обов'язково мають бути чітко прописані терміни дії договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, укладеного між надавачем ПМД та уповноваженим органом, а також перелік медичних послуг, які надавач ПМД зобов'язаний надавати за таким договором.

Підписання декларації пацієнта та лікаря може відбуватися не лише через безпосереднє укладання декларації на паперовому носії, а і шляхом подачі Декларації самостійно через електронну систему охорони здоров'я. У разі подання пацієнтом (його законним представником) Декларації самостійно через електронну систему охорони здоров'я пацієнт (його законний представник) має накласти на неї електронний підпис автора або підпис, прирівняний до власноручного підпису відповідно до закону. У такому випадку надавачі ПМД не мають права вимагати у пацієнтів (їх законних представників) подання Декларації в паперовій формі.

При поданні Декларації шляхом безпосереднього звернення до надавача ПМД спершу проводиться ідентифікація пацієнта (надає РНОКПП або серію та номер паспорта (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття РНОКПП та повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку у паспорті) й один з таких документів, що посвідчують особу: паспорт громадянина України; тимчасове посвідчення громадянина України; свідоцтво про народження (для осіб, які не досягли 14-річного віку); посвідка на постійне проживання в Україні; посвідчення біженця; посвідчення особи, яка потребує додаткового захисту). Законний представник пацієнта додатково подає докумен-



ти, що посвідчують його особу та повноваження законного представника (свідоцтво про народження, посвідчення) відповідно до законодавства.

На підставі документів та інформації, наданих пацієнтом (його законним представником), уповноважена особа зобов'язана заповнити Декларацію в електронній формі, роздрукувати її та надати пацієнту (його законному представнику). Пацієнт (його законний представник) перевіряє інформацію, внесену до Декларації, та у разі виявлення помилок виправляє її і потім підписує. Одні примірник залишається у надавача медичних послуг.

Уповноважена особа (медичного закладу) надсилає Декларацію у встановленому законодавством порядку до електронної системи охорони здоров'я. До того ж, надавач ПМД зобов'язаний зберігати копії таких документів та один примірник Декларації, підписаний пацієнтом (його законним представником), протягом трьох років з дня припинення (анулювання) такої Декларації.

На законодавчому рівні визначені умови та алгоритм за яких може бути *припинено або тимчасово припинено* дію Декларації щодо надання медичної допомоги. Підставами для припинення Декларації може бути подання пацієнтом (його законним представником) Декларації про вибір іншого лікаря, який надає ПМД; припинення юридичної особи, яка є надавачем ПМД, або про припинення підприємницької діяльності ФОП, яка є надавачем ПМД, крім випадків перетворення юридичної особи; анулювання ліцензії надавача ПМД на право провадження господарської діяльності з медичної практики; припинення трудових відносин з лікарем, який надає ПМД, зазначеним в Декларації, та надавачем ПМД або ФОП, що має господарські відносини з таким надавачем ПМД; подання заяви лікарем, який надає ПМД, про відмову від подальшого ведення пацієнта у зв'язку з тим, що пацієнт не виконує медичних приписів або правил внутрішнього трудового розпорядку надавача ПМД, за умови, що це не загрожуватиме життю пацієнта і здоров'ю населення; смерть лікаря, який надає ПМД або смерть пацієнта; досягнення пацієнтом 18-річного віку у разі, якщо згідно з Декларацією лікарем, який надає ПМД, обрано лікаря-педіатра.

Дія Декларації тимчасово призупиняється з дати припинення договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, укладеного між надавачем ПМД та НСЗУ, до моменту укладення нового договору про медичне обслуговування. Припинення та призупинення дії Декларації не є підставою для ненадання безперервної та безоплатної первинної медичної допомоги пацієнтам, які перебувають у невідкладному стані, у державних і комунальних закладах охорони здоров'я.



У період тимчасової відсутності лікаря, який був обраний пацієнтом, у зв'язку з відпусткою чи іншими обставинами, що зумовлюють тимчасову неможливість здійснювати прийом пацієнтів лікарем, пацієнт має право на отримання медичних послуг ПМД у іншого лікаря того самого надавача ПМД без подання нової Декларації.

Пацієнт, який не обрав лікаря та перебуває у невідкладному стані, має право отримати безперервну та безоплатну первинну медичну допомогу у державних і комунальних закладах охорони здоров'я, а також звернутися до Національної служби здоров'я України або його територіальних органів за роз'ясненнями стосовно надавачів первинної медичної допомоги для забезпечення можливості реалізувати своє право на вибір лікаря.

4.3. «Електронні рецепти» або нові правила виписування в системі e-Health

Електронний рецепт — це електронний документ, який створюється, зберігається і передається з використанням медичної інформаційної системи в електронній системі охорони здоров'я (e-Health). *Електронний рецепт — це цифровий аналог рецептів на паперових бланках.*

Ці нові правила першочергово стосуються виписки рецептів на усі ліки та медичні вироби, але не стосуються наркотичних та психотропних препаратів.

Рецепти на усі ліки, крім психотропних і наркотичних, мають містити таку інформацію: найменування закладу охорони здоров'я або ПІП ФОП; адреса закладу охорони здоров'я або ФОП; код ЄДРПОУ/ Реєстраційний номер облікової картки платника податків; реквізити ліцензії на медичну практику або рішення органу ліцензування.

Червоний штамп в електронному рецепті «Вартість підлягає відшкодуванню» має додаткове поле у рецепті: «Джерело фінансування». У ньому мають зазначити назву урядової або муніципальної програми для пільгового відпуску лікарських засобів. Це поле в електронному рецепті дозволить чіткіше контролювати виконання урядових та регіональних програм.

У відомостях про пацієнта лікар повинен зазначити прізвище, ініціали та вік пацієнта, а також номер його амбулаторної чи стаціонарної картки. Номер картки поєднує історію лікування пацієнта з усіма даними про нього в системі E-health. Також він допоможе уникнути плутанини у разі, якщо різні пацієнти матимуть однакові імена і дату народження.



Нові вимоги до рецепта не розповсюджуватимуться на рецепти препаратів інсуліну, допоки до електронного реєстру пацієнтів, що потребують інсулінотерапії, не внесуть необхідні технічні зміни. Назва лікарського засобу зазначається латинською мовою за назвою діючої речовини (міжнародною непатентованою назвою). Заклади охорони здоров'я можуть використовувати стару форму паперового рецепту Ф-1 з червоною печаткою «Вартість підлягає відшкодуванню», поки ці бланки не закінчаться.

Такий рецепт підписуватиметься електронним підписом лікаря. Цей документ одразу потрапляє в систему, де його можуть побачити провізори. Пацієнт отримуватиме СМС-повідомлення з номером рецепта, який треба назвати в аптеці.

Доступ до електронної системи рецептів обмежений. Нові вимоги до рецепта не розповсюджуватимуться на рецепти на препарати інсуліну, допоки до електронного реєстру пацієнтів, що потребують інсулінотерапії, не внесуть необхідні технічні зміни.

4.4. Розвиток телемедицини

Міжнародний досвід показує, що одним із кращих та перспективних способів підвищення рівня медичного обслуговування, розширення можливостей щодо доступності та якості медичних послуг населенню, особливо для тих груп, що проживають в сільській місцевості, є запровадження телемедицини.

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, телемедицина — це метод надання послуг медичного обслуговування там, де відстань є критичним чинником.

В процесі забезпечення роботи електронної системи охорони здоров'я застосовуються спеціальні терміни, серед яких є наступні:

- *Телемедицина* — комплекс дій, технологій та заходів, що застосовуються при наданні медичної допомоги, з використанням засобів дистанційного зв'язку у вигляді обміну електронними повідомленнями.
- *Домашнє телеконсультування* — процес спостереження за станом здоров'я пацієнта, який перебуває за межами закладу охорони здоров'я, із застосуванням телемедицини.
- *Кабінет телемедицини* — структурний підрозділ закладу охорони здоров'я, що забезпечує надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини.



- *Телемедична мережа* — форма організації надання медичної допомоги населенню із застосуванням телемедицини.
- *Телемедичне консультування* — надання медичної допомоги пацієнту лікарем із застосуванням телемедицини.
- *Телеметрія* — сукупність технологій, що дають змогу проводити дистанційне вимірювання, збір і передачу інформації про показники діяльності (фізіологічні параметри) організму пацієнта.

Медична допомога із застосуванням телемедицини здійснюється у кабінетах телемедицини, що функціонують у складі закладів охорони здоров'я та забезпечують надання пацієнтам якісної, своєчасної медичної допомоги із застосуванням телемедицини.

Головною метою телемедицини є поліпшення здоров'я населення шляхом забезпечення рівного доступу до медичних послуг належної якості.

Основними завданнями телемедицини є: забезпечення надання медичної допомоги пацієнту, коли відстань є критичним чинником її надання; збереження медичної таємниці та конфіденційності, цілісності медичної інформації про стан здоров'я пацієнта; створення єдиного медичного простору; сприяння підвищенню якості допомоги та оптимізації процесів організації та управління охороною здоров'я; формування системних підходів до впровадження та розвитку телемедицини в системі охорони здоров'я.

Телемедична мережа об'єднує заклади охорони здоров'я незалежно від форми власності, фізичних осіб-підприємців, які здійснюють господарську діяльність з медичної практики (далі — Учасники) у єдину систему та використовує для взаємодії спеціалізовану інтернет-платформу телемедицини (Портал телемедицини).

Портал телемедицини створюється юридичними особами незалежно від форми власності та фізичними особами-підприємцями. Організація роботи Порталу телемедицини, здійснюється юридичними особами незалежно від форми власності та фізичними особами-підприємцями на підставі договорів з Учасниками телемедичної мережі.

Телемедична мережа дає змогу: упорядкувати та систематизувати процес надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини; забезпечити сумісність інформації та даних при наданні медичної допомоги із застосуванням телемедицини; забезпечити використання медичних інформаційних стандартів у процесі надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини; здійснювати контроль якості надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини.



Портал телемедицини забезпечує організацію проведення телемедичного консультування та інші види комунікацій між учасниками телемедичної мережі за допомогою засобів дистанційного зв'язку у вигляді обміну електронними повідомленнями.

Портал телемедицини має забезпечувати: сумісність даних та інформації незалежно від того, яка медична інформаційна система використовується в закладі охорони здоров'я, де він розташований, рівень та вид надання медичної допомоги; застосування медичних інформаційних стандартів; ідентифікацію користувачів та цілісність даних, що передаються у телемедичній мережі; автоматизацію процесу надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини; додержання вимог законодавства України щодо захисту персональних даних.

В інформаційно-телекомунікаційній системі, яка забезпечує функціонування порталу телемедицини, створюється комплексна система захисту інформації з підтвердженою відповідністю. Підтвердження відповідності здійснюється за результатами державної експертизи у сфері технічного захисту інформації в установленому законодавством порядку.

Електронний цифровий підпис застосовується учасниками телемедичного консультування з використанням надійних засобів електронного цифрового підпису та посилених сертифікатів відкритих ключів.

Використання інструментів телемедицини. Телемедичне консультування є основним інструментом телемедицини, що використовується для надання вчасної та адекватної медичної допомоги пацієнту, а також для інтерпретації знімків та інших зображень, зафіксованих цифровими носіями. У процесі телемедичного консультування беруть участь: пацієнт, його лікуючий лікар, лікар (лікарі), який (які) надають консультацію (далі — лікар-консультант), персонал кабінету телемедицини.

Телемедичне консультування проводиться на підставі запиту на телемедичне консультування відповідно до форми первинної облікової документації №001/тм «Запит на телемедичне консультування», затвердженій наказом МОЗ України від 19 жовтня 2015 року №681 (Форма №001/тм). Облік телемедичних консультацій ведеться у журналі обліку телемедичних консультацій відповідно до форми первинної облікової документації №003/тм «Журнал обліку телемедичних консультацій», затвердженій наказом МОЗ України від 19 жовтня 2015 року №681 (далі — Форма №003/тм). Журнал обліку телемедичних консультацій зберігається у кабінеті телемедицини.

Під час проведення *телемедичного консультування* застосовуються уніфіковані клінічні протоколи та стандарти медичної допомоги, затверд-



жені наказами Міністерства охорони здоров'я України. Надання медичної допомоги пацієнту одночасно більше ніж одним лікарем із застосуванням телемедицини (Телемедичний консилиум) застосовується у разі потреби в обговоренні клінічного випадку більше ніж з одним лікарем-консультантом.

Телемедичний консилиум проводиться на підставі запиту на телемедичне консультування відповідно до Форми №001/тм, який надсилається лікарям-консультантам. Телеметрія застосовується для оцінки і моніторингу стану пацієнта з метою отримання інформації про стан його здоров'я, а також контролю фізіологічних параметрів організму людини шляхом дистанційного вимірювання, збору і передачі інформації про показники діяльності та фізіологічні параметри організму пацієнта. Під час застосування телеметрії використовують датчики, що фіксують біометричні показники, та пристрої зв'язку з ними. Обробка даних, отриманих за допомогою телеметрії, проводиться спеціальними програмними та програмно-апаратними засобами. Дані, отримані в результаті телеметрії, використовуються для оцінки та контролю стану пацієнта.

Домашнє телеконсультування застосовується у випадку самостійного звернення пацієнта до лікаря за допомогою відеозв'язку, телефонного зв'язку (мобільний, стаціонарний) або мережі Інтернет (електронна пошта, web-сторінки тощо), а також для спостереження за станом здоров'я пацієнта його лікуючим лікарем у процесі надання цьому пацієнту медичної допомоги. Під час домашнього телеконсультування пацієнт може передати лікарю дані, отримані за допомогою телеметрії, або надати доступ до інформації про стан свого здоров'я, збереженої на електронних носіях, а також іншу інформацію за своїм бажанням у довільній формі. Інформація, надана пацієнтом під час домашнього телеконсультування, недостатня для застосування телемедичного консультування.

При застосуванні інструментів телемедицини забезпечується дотримання конфіденційності і цілісності медичної інформації, а також вимог етики та деонтології надання медичної допомоги. Інструменти телемедицини застосовуються при наданні медичної допомоги та послуг з охорони здоров'я.

Ресурсне забезпечення телемедицини:

1. *Технічні та інформаційно-програмні засоби телемедицини:* спеціалізоване програмне та програмно-апаратне забезпечення для реалізації функцій Порталу телемедицини; програмне та програмно-апаратне забезпечення відеозв'язку та аудіозв'язку; технічні прилади, оснащені засобами збереження і передачі даних та зображень у вигляді електронних



повідомлень; засоби телеметрії; спеціалізоване програмне забезпечення для передавання, збереження та інтерпретації знімків і зображень, зафіксованих цифровими носіями, у тому числі у променевої діагностиці, обов'язково застосовує стандарт DICOM: ДСТУ ISO 17432:2009. Інформатика в охороні здоров'я. Повідомлення та пересилання даних. Web-доступ до файлових об'єктів системи DICOM (ISO 17432:2004, IDT).

2. *Аудіо- та відеозв'язок самостійно використовуються при проведенні відеоконференцій, відеосемінарів, відеолекцій та інших заходів, де передбачається візуальний контакт. Під час телемедичного консультування аудіо- та відеозв'язок може застосовуватись як додатковий інструмент комунікацій.*

3. *Під час надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини забезпечується виконання вимог законодавства України щодо захисту персональних даних та дотримання норм етики та деонтології надання медичної допомоги.*

4. *Телемедичне консультування здійснюється лікарями-спеціалістами, працівниками кафедр вищих медичних навчальних закладів та наукових установ.*

Проведення телемедичного консультування. До нього можуть бути залучені лікарі-консультанти з інших закладів охорони здоров'я первинного, вторинного (спеціалізованого), третинного (високоспеціалізованого) рівнів надання медичної допомоги, а також фізичні особи-підприємці, які здійснюють господарську діяльність з медичної практики. Лікуючий лікар відповідно до Форми №001/тм готує Запит на телемедичне консультування у вигляді електронного повідомлення, на яке накладено електронний цифровий підпис цього лікаря.

До Запиту додається інформація, необхідна для консультації: скановані копії результатів діагностичних та лабораторних досліджень та інша інформація щодо фізіологічних показників організму пацієнта у вигляді електронних повідомлень (файлів), а саме: результати рентгенографії, МРТ, КТ, УЗД, ЕКГ тощо. Запит у вигляді електронного повідомлення направляється лікарю-консультанту. Лікуючий лікар повідомляє персонал кабінету телемедицини про створений ним Запит. Лікар кабінету телемедицини реєструє Запит у журналі за Формою №003/тм. У разі відсутності у лікуючого лікаря електронного цифрового підпису він зобов'язаний надавати в кабінет телемедицини оригінали запитів на паперових носіях із власним підписом, завіреним лікарською печаткою, для реєстрації їх у журналі за Формою №003/тм і подальшого зберігання.



За результатами проведеного телемедичного консультування у журналі за Формою №003/тм робиться відповідний запис про виконання із зазначенням дати отримання висновку консультанта або відмови в консультації. Якщо інформація, викладена у Запиті, не відповідає вимогам Форми №001/тм, лікар-консультант може відмовити у телемедичному консультуванні із зазначенням причини відмови. Запит, який надійшов до закладу охорони здоров'я, підлягає реєстрації в журналі за Формою №003/тм кабінету телемедицини. Після реєстрації персонал кабінету телемедицини повідомляє про надходження Запиту структурний підрозділ відповідної спеціалізації або конкретного лікаря-консультанта, якщо такий зазначений у Запиті, і передає до опрацювання документ у вигляді роздрукованої копії або на електронних носіях.

Лікар-консультант в день отримання Запиту готує відповідь відповідно до форми первинної облікової документації №002/тм «Висновок консультанта», затвердженої наказом МОЗ України від 19 жовтня 2015 року №681 (Висновок), на яку накладається електронний цифровий підпис, та надсилає Висновок лікуючому лікарю, який сформував цей Запит. За результатами розгляду лікарем-консультантом Запиту у журналі за Формою №003/тм робиться відповідний запис про виконання із зазначенням дати відправлення Висновку лікуючому лікарю або відмови в консультації, якщо інформація не відповідає Формі №001/тм. Якщо Запит має статус «Ургентний», Висновок готується у максимально короткий строк і за наявності технічних можливостей телемедичне консультування забезпечується відео- та аудіозв'язком у режимі on-line між лікуючим лікарем і лікарем-консультантом. У разі відсутності у лікаря-консультанта електронного цифрового підпису лікар-консультант подає до кабінету телемедицини оригінал Висновку на паперових носіях із власним підписом, завіреним лікарською печаткою, для реєстрації у журналі за Формою №003/тм і подальшого зберігання. У разі первинного звернення пацієнта до кабінету телемедицини за телемедичною консультацією лікар кабінету телемедицини здійснює первинний огляд пацієнта та заповнює форми первинної облікової документації: №025/о «Медична карта амбулаторного хворого №____», №074/о «Журнал реєстрації амбулаторних хворих».

Телемедичний консилиум здійснюється за процедурою як телемедичне консультування, при цьому лікуючий лікар направляє Запит одночасно двом і більше лікарям-консультантам. За наявності технічних можливостей під час телемедичного консультування може забезпечуватись відео- та аудіозв'язок у режимі on-line.



ТЕМА 5. ПРОГРАМА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДЕРЖАВНИХ ФІНАНСОВИХ ГАРАНТІЙ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ

5.1. Програма медичних гарантій

Основним документом, який надає роз'яснення, визначає дефініції та надає алгоритм надання медичної допомоги населенню за Програмою Медичних гарантій є Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (Відомості Верховної Ради (ВВР), 2018, №5, ст.31).

Цей Закон визначає державні фінансові гарантії надання необхідних пацієнтам послуг з медичного обслуговування (медичних послуг) та лікарських засобів належної якості за рахунок коштів Державного бюджету України за програмою медичних гарантій.

Програма державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій) — програма, що визначає перелік та обсяг медичних послуг (включаючи медичні вироби) та лікарських засобів, повну оплату надання яких пацієнтам держава гарантує за рахунок коштів Державного бюджету України згідно з тарифом, для профілактики, діагностики, лікування та реабілітації у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами.

Відповідно до цього Закону держава гарантує повну оплату згідно з тарифом за рахунок коштів Державного бюджету України надання громадянам необхідних їм медичних послуг та лікарських засобів, передбачених програмою медичних гарантій.

У межах програми медичних гарантій держава гарантує громадянам, іноземцям, особам без громадянства, які постійно проживають на території України, та особам, яких визнано біженцями або особами, які потребують додаткового захисту, повну оплату за рахунок коштів Державного бюджету України необхідних їм медичних послуг та лікарських засобів, пов'язаних з наданням: екстреної медичної допомоги; первинної медичної допомоги; вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги; третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги; паліативної медичної допомоги; медичної реабілітації; медичної допомоги дітям до 16 років; медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами.

Програмою медичних гарантій визначаються перелік та обсяг медичних послуг та лікарських засобів, оплата яких гарантується за рахунок коштів Державного бюджету України.



Програма медичних гарантій базується на певних принципах: законодавче визначення умов і порядку фінансування надання медичних послуг та лікарських засобів за рахунок коштів Державного бюджету України за програмою медичних гарантій; надання рівних державних гарантій для реалізації пацієнтами права на охорону здоров'я незалежно від віку, раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, етнічного та соціального походження, майнового стану, зареєстрованого місця проживання, за ознакою мови або іншими ознаками; забезпечення збереження і відновлення здоров'я населення шляхом надання медичних послуг та лікарських засобів належної якості; цільове та раціональне використання коштів, передбачених на фінансування надання медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій; універсальність та справедливість доступу до необхідних медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій; передбачуваність та спланованість обсягу медичних послуг та лікарських засобів; гласність, прозорість та підзвітність діяльності органів державної влади та органів місцевого самоврядування, їх посадових осіб у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення; конкуренція і відсутність дискримінації надавачів медичних послуг.

У разі потреби у медичних послугах та лікарських засобах за програмою медичних гарантій пацієнт (його законний представник) звертається до надавача медичних послуг у порядку, встановленому законодавством.

Пацієнт (його законний представник) реалізує своє право на вибір лікаря шляхом подання надавачу медичних послуг декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу. Надавачам медичних послуг забороняється відмовляти у прийнятті декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та веденні пацієнта, зокрема, на підставі наявності у пацієнта хронічного захворювання, його віку, статі, соціального статусу, матеріального становища, зареєстрованого місця проживання тощо, крім випадків, передбачених законодавством.

Надання медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій, пов'язаних з вторинною (спеціалізованою), третинною (високоспеціалізованою), паліативною медичною допомогою та медичною реабілітацією, здійснюється за направленням лікаря, який надає первинну медичну допомогу, або лікуючого лікаря в порядку, передбаченому законодавством, крім випадків, коли згідно із законодавством направлення лікаря не вимагається.



Оплата надання медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій здійснюється на підставі інформації та документів, що внесені надавачем медичних послуг до електронної системи охорони здоров'я.

Надавач медичних послуг складає звіт в електронній системі охорони здоров'я, в якому зазначається обсяг наданих пацієнтам медичних послуг та лікарських засобів. Оплата тарифу за надані медичні послуги та лікарські засоби здійснюється в порядку черговості надходження таких звітів.

Для всієї території України встановлюються єдині тарифи оплати надання медичних послуг, лікарських засобів та медичних виробів, розміри реімбурсації лікарських засобів, які надаються пацієнтам за програмою медичних гарантій.

Оплата згідно тарифу гарантована всім надавачам медичних послуг відповідно до укладених з ними договорів про медичне обслуговування населення. *Тарифи можуть встановлюватися*, зокрема, як: глобальні ставки, що передбачають сплату надавачам медичних послуг фіксованої суми за визначену кількість послуг чи визначений період; капітаційні ставки, які встановлюються у вигляді фіксованої суми за кожного пацієнта; ставки за пролікований випадок; ставки за медичну послугу; ставки за результатами виконання договорів про медичне обслуговування населення надавачем медичних послуг. Зазначені ставки можуть використовуватись як разом, так і окремо одна від одної.

Національна служба здоров'я України (НСЗУ) є центральним органом виконавчої влади, який реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення. Діяльність НСЗУ спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я.

Основними завданнями Національної служби здоров'я України є: реалізація державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій); виконання функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій; внесення на розгляд Міністра охорони здоров'я пропозицій щодо забезпечення формування державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення.

Відповідно до звіту НСЗУ за 2021 р. визначено, що у 2021 році українці отримували медичні послуги за Програмою медичних гарантій практично



в усіх комунальних медзакладах країни. Пацієнти вибирали лікарню, зверталися з електронним направленням по медичну допомогу, а лікування оплачувала Національна служба здоров'я України за єдиними тарифами. Чим більше послуг надає медичний заклад, тим більші виплати він отримує від Національної служби здоров'я, що спонукає медичні заклади до розширення медичних послуг, підвищення якості даних послуг для населення.

Фокус діяльності Національної служби здоров'я незмінний — пацієнт і його потреби. Тому у 2021 році Програму медичних гарантій розширили додавши нові пакети послуг та деталізували вже існуючі пакети медичних послуг. Так, було запроваджено низку стаціонарозамісних пакетів. Їх реалізація дозволила не тримати пацієнта в лікарні без необхідності; додано пакет з амбулаторного ведення вагітних; пакет супровіду та лікування дорослих та дітей з туберкульозом на первинному рівні медичної допомоги, лікування пацієнтів методом перитонеального діалізу в амбулаторних умовах; лікування та супровід пацієнтів з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями у дорослих і дітей в амбулаторних та стаціонарних умовах, тощо.

Як і раніше Програма медичних гарантій — 2023 охоплюватиме всі основні види медичної допомоги: первинну, спеціалізовану та високоспеціалізовану допомогу, екстрену, паліативну допомогу та медичну реабілітацію. А також медичну допомогу дітям до 16 років та допомогу при вагітності та пологах. У 2023 році Програма медгарантій передбачає 39 пакетів послуг. Одним із пріоритетів у 2023 році буде медична реабілітація. Таким чином в країні з'явиться стимул до появи потужних реабілітаційних закладів, де пацієнт зможе отримати комплексні послуги з реабілітації. Пріоритетом в Програмі медичних гарантій на 2023 рік залишається охорона материнства та дитинства. Пакет «Медична реабілітація немовлят, які народилися передчасно та/або хворими, протягом перших трьох років життя» — збережено. Особливу увагу приділено психологічній допомозі. Зокрема діятиме пакет психологічної підтримки на первинному рівні, впроваджений у 2022 році.



ТЕМА 6. ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВІ УМОВИ ЗАПРОВАДЖЕННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

6.1. Теоретичні основи запровадження медичного страхування

Пошук шляхів подолання двох основних проблем системи охорони здоров'я України — недостатності фінансових коштів і низької якості медичного забезпечення — спонукає до переходу на систему страхування здоров'я людей, яка з успіхом застосовується в більшості економічно розвинутих країнах світу.

Медицина, заснована на принципах медичного страхування є складною та надзвичайно мобільною системою товарно ринкових відносин у сфері охорони здоров'я. Товаром є оплачувана, конкурентноспроможна, гарантована, якісна і достатня за обсягом медична послуга, провокована ризиком для здоров'я. «Покупцем» її може бути держава, група людей (виробничі колективи, заклади та установи різних форм власності), фізичні особи, які знаходяться в умовах такого ризику.

Медичне страхування — це система організаційних та фінансових заходів щодо забезпечення діяльності страхової медицини. Страхувати — означає оберігати від чогось небажаного, неприємного, захищати, гарантувати безпеку, а сам процес страхування — це спосіб захисту майнових інтересів в умовах ринкової економіки.

При виникненні страхового випадку страховик гарантує оплату медичної допомоги, за рахунок накопичених страхувальниками коштів. Медичне страхування дозволяє гарантувати громадянину «безкоштовне» надання певного обсягу медичних послуг, при виникненні страхового випадку (порухення здоров'я), за наявності договору зі страховою медичною організацією (страховиком). Остання несе витрати з оплати випадку надання медичної допомоги (ризик), з моменту сплати громадянином першого внеску до відповідного фонду. Забезпечує право громадян які працюють, і членів їхніх сімей на кваліфіковане медичне обслуговування та матеріальне забезпечення, у випадку захворювання та в інших випадках.

Метою медичного страхування є забезпечення соціальних гарантій і прав громадян на отримання медичної допомоги за рахунок накопичених коштів при виникненні страхового випадку, а також фінансування профілактичних заходів.

Медичне страхування передбачає: посередницьку діяльність в організації та фінансуванні страхових програм медичної допомоги населенню;



контроль за обсягом і якістю виконання страхових медичних програм лікувально-профілактичними, соціальними закладами та окремими приватними лікарями; розрахунок із закладами охорони здоров'я, соціальними установами та приватними лікарями за виконану роботу, згідно угоди, через страхові фонди (медичні організації), сформовані за рахунок грошових внесків підприємств, закладів, організацій, громадян.

Головними рисами медицини, заснованої на медичному страхуванні, є: у більшості країн світу належність до системи охорони здоров'я, яка доповнює державну (національну); надання всім залученим до тієї чи іншої системи медичного страхування однакової за обсягом та якістю необхідної медичної допомоги; свобода вибору для пацієнта; надання медичних послуг найвищої кваліфікації; висока прибутковість вкладених капіталів (за кордоном); впровадження нових форм управління; орієнтованість на високоосвічене населення з достатньою медичною культурою; зацікавленість медичних працівників у запровадженні системи медичного страхування з огляду на поліпшення свого соціального становища; формування у медичних працівників навичок комунікабельності, заохочення ініціативності, працьовитості, ввічливості; забезпечення за будь-яких обставин застрахованому обумовленої умовами страхування медичної допомоги в разі виникнення ризику для здоров'я; базованість на конкретній потребі, що вимагає утримання певних резервів, і обумовлює здорожчання вартості.

Системи медичного страхування на випадок хвороби, як свідчить світовий досвід, є багатограними і відрізняються за принципами управління, організації, шляхами залучення людей, переліком медичних послуг, характером фінансування тощо.

Принципами медичного страхування є:

1. *Добровільність:* страховик і клієнт самостійно, на добровільній основі, приймають рішення про необхідність і можливість укладання договору страхування, а також добровільно беруть на себе відповідальність за дотримання умов договору.

2. *Доступність:* будь-яка фізична або юридична особа має можливість укласти договір добровільного медичного страхування зі страховою компанією, яка надає такі послуги.

3. *Загальність:* кожен громадянин незалежно від статі, віку, стану здоров'я, місця проживання, рівня особистого доходу має право на отримання медичних послуг, включених до програм обов'язкового медичного страхування.



4. *Державність*: кошти обов'язкового медичного страхування є власністю держави, що виступає страховиком для непрацюючого населення і здійснює контроль за збором, перерозподілом і використанням коштів фондів обов'язкового медичного страхування, забезпечує фінансову стійкість системи обов'язкового медичного страхування, гарантує виконання зобов'язань перед застрахованими особами.

5. *Некомерційний характер*: весь прибуток від операцій з обов'язкового медичного страхування спрямовується на збільшення фінансових резервів.

6. *Обов'язковість*: місцеві органи виконавчої влади і юридичні особи повинні здійснювати відрахування у встановленому розмірі до територіального фонду обов'язкового медичного страхування в певному порядку, а також нести адміністративну відповідальність за порушення умов сплати страхових платежів.

В Україні відповідне законодавство про обов'язкове медичне страхування відсутнє, хоча в Законі «Про страхування» (1996) медичне страхування назване першим у переліку обов'язкових видів. Очікується, що воно набуде ознак соціального страхування та ґрунтуватиметься на принципі соціальної справедливості «багатий платить за бідного, здоровий за хворого, молодий за старого».

Реформа охорони здоров'я України, про яку йдеться на найвищих рівнях вже більше 20 років нарешті може бути розпочата з прийняттям базового закону «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів». Цим законом передбачається впровадження трьох головних принципових змін до існуючої системи охорони здоров'я України: оплата конкретних медичних послуг, що надаються лікувальним закладом конкретній людині; рівний для всіх громадян обсяг медичних послуг, який фінансує держава; перехід на міжнародні протоколи діагностики та лікування, щоб всі могли проконтролювати якість цих послуг.

«Медичне страхування — це форма соціального захисту населення у сфері охорони здоров'я. Медичне страхування це страхування на випадок втрати здоров'я за будь-якої причини, в тому числі у зв'язку із хворобою чи нещасним випадком. Воно забезпечується заходами щодо формування особливих страхових фондів, призначених для фінансування медичної допомоги в межах страхових програм» (А. Миронов).

Існують два види медичного страхування: обов'язкове і добровільне.



Обов'язкове медичне страхування, як частина системи соціального страхування, є його основною формою в країнах з розвиненою ринковою економікою.

Воно здійснюється за умовами і порядком, передбаченими законодавчим актом країни відповідно до правил і базової програми обов'язкового медичного страхування, затвердженої урядом країни.

Конкретні розміри страхового внеску при обов'язковому страхуванні для підприємств різних форм власності (в % до фонду оплати праці чи прибутку) встановлюються виконавчими структурами з урахуванням розміру базового внеску, індексації цін, а також ступеня несприятливого впливу виробничого середовища на стан здоров'я працюючих.

Обов'язкове медичне страхування непрацюючого населення здійснюється страховими організаціями за договорами з територіальною адміністрацією.

Страхові медичні організації (компанії, фонди) реалізують обов'язкову страхову медичну програму за угодою з лікувально-профілактичними закладами (незалежно від форм власності), приватно практикуючими і лікарями загальної практики (сімейними), ліцензованими та акредитованими в установленому законом порядку з питань надання застрахованій стороні послуг в обсязі, передбаченому затвердженою базовою програмою.

Добровільне медичне страхування розглядається як додаткове за наявності в країні обов'язкового медичного страхування, або як самостійне. Найбільшого розвитку добровільне медичне страхування на комерційній основі досягло в країнах з ліберальною ринковою економікою.

При добровільному медичному страхуванні в ролі застрахованої сторони можуть виступати юридичні і фізичні особи. Воно здійснюється на основі договору між страхувальником і страховиком, поширюється на тих юридичних та фізичних осіб, котрі не підпадають під обов'язкове страхування і бажають застрахуватись (Табл. 6.1).

Початок страхування в Україні належить до далекого минулого в її історії, оскільки страхування характеризувалося тим, що в основному переважали угоди страхової взаємодопомоги. Їх зміст полягав у тому, що всі особи, які уклали так звані «угоди», погоджувалися покривати збитки якогось конкретного учасника їх товариства, тобто, діяв принцип взаємного розподілу збитків.

Прикладом укладання такої угоди в Україні було страхування поміж чумаками, згідно якої спільно відшкодовувалися збитки потерпілому в дорозі в разі падіння вола, полонки колеса чи самої арби тощо.



Таблиця 6.1.

Особливості обов'язкового та добровільного медичного страхування

Обов'язкове медичне страхування	Добровільне медичне страхування
Некомерційне	Комерційне
Один з видів соціального страхування	Один з видів індивідуального страхування
Загальне або масове	Індивідуальне або колективне (сімейне)
Регламентується Законом «Про медичне страхування громадян країни» (проект)	Регламентується Законом України «Про страхування» (1996)
Здійснюється державними страховими організаціями або організаціями, які контролюються державою	Здійснюється страховими організаціями різних форм власності
Правила страхування визначаються державою	Правила страхування визначаються страховими організаціями
Страховальники — держава (органи місцевої виконавчої влади) і працююче населення	Страховальники — юридичні та фізичні особи
Джерела фінансування — внески державного бюджету, працедавців і працюючого населення	Джерела фінансування — особисті доходи громадян, прибуток працедавців (юридичних осіб)
Програма (гарантований мінімум медичних послуг) затверджується органами влади різних рівнів	Програма визначається договором страховика та страховальника
Тарифи на страхування встановлюються за єдиною, затвердженою державою, методикою	Тарифи на страхування встановлюються відповідно до угоди страховика та страховальника
Система контролю за якістю медичних послуг визначається державними органами	Система контролю за якістю медичних послуг встановлюється угодою суб'єктів страхування
Прибутки використовуються тільки для основної діяльності медичного страхування	Прибутки використовуються для будь-якої комерційної або некомерційної діяльності



6.2. Медичне страхування в Україні: історія та сучасність

Виникнення і подальший розвиток медичного страхування в Україні як системи проглядається через призму тодішнього державного устрою країни та відноситься до середини XIX століття, коли в царській Росії 26 серпня 1866 року у зв'язку з настанням епідемії холери було прийняте тимчасове положення, згідно якого власники фабрик і заводів зобов'язувалися організовувати для своїх робітників лікарні (із розрахунку 1 ліжка на 100 людей). Це й поклато початок формуванню так званої фабрично-заводської медицини, в т.ч. і в Україні.

Першим промисловим підприємством, де в 1870 році, тобто через 4 роки після введення вищезазначеного положення та за 42 роки до прийняття закону про страхування, вперше в Україні була створена лікарняна каса на адміралтейському заводі «Руссуд» у місті Миколаєві. Саме тут, на асигнування першого лікарняного збору коштів, підприємці уклали першу в Україні угоду для надання медичної допомоги з Миколаївським військово-морським шпиталем.

Прийнятий у 1912 році Державною Думою закон «Про соціальне страхування на випадок хвороби» був результатом колективної боротьби робітників, прогресивної громадськості, лікарів, і надав поняттю «лікарняні каси» нормативну базу через затверджений статут про їхню діяльність. Джерелами фінансування системи медичного страхування, що здійснювалося через лікарняні каси, були внески промисловців і самих робітників-членів лікарняних кас, на частку яких припадало 60 % усіх витрат (у 1,5 раза більше дотацій працедавців), а також надходження від страхових товариств.

Основним питанням страхування є джерела та об'єми фінансування медичної допомоги населенню. Світова практика свідчить про використання *трьох основних джерел фінансування медичних послуг*: податкові кошти; кошти з фонду обов'язкового страхування; прямі платежі пацієнтів.

Вибір джерела фінансування безпосередньо визначає модель медичного страхування в країні. Необхідно зауважити, що у світі не існує єдиної «ідеальної» моделі фінансування охорони здоров'я.

Нині в Україні юридичні і фізичні особи сплачують внески на рахунки відповідних фондів на наступні види обов'язкового державного соціального страхування: обов'язкове державне пенсійне страхування; у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими народженням чи похованням; на випадок безробіття, від нещасного випадку



на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності.

За рахунок **обов'язкового державного соціального страхування застрахованим особам надаються такі види медико-соціальних послуг:**

- у пенсійному страхуванні — медичні профілактично-реабілітаційні заходи;
- у медичному страхуванні — діагностика та амбулаторне лікування, стаціонарне лікування, надання готових лікарських засобів і виробів медичного призначення, забезпечення медичної реабілітації осіб, які перенесли особливо важкі операції, захворювання (інфаркти, інсульти) або мають хронічні захворювання.

Однак обсяг і види наданих послуг за рахунок коштів цього страхування, що визначаються базовою та територіальними програмами і затверджуються законодавством, постійно зменшуються, а їх фінансування — скорочується.

На сьогодні в Україні пропонують тільки три види медичних страхових полісів: добровільного медичного страхування (ДМС); медичне страхування для виїзду за кордон (поліс туриста); корпоративна медична страховка.

Безперечно, страховий захист здоров'я населення є вагомою частиною медичної сфери, а обов'язкова та добровільна форма разом покликані задовольнити усі потреби застрахованих. Відмінність в тому, що обов'язкове медичне страхування надає обмежений перелік послуг, а добровільне — більш розширений. Станом на 2021 рік обов'язковий страховий захист не запроваджено на загальнодержавному рівні.

6.3. Суб'єкти страхування: застрахований, страховальник, страховик, надавач медичних послуг

Медичне страхування доцільно розглядати як систему економічних взаємовідносин у галузі медичного забезпечення населення з такими складовими (суб'єктами): *страховик, страховальник, застрахований та медичний заклад.*

Страховики — це юридичні особи (страхові медичні організації, компанії, фонди), які створені та функціонують у формі товариств і здійснюють страхову діяльність відповідно до отриманої ліцензії.

Обов'язки страховика: укладання з акредитованими лікувальними установами, самостійно працюючими лікарями у встановленому порядку угоди щодо надання гарантованого обсягу допомоги при обов'язковому



медичному страхуванні; укладання угод з акредитованими чи ліцензованими медичними, спеціальними закладами і окремими особами щодо надання послуг добровільного страхування своїм клієнтам; укладання угод (без права відмови), згідно діючих правил страхування; контроль якості медичної допомоги, наданій застрахованій особі; контроль доцільності використання страхових коштів виробниками медичних послуг; економічна відповідальність перед застрахованим за надання медичних послуг; створення резервних (запасних) і профілактичних фондів для забезпечення стабільності страхової діяльності.

Страхові медичні організації мають право за позовом отримувати компенсацію від підприємств і громадян за порушення санітарного та природоохоронного законодавства, для відшкодування витрат на проведені лікувально-профілактичні, санітарно-гігієнічні та протиепідемічні заходи.

Страхувальник (застрахований) — це юридична особа, працездатний громадянин, який уклав із страховиком угоду страхування або є ним відповідно до законодавчих актів країни.

При обов'язковому медичному страхуванні страхувальником непрацюючого населення є місцеві адміністрації, працюючого — підприємства та роботодавці.

Особи, які займаються індивідуальною трудовою діяльністю, платять внески обов'язкового медичного страхування самостійно. Працівники некомерційних організацій забезпечуються коштами з фінансових ресурсів бюджету чи засновників.

При добровільному медичному страхуванні в ролі страхувальника виступають підприємства, громадські, благодійні організації, фонди, інші юридичні особи, а також громадяни, які мають громадську дієздатність і сплачують страхові внески.

Страхувальник зобов'язаний: вносити у встановленому порядку страхові внески (платежі); вживати залежних від нього заходів для усунення несприятливих факторів впливу на здоров'я застрахованих; надавати страховикам інформацію про здоров'я, умови праці та побуту контингентів населення, які підлягають страхуванню; укладати зі страховиками угоди про страхування третіх осіб.

Страхувальники мають право вибирати страховика, призначати громадян або юридичних осіб для отримання страхових сум (страхового відшкодування) і міняти їх до настання страхового випадку при укладанні угод страхування.



Порушення умов угоди застрахованою стороною в частині, що залежить від неї, може потягти за собою повне чи часткове віднесення витрат за медичні послуги на рахунок особистих коштів застрахованого (порушення правил техніки безпеки; недотримання призначеного режиму; захворювання, спровоковані вживанням алкоголю, тютюну, гіподинамією, переїданням та ін.).

Застрахований — це особа, яка бере участь в особистому страхуванні. Її життя, здоров'я, працездатність виступають об'єктом страхового захисту.

Застрахований має право на: обов'язкове та добровільне медичне страхування; вибір страхової медичної організації, медичного закладу та лікаря відповідно до угоди про обов'язкове та добровільне медичне страхування; отримання медичної допомоги на всій території країни, в тому числі і за межами постійного місця проживання; отримання медичних послуг, що відповідають угоді за якістю та обсягом; подання позову страхувальнику, страховій медичній організації, медичному закладу, в тому числі на матеріальне відшкодування збитків.

При приватному добровільному медичному страхуванні застрахований, оплачуючи свої страхові внески, виступає в ролі страхувальника. За деякими видами особистого страхування ці суб'єкти можуть не збігатися. Наприклад, при страхуванні дітей страхувальниками є батьки, а застрахованими — діти.

Застрахована особа зобов'язана свідомо не створювати ризику втрати свого та здоров'я інших громадян, достовірно інформувати медичну установу та страховика про його стан та можливі існуючі ризики погіршення, дотримуватися правил розпорядку роботи медичного закладу, в якому отримує допомогу.

Застрахована особа несе відповідальність за зловмисне приховування при укладанні угоди добровільного медичного страхування вже наявного захворювання.

Важливою особливістю, яка відрізняє медичне страхування від інших його видів, є те, що це єдиний вид страхування, коли відшкодування збитків застрахованому при виникненні страхового випадку здійснюється не грошима, а медичними послугами, їх надає, звичайно, четвертий суб'єкт медичного страхування — медичний заклад і його працівники.

Заклади мають право на видачу документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність застрахованих, на одержання від страховика оплати вартості медичних послуг, наданих застрахованому згідно медико-економічних стандартів; на вимогу розгляду претензій комісіями за участю незалежних експертів.



Заклади охорони здоров'я зобов'язані надавати застрахованому відповідно до стандартів допомоги та послуги в обсягах, видах і формах, зазначених в програмі страхування; подавати страховику звіти про обсяги надання медичної допомоги застрахованим.

Суб'єкти медичного страхування в Україні будують свою діяльність згідно з укладеними угодами.

При *добровільному медичному страхуванні* укладаються два види угод: угода між страхувальником і страховою медичною організацією (СМО) на користь громадянина (якщо страхувальник — юридична особа, то на користь працівника цього підприємства, родича працівника); і угода між СМО та медичними закладами, до яких, при наявності страхового випадку, має право звернутися громадянин.

Таким чином, при добровільному медичному страхуванні основним джерелом фінансування допомоги є гроші страхувальника, а додатковим — прибуток від вкладення тимчасово вільних коштів у цінні папери, депозитиви, інвестиції тощо.

При *обов'язковому медичному страхуванні (ОМС)* передбачається укладання певних угод щодо відповідних взаємовідносин між його суб'єктами: угоди про фінансування між страхувальником, територіальним фондом ОМС і СМО на користь громадянина для оплати медичної допомоги в рамках територіальної програми ОМС (в ролі страхувальника виступатимуть: для працюючого населення — роботодавці, для працівників бюджетної сфери та непрацюючих — місцеві адміністрації); угоди між страховою медичною організацією та медичними закладами про оплату послуг в межах обов'язкового медичного страхування.

6.4. Страхіві ризики для здоров'я застрахованих

Страховий ризик передбачає можливість настання страхового випадку, тобто передбаченої угодою події, що може призвести до збитку чи витрат, відшкодування яких потребує повної чи часткової виплати страхової суми.

Поняття страхового ризику виражає тільки потенціальну можливість такої виплати, а реальний страховий випадок є причиною та приводом для неї.

Страхові ризики поділяються на: ризик надзвичайних за величиною (катастрофічних) страхових виплат — один із компонентів ризику страховика потрапити в ситуацію банкрутства, в борговий нестаток (коли його реальні фінансові можливості не можуть покрити страхових зобов'язань),



у стан неплатоспроможності та неможливості продовження статутної діяльності.

Ризик ймовірних страхових випадків медичного страхування — це можливість настання специфічних страхових випадків ймовірного характеру, а саме: захворювання, травми, природжені вади чи набуті дефекти, преморбідні та патологічні стани, деякі природні фізіологічні процеси (вагітність, пологи, клімакс тощо), які вимагають медичного втручання; призводять до тимчасової чи стійкої, часткової чи повної втрати працездатності, соціальної активності, а отже і до відповідної втрати чи недоотримання прибутку; викликають необхідність додаткових витрат на оздоровлення умов життя — зміну місця проживання, праці, режиму, характеру харчування, відпочинку, рухової активності тощо.

Їх частково компенсують працедавці, система соціального страхування (при професійному захворюванні, травмі на виробництві, санаторно-курортному оздоровленні тощо) і переважно власні кошти пацієнта. При організації медичного страхування додаткові витрати також необхідно враховувати.

Ризик для страховика щодо ймовірних виплат за надання застрахованому медичних послуг. Оскільки загальноприйнятим об'єктом медичного страхування є майнові інтереси суспільства, групи, сім'ї чи індивіда, пов'язані зі здоров'ям і працездатністю, то відповідно до наведених випадків структура страхової компенсації включає: відшкодування витрат на діагностичну, лікувально-профілактичну та реабілітаційну допомогу, яка надається стаціонарно, в амбулаторно-поліклінічних умовах і мережами швидкої медичної допомоги, санітарної авіації; відшкодування витрат на утримання пацієнтів у стаціонарах для надання діагностичної, лікувально-профілактичної та реабілітаційної допомоги; відшкодування втрачених або недоотриманих застрахованим коштів внаслідок порушень стану здоров'я; виплати застрахованому обумовлених угодою (умовами) страхування інших видів компенсаційних сум (допомоги) за фактом захворювання, травми, інших подій і станів, пов'язаних зі здоров'ям і працездатністю.

До страхових випадків можуть призвести обставини з вини застрахованого (симуляція, агравація, зумисне невиконання лікарських приписів тощо). Вони підлягають виявленню, обліку, аналізу та корекції.

Страховий поліс. При запровадженні системи медичного страхування гарантом і фактором соціального захисту громадян у галузі охорони здоров'я є *медичний поліс* (уподальшому — поліс МС) — носій трьох основних



функції: представляє територіальну базову програму системи добровільного чи обов'язкового медичного страхування; відтворює нормативну та економічну структуру системи та принципи взаєморозрахунків; гарантує надання передбаченої медичної допомоги на різних рівнях за базою та конкретно територіальними програмами.

Медичний поліс гарантує конституційне право громадянина на одержання допомоги на всій території країни, забезпечує пред'явлення позовів страхувальнику, страховій медичній організації, лікувальній установі, органам охорони здоров'я тощо.

Договір страхування, поліс — письмова угода між страхувальником і страховиком, згідно якої страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку виплатити страхову суму або відшкодувати завданий збиток у межах страхової суми страхувальнику чи іншій особі, визначеній страхувальником, або на користь якої укладено договір страхування (подати допомогу, виконати послугу тощо), а страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені терміни та виконувати інші умови договору.

Основні вимоги до змісту та порядку укладання договорів страхування, права та обов'язки сторін визначені в Законі України «Про страхування». Договори страхування можуть укладатися з фізичними та юридичними особами та передбачати виконання зобов'язання на користь третьої особи.

Виплата страхових сум і страхового відшкодування проводиться страховиком згідно договору страхування на підставі заяви страхувальника (його правонаступника або третіх осіб, визначених умовами страхування) та страхового акта (аварійного сертифіката), який складається страховиком або уповноваженою ним особою.

Тарифи на страхування. *Тарифна ставка* — це ціна страхового ризику та інших витрат, необхідних для виконання зобов'язань страховика перед страхувальником за підписаним договором. *Страховий тариф (тарифна ставка)* визначається з урахуванням брутто-ставки, нетто-ставки і навантаження. Брутто-ставка — ставка, за якою укладається договір зі страховиком. *Нетто-ставка* — ціна страхового ризику (вартість медичного обслуговування). *Навантаження* — витрати страхової компанії з ведення страхової діяльності з урахуванням нормативу прибутку.

В загальному виді тариф медичного страхування включає п'ять структурних елементів, два з яких формують нетто-ставку (кошти на передбачені договором виплати застрахованим й оплата медичних послуг), а три навантаження до неї.



Нетто-ставка характеризує виконання страховою медичною організацією (компанією) своїх обов'язків перед застрахованим. Кошти, отримані за нетто-ставкою через канали медичного страхування, можуть використовуватися тільки на оплату діагностичних і лікувально-профілактичних послуг, наданих застрахованому контингенту.

Навантаження включає витрати на ведення страхових операцій та формування прибутку. Величина навантаження у системі державного страхування раніше становила від 9% до 20% величини брутто-ставки.

Страхові компанії укладають договори з медичними установами на основі договірних цін на медичні послуги. Ці ціни включають повну собівартість послуги та відповідні витрати (сервісні, посередницькі, маркетингові); прибуток, який визначається обома сторонами договору та відповідає їх інтересам.

Договірні ціни — джерело фінансування робіт за прямими замовленнями підприємств, організацій в умовах діяльності закладів охорони здоров'я в системі добровільного медичного страхування. Страхові тарифи при ДМС розраховуються страховиком на підставі відповідної статистики настання страхового випадку. Конкретний розмір страхового тарифу визначається в договорі страхування за згодою сторін.

6.5. Програми медичного страхування

Програми медичного страхування розподіляються за своїм використанням на базову програму обов'язкового медичного страхування, *територіальні* програми обов'язкового медичного страхування, програми *добровільного* медичного страхування і багато в чому визначають діяльність медичних закладів.

При цьому слід врахувати, що далеко не всі медичні послуги можуть фінансуватися за програмами медичного страхування.

Держава повинна продовжувати фінансувати зі свого бюджету заклади охорони здоров'я й оплачувати, таким чином, дорогі медичні послуги, соціально важливі види медичної допомоги, медичне обслуговування за державними програмами, діяльність науково-дослідних інститутів та медичних закладів освіти.

Базові програми обов'язкового медичного страхування (в подальшому — базова програма) у відповідності з законом опрацьовується Міністерством охорони здоров'я і затверджується на рівні держави урядом представляє собою науково обгрунтовані пропорції обсягів амбулаторно-



поліклінічної, стаціонарної допомоги за певними медичними спеціальностями і вимагає для їх забезпечення матеріальних, кадрових і фінансових ресурсів. Вона повинна гарантувати забезпечення громадян первинною медико-санітарною допомогою, включаючи швидку медичну допомогу, діагностику і лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах; профілактику захворювань; стаціонарну допомогу.

При складанні програми використовується нормативно-балансовий метод.

У відповідності з базовою програмою органи державного управління, як суб'єкти держави, затверджують територіальні програми обов'язкового медичного страхування. Обсяг та умови надання медичної допомоги, що передбачаються територіальними програмами, не можуть бути меншими за встановлені у базовій програмі.

Територіальний принцип побудови програми обов'язкового медичного страхування передбачає системний підхід до організації мережі лікувальних установ території як єдиної організаційної та функціональної системи медичних закладів, що забезпечують виконання гарантованого населенню обсягу медичної допомоги.

Програмою надаються мінімальні обсяги медичної допомоги, гарантовані населенню державою, та розрахунки вартості медичної допомоги в цінах (у подальшому вони можуть бути використані з урахуванням індексації).

Для забезпечення реального фінансування медичної допомоги за програмами обов'язкового медичного страхування необхідне першочергове створення організаційної системи медичного страхування.

Основою реально діючої системи обов'язкового медичного страхування повинна стати територіальна програма, яка опрацьовується з урахуванням базової державної програми і додаткових місцевих матеріальних ресурсів охорони здоров'я.

Програми обов'язкового медичного страхування повинні переглядатися залежно від потреб у медичній допомозі, гарантованої населенню, матеріальних та фінансових можливостей суспільства в галузі охорони здоров'я.

Страхові медичні організації реалізують обов'язкові страхові програми за угодами з лікувально-профілактичними закладами незалежно від форм власності, приватними лікарями чи лікарями загальної практики (сімейними лікарями), які мають ліцензії та пройшли акредитацію. Медична допомога застрахованій стороні надається в обсязі, передбаченому



затвердженою базовою програмою обов'язкового медичного страхування.

Для реалізації програм добровільного медичного страхування страхові медичні організації залучають на договірній основі медичні, соціальні, оздоровчі установи будь-якої форми власності з визначенням плати за конкретні послуги.

Медичні заклади, які беруть участь у реалізації медичних страхових програм, мають право застосовувати штрафні санкції до своїх лікарів, що виконують медичні послуги з порушенням стандартів медичного забезпечення. Розміри штрафних санкцій обумовлюються угодами.

Таким чином, страхова медицина і медичне страхування — це самостійна система товарно-ринкових відносин в області охорони здоров'я, спрямована на покращення медичного забезпечення всіх тих, хто бере участь у тому чи іншому виді медичного страхування.



РОЗДІЛ 2

СИСТЕМА ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ

ТЕМА 7. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ЗМІСТ РОБОТИ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ЯКІ НАДАЮТЬ ПЕРВИННУ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ

7.1. Основні дефініції, які використовують у галузі охорони здоров'я

Поняття «первинне медичне обслуговування» було введено на початку 1960-х років ХХ століття, згодом, у 1970-х роках, були запропоновані такі терміни, як «первинна медична допомога» (ПМД) і «первинна медико-санітарна допомога» (ПМСД).

При цьому тривалий час існували термінологічні труднощі при позначенні певного виду допомоги пацієнтам. У законодавстві для визначення допомоги, що надається постраждалим, особами які не мають медичної освіти, використовувалися терміни «перша медична допомога», «перша допомога», «невідкладна допомога», «долікарська допомога» та інші.

Для усунення термінологічних проблем в основах законодавства України «Про охорону здоров'я» №2802-ХІІ від 19.11.92 р, з останніми змінами, внесеними згідно з постановами ВР (2002–2021) Введені залежно від статусу і кваліфікації того, хто надає допомогу, такі терміни, як «медична допомога», «медичне обслуговування», «долікарська допомога», «орфанні захворювання», «пацієнт», «невідкладний стан», «охорона здоров'я», «заклади охорони здоров'я», «мережа лікувальних закладів охорони здоров'я» та інші медичні терміни. Зміст деяких понять наведено нижче.

Медична допомога — діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику та лікування у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами.

Медичне обслуговування — діяльність закладів охорони здоров'я, реабілітаційних закладів, відділень, підрозділів та фізичних осіб-підприємців, які зареєстровані та отримали відповідну ліцензію у встановленому законом порядку, у сфері охорони здоров'я, що не обов'язково обмежу-



ється медичною допомогою та/або реабілітаційною допомогою, але безпосередньо пов'язана з їх наданням.

Домедична допомога — невідкладні дії та організаційні заходи, спрямовані на врятування та збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я, що здійснюються на місці події особами, які не мають медичної освіти, але за своїми службовими обов'язками повинні володіти основними практичними навичками з рятування та збереження життя людини, яка перебуває у невідкладному стані, та відповідно до закону зобов'язані здійснювати такі дії та заходи.

Пацієнт — фізична особа, яка звернулася по медичну допомогу та/або якій надається така допомога.

Невідкладний стан людини — раптове погіршення фізичного або психічного здоров'я, яке становить пряму та невідворотну загрозу життю та здоров'ю людини або оточуючих її людей і виникає внаслідок хвороби, травми, отруєння або інших внутрішніх чи зовнішніх причин.

Крім того в основах законодавства України «Про охорону здоров'я» даються визначення іншим термінам, важливим для організації медичної допомоги, а саме:

Охорона здоров'я — система заходів, спрямованих на збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя. Такі заходи здійснюють органи державної влади та органи місцевого самоврядування, їх посадові особи, заклади охорони здоров'я; фізичні особи-підприємці, зареєстровані у встановленому законом порядку та одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики; медичні та фармацевтичні працівники, фахівці з реабілітації, громадські об'єднання і громадяни.

Заклад охорони здоров'я — юридична особа незалежно від форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, основними завданнями яких є забезпечення медичного обслуговування населення та/або надання реабілітаційної допомоги на основі відповідної ліцензії та забезпечення професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників і фахівців з реабілітації.

Мережа закладів охорони здоров'я — сукупність закладів охорони здоров'я, що забезпечують потреби населення у медичному обслуговуванні на відповідній території.



Телемедицина — комплекс дій, технологій та заходів, що застосовуються під час надання медичної допомоги з використанням засобів дистанційного зв'язку для обміну інформацією в електронній формі.

В «Порядку Надання первинної медичної допомоги» (Наказ МОЗ України №504 від 19.03.2018) визначені такі терміни як: Надавач ПМД, Лікар з надання ПМД, Команда з надання ПМД, Практика ПМД, Обсяг практики ПМД, Оптимальний обсяг практики ПМД, Групова практика ПМД, Програма медичних гарантій та інші.

Надавач ПМД — заклад охорони здоров'я будь-якої організаційно правової форми, в тому числі комунальні некомерційні підприємства (КНП), або фізичні особи-підприємці, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та забезпечують на її основі медичне обслуговування населення, безпосередньо пов'язане з наданням ПМД;

Лікар з надання ПМД — професіонал у галузі лікувальної справи (лікар загальної практики — сімейний лікар, лікар-педіатр, лікар-терапевт), який перебуває у трудових відносинах із надавачем ПМД або провадить господарську діяльність з медичної практики як фізична особа-підприємець та особисто надає ПМД.

Команда з надання ПМД — група медичних працівників, що функціонує в межах надавача ПМД та складається не менше ніж з одного лікаря з надання ПМД та не менше ніж з одного фахівця (сестра медична загальної практики/сімейної медицини, акушерка, фельдшер тощо), який працює спільно з лікарем з надання ПМД або під його керівництвом.

Практика ПМД — лікар з надання ПМД та особи, які здійснили своє право на вільний вибір лікаря, в установленому порядку обравши цього лікаря з надання ПМД (особи, що належать до цієї практики).

Обсяг практики ПМД — кількість осіб, які здійснили своє право на вільний вибір лікаря, в установленому порядку обравши лікаря з надання ПМД, та належать до однієї й тієї самої практики ПМД.

Оптимальний обсяг практики ПМД — кількість осіб, яким лікар з надання ПМД може забезпечити надання якісної ПМД.

Групова практика ПМД — команда з надання ПМД, до складу якої входять два або більше лікарів з надання ПМД, або сукупність двох чи більше практик ПМД у межах одного надавача ПМД або кількох надавачів ПМД, які взаємодіють на підставі договору про спільну діяльність, укладеного між надавачами ПМД.

Програма медичних гарантій — це перелік та обсяг медичних послуг і ліків, які держава гарантує населенню та оплачує з коштів державного



бюджету за єдиними тарифами. Це також прозорі правила доступу до медичних послуг, які наперед відомі пацієнтам і дають їм фінансову точку опори під час лікування. А отже, запобігають катастрофічним витратам на медичну допомогу з власних кишень.

Основами законодавства України «Про охорону здоров'я» визначено *такі види медичної допомоги*: первинна, спеціалізована, високоспеціалізована, паліативна, екстрена.

Первинна медична допомога — це медична допомога, що передбачає надання консультації, проведення діагностики та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруень, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів, здійснення профілактичних заходів; направлення відповідно до медичних показань пацієнта, який не потребує екстреної медичної допомоги, для надання йому вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги; надання невідкладної медичної допомоги у разі розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнта, який не потребує екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

7.2. Основні принципи надання первинної медичної допомоги

Первинну медичну допомогу надають лікарі загальної практики — сімейної медицини, лікарі інших спеціальностей, визначених центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, та інші медичні працівники, які працюють під їх керівництвом.

Первинна медична допомога надається безоплатно в закладах охорони здоров'я та фізичними особами-підприємцями, які одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку, з якими головний розпорядник бюджетних коштів уклав договір про медичне обслуговування населення.

Пацієнт має право обирати лікаря, який надає первинну медичну допомогу. Первинна медична допомога може надаватися в амбулаторних умовах або за місцем проживання (перебування) пацієнта.

На сьогодні в Україні первинна медична допомога надається на засадах сімейної медицини, якій відведена провідна роль у медичному обслуговуванні населення. Значної уваги потребують знання організаційних аспектів системи первинної медико-соціальної допомоги в Україні, визначення її пріоритетної ролі в розвитку і реформуванні охорони здоров'я.



Європейське регіональне бюро ВООЗ дало визначення «первинної медико-санітарної допомоги» (ПМСД) згідно якого, це не тільки лікування найбільш поширених захворювань, травм основними засобами, а й сприяння в організації раціонального харчування, забезпеченні доброякісною водою, проведенні санітарно-оздоровчих заходів, охорона здоров'я матері і дитини, імунізація проти основних інфекційних захворювань, профілактика ендемічних хвороб і боротьба з ними, санітарна освіта (Алма-Атинська конференція, 1978).

Первинна медико-санітарна допомога — це основний, доступний, оптимальний для кожної людини вид медичного обслуговування. Первинна медико-санітарна допомога включає: лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь та інших невідкладних станів; проведення санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів; медичну профілактику найбільш важливих захворювань; санітарна освіта населення; заходи з охорони сім'ї, материнства і дитинства; інші заходи, пов'язані з наданням медико-санітарної допомоги населенню за місцем проживання.

Головним завданням надавача первинної медичної допомоги є забезпечення населення комплексними та інтегрованими послугами зі всебічної, безперервної і пацієнтоорієнтованої первинної медичної допомоги, спрямованої на задоволення потреб населення у відновленні та збереженні здоров'я, профілактику розвитку захворювань, зменшення потреби в госпіталізації та покращення якості життя.

Функції первинної медико-санітарної допомоги не обмежуються лише медичною допомогою. Пріоритетність її розвитку також пов'язана із потребою забезпечити: гарантований обсяг медичної, психологічної та соціальної допомоги; доступність та якість відповідних медичних та соціальних послуг усього населенню; безперервність спостереження за пацієнтами; справедливість при наданні медичної допомоги.

Організація та надання послуг первинної медичної допомоги спирається на такі *принципи*: *безпе́чність* — надання послуг з первинної медичної допомоги у спосіб, що мінімізує ризики завдати шкоду пацієнтові, зокрема ту, якій можна запобігти, а також зменшує можливість медичних помилок; *результативність* — досягнення найкращих результатів через надання послуг з первинної медичної допомоги на основі наукових знань та принципів доказової медицини; *своєчасність* — зниження затримок у наданні послуг первинної медичної допомоги; *економічна ефективність* — надання послуг з первинної медичної допомоги таким чином, щоб максимізувати використання ресурсів та уникнути неефективних



витрат; *недискримінація* — надання послуг первинної медичної допомоги, якість якої не відрізняється залежно від статі, гендеру, сексуальної орієнтації, раси, кольору шкіри, національності, місця проживання, майнового стану, соціального статусу, стану здоров'я, політичних, релігійних чи інших переконань, за мовними або іншими ознаками; *орієнтованість на людину* — надання послуг первинної медичної допомоги у спосіб, що враховує індивідуальні потреби осіб, яким ці послуги надаються.

ВООЗ визначає 4 основні напрями розвитку первинної допомоги: сприяння досягненню рівності, солідарності та соціальної справедливості щодо здоров'я населення за рахунок забезпечення універсального доступу та соціального захисту здоров'я; забезпечення пацієнто-орієнтованого підходу, що враховує потреби та очікування населення, з метою підвищення результативності та ефективності медичних послуг; підвищення рівня здоров'я громад шляхом інтеграції ПМД і заходів громадського здоров'я; зміна принципів управління закладами ПМД шляхом відмови від командно-адміністративних методів управління та впровадження гармонізованого, репрезентативного, соціально інтегрованого, заснованого на переговорах методу управління.

Умови надання послуги: амбулаторно, за місцем проживання (перебування) пацієнта або з використанням засобів телекомунікації/телемедичних систем.

Підставами надання послуги: є декларація про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу.

На законодавчому рівні визначено *обсяг послуг (специфікація)*, яка надається на первинному рівні. Вона включає динамічне спостереження за станом здоров'я пацієнтів із використанням фізикальних, лабораторних та інструментальних методів обстеження відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

Проведення діагностики та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів. Специфікацією також передбачено забезпечення проведення діагностичних обстежень, лікувальних заходів, а також динамічного спостереження за пацієнтами із хронічними захворюваннями, відповідно галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я. Актуальним також є надання невідкладної медичної допомоги пацієнтам з розладами фізичного чи психічного здоров'я, які сталися під час прийому у лікаря ПМД і які не потребують надання екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.



Одним із аспектів надання медичної допомоги на первинному рівні є проведення обов'язкових заходів щодо виявлення та проведення оцінки індивідуального ризику розвитку окремих захворювань, зокрема вимірювання артеріального тиску; оцінка загального серцево-судинного ризику виникнення неінфекційних та інфекційних захворювань, зокрема за шкалою SCORE; вимірювання індексу маси тіла; вимірювання окружності талії; електрокардіограма; швидкі тести на ВІЛ тощо.

На первинному рівні надання медичної допомоги передбачено проведення наступних лабораторних досліджень: загальний аналіз крові з лейкоцитарною формулою; загальний аналіз сечі; глюкоза крові; загальний холестерин; швидкі тести на вагітність, тропонін, ВІЛ, вірусні гепатити.

Окремим розділом роботи на первинному рівні також є проведення профілактичних втручань, спрямованих на зменшення інфекційних захворювань серед дорослого та дитячого населення, зокрема вакцинацію згідно календаря профілактичних щеплень, підготовка та відправлення повідомлень про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення, а також проведення епідеміологічних досліджень при поодиноких випадках інфекційних хвороб.

Профілактична спрямованість у роботі медичних працівників первинної ланки має втілення і у надання консультативної допомоги населенню з основних засад здорового способу життя, наслідків для здоров'я нездорового способу життя та важливості здійснення заходів з відмови від куріння та зловживання алкоголем, збільшення фізичної активності та здорового харчування.

На первинному рівні також проводиться динамічне спостереження за жінками з неускладненим перебігом вагітності та направлення їх (у разі потреби) до лікаря-акушера-гінеколога закладу вторинної медичної допомоги, а також здійснення медичного спостереження за здоровою дитиною.

Специфікацією первинної медичної допомоги передбачено надання окремих послуг паліативної допомоги дорослим та дітям, що включає: регулярну оцінку стану важкохворого пацієнта та визначення його потреб; оцінку ступеня болю та лікування больового синдрому; призначення наркотичних засобів та психотропних речовин відповідно до законодавства, оформлення рецептів для лікування больового синдрому; призначення лікування для подолання супутніх симптомів (закрепи, нудота, задуха тощо); консультування та навчання осіб, які здійснюють догляд за пацієнтом; координацію та співпрацю з іншими установами для забезпечення медичних, психологічних, соціальних та інших потреб пацієнта.



Актуальним для рівня первинної медичної допомоги є і призначення лікарських засобів та медичних виробів, технічних засобів медичної реабілітації з оформленням відповідних документів згідно вимог законодавства, а також виписки рецептів для пільгового забезпечення лікарськими засобами окремих груп населення за певними категоріями захворювань відповідно до чинного законодавства.

Лікар, який надає медичну допомогу на рівні первинної ланки скеровує пацієнта за медичними показаннями, які не потребують ЕМД, у заклади охорони здоров'я (ЗОЗ) для надання їм вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, медичної реабілітації та паліативної допомоги.

За виникнення загрозового для життя та стану пацієнта здійснює виклик бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги до пацієнта, надає йому відповідну медичну допомогу до прибуття бригади ЕМД.

Важливим видом роботи медичного персоналу первинної ланки є також ведення первинної облікової документації (в тому числі в електронному вигляді), оформлення довідок, листків непрацездатності та направлень для проходження медико-соціальної експертизи, а також лікарських свідоцтв про смерть.

7.3. Основні вимоги до організації та умов надання первинної медичної допомоги

До *основних вимог* при наданні первинної медичної допомоги належать наступні. Має бути забезпечена безперервність надання первинної медичної допомоги; відповідність та наявність обладнання, устаткування та засобів, необхідних для забезпечення надання ПМСД, відповідно до примірного таблиця матеріально-технічного оснащення; обов'язковою є наявність лабораторії для проведення обов'язкових лабораторних досліджень у ЗОЗ або на умовах договору; дотримуватися принципів взаємодії з надавачами вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги з метою своєчасної діагностики та лікування хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів з урахуванням особливостей стану здоров'я пацієнта; передбачено також взаємодію з дошкільними навчальними закладами, навчальними закладами, соціальними службами, правоохоронними органами, підприємствами, установами та організаціями, засобами масової інформації, громадськими організаціями, органами місцевого самовряду-



вання на території обслуговування в інтересах збереження та зміцнення здоров'я населення.

Лікар з надання ПМСД (лікар загальної практики — сімейний лікар, лікар-терапевт, лікар-педіатр) — щонайменше має бути одна особа, яка працює за основним місцем роботи в цьому закладі. У закладі ПМСД передбачено також посаду сестри медичної загальної практики — сімейної медицини, сестра медична, акушерка, фельдшер — щонайменше одна особа, яка працює за основним місцем роботи в цьому закладі спільно з лікарем з надання ПМСД або під його керівництвом.

На законодавчому рівні визначено *вимоги до переліку обладнання*, яким має бути обладнано заклад охорони здоров'я для надання ПМСД. Так, за місцем надання послуг у закладі має бути електрокардіограф, тонометр, ваги, ростомір, глюкометр, пульсоксиметр.

До інших вимог надання медичної допомоги первинного рівня належить наявність програми з інфекційного контролю та дотримання заходів із запобігання інфекцій, пов'язаних з наданням медичної допомоги, відповідно до діючих наказів МОЗ України. Подання даних до Електронної системи охорони здоров'я з використанням кодування за міжнародною класифікацією ICD-2.

До *установ надання первинної медико-санітарної допомоги* в міській місцевості відносяться: для дорослого населення — центри первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, амбулаторії (амбулаторії сімейного типу), самостійні міські поліклініки, поліклінічні відділення в багатопрофільних лікарнях, поліклініки МСЧ, медичні пункти; для дитячого населення: самостійні дитячі поліклініки, дитячі відділення при поліклініках для дорослих та ін.

7.4. Центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги (ЦПМСД)

Первинна медична (медико-санітарна) допомога надається у Центрах первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, самостійних лікарських амбулаторіях, амбулаторіях сімейної медицини, відділеннях сімейної медицини при поліклініках ЦРЛ.

Нині в міській місцевості важливою установою з надання первинної медико-санітарної допомоги населенню залишаються поліклініки — терапевтичні та педіатричні відділення для дорослих і дітей. Ця допомога надається лікарями-терапевтами та педіатрами (сімейними лікарями). Додаткову медичну допомогу сільським жителям забезпечують: фельдшер-



сько-акушерські пункти (ФАП), фельдшерські пункти (ФП), медичні пункти тимчасового базування, медичні пункти, медичні кабінети.

Центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги (ЦПМСД) є закладом охорони здоров'я, що створюється з метою забезпечення потреб населення у первинній медичній допомозі (ПМД). ЦПМСД створюється за рішенням органу/органів місцевого самоврядування, у тому числі об'єднаної територіальної громади. Центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги є юридичною особою та підпорядковується Засновнику.

ЦПМСД проходить державну реєстрацію, акредитацію та отримує відповідні ліцензії на провадження господарської діяльності у сфері охорони здоров'я в установленому порядку.

Основними завданнями ЦПМСД є: 1). Організація надання прикріпленому населенню ПМД; 2). Забезпечення належної доступності та якості ПМД для прикріпленого населення; 3). Організація взаємодії із ЗОЗ, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу (далі — ВМД), третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу (далі — ТМД), екстрену медичну допомогу (далі — ЕМД), паліативну медичну допомогу, медичну реабілітацію; 4). Організація та надання невідкладної медичної допомоги населенню; 5). Планування розвитку ПМД; 6). Проведення організаційно-методичної роботи за напрямом ПМД; 7). Здійснення фінансового та матеріально-технічного забезпечення ПМД; 8). Забезпечення кадрового укомплектування; 9). Забезпечення взаємодії між підрозділами ЦПМСД в інтересах удосконалення надання медичної допомоги, збереження та зміцнення здоров'я населення; 10). Сприяння доступності для населення сільської місцевості стоматологічної та екстреної допомоги, забезпечення лікарськими засобами.

Відповідно до покладених завдань ЦПМСД забезпечує: надання населенню ПМД; проведення заходів масової та індивідуальної профілактики інфекційних захворювань; раннє виявлення та профілактику неінфекційних захворювань, визначення груп підвищеного ризику; раннє виявлення та профілактику інфекційних захворювань, у тому числі соціально небезпечних; проведення санітарно-просвітницької роботи, навчання населення здоровому способу життя, основам надання самопомоги та взаємодопомоги; проведення скринінгу захворювань, раннє виявлення яких веде до зменшення інвалідизації і смертності населення; надання паліативної допомоги пацієнтам на останніх стадіях перебігу невиліковних захворювань, яка включає комплекс заходів, спрямованих на полегшення фізичних та емоційних страждань пацієнтів, моральну підтримку членів їх сімей; здійснення відбору хворих для отримання санаторно-курортно-



го лікування відповідно до показань; проведення експертизи тимчасової втрати працездатності; підготовку медичної документації для направлення осіб з ознаками стійкої втрати працездатності на медико-соціальну експертизу та на медико-соціальну реабілітацію; виписку рецептів для пільгового забезпечення лікарськими засобами окремих груп населення та за певними категоріями захворювань відповідно до чинного законодавства; управління та контроль якості надання медичної допомоги у своїх підрозділах; наступність та послідовність медичного обстеження, лікування та реабілітації пацієнтів у взаємодії з іншими ЗОЗ відповідно до медичного маршруту пацієнта, направлення пацієнтів для отримання інших видів медичної допомоги. Створення на базі амбулаторій умов для проведення виїзних прийомів лікарями-спеціалістами ЗОЗ вторинного рівня; Взаємодію своїх структурних та відокремлених структурних підрозділів з дошкільними навчальними закладами, навчальними закладами, соціальними службами, правоохоронними органами, підприємствами, установами та організаціями, засобами масової інформації, громадськими організаціями, органами місцевого самоврядування в інтересах збереження та зміцнення здоров'я населення; реалізацію права громадян вільно вибирати лікаря, що надає ПМД, у тому числі лікаря загальної практики — сімейного лікаря, що провадить господарську діяльність з медичної практики як фізична особа-підприємець, що перебуває з ЦПМСД у цивільно-правових відносинах, лікаря-терапевта, лікаря-педіатра ЦПМСД; надання роботодавцю повідомлення про звернення потерпілого з посиланням на нещасний випадок на виробництві або про наявність підозри про гостре професійне захворювання; організаційно-методичну роботу з надання ПМД у своїх підрозділах за такими напрямками: збір, узагальнення та контроль достовірності статистичної інформації; надання звітів та оперативної інформації до територіальних інформаційно-аналітичних центрів медичної статистики; аналіз стану здоров'я населення; вивчення і прогнозування потреби населення у ПМД; планування лікувально-профілактичних заходів відповідно до потреб населення; аналіз доступності ПМД для населення, планування розвитку мережі та її кадрового забезпечення; організація підвищення професійної кваліфікації кадрів, у тому числі навчання за напрямом визначеної спеціалізації; впровадження сучасних методів профілактики, діагностики, лікування та реабілітації хворих, сучасних інформаційних технологій; впровадження та вдосконалення системи управління якістю надання ПМД; аналіз стану фінансового забезпечення ЦПМСД, його підрозділів та розробку фінансових планів;



здійснення закупівлі лікарських засобів, виробів медичного призначення, медичного обладнання та інвентарю, інших засобів, необхідних для функціонування ЦПМСД та його підрозділів; утримання будівель, споруд і технічних засобів ЦПМСД та його підрозділів у належному стані; технічне обслуговування медичного обладнання у підрозділах ЦПМСД; контроль за використанням матеріально-технічних ресурсів у підрозділах ЦПМСД; облік матеріальних цінностей, у тому числі медичного обладнання та інвентарю; планування та організацію проведення планово-переджувальних ремонтів, ремонтно-будівельних робіт на об'єктах ЦПМСД та організацію налагоджувальних робіт при підготовці до експлуатації медичної апаратури та обладнання; спеціальне навчання і перевірку знань з питань охорони праці посадових осіб ЦПМСД та працівників, зайнятих на роботах з підвищеною небезпекою.

Центр первинної медико-санітарної допомоги має право самостійно: здійснювати планування роботи відповідно до державних замовлень та програм і відповідних рішень органів місцевого самоврядування; організувати свою діяльність щодо забезпечення виконання договору про медичне обслуговування населення; здійснювати розподіл фінансових та майнових ресурсів між своїми підрозділами; укладати в межах повноважень договори, угоди з юридичними і фізичними особами, виступати позивачем та відповідачем у суді.

Центр первинної медико-санітарної допомоги забезпечує: надання медичної допомоги відповідно за договором про медичне обслуговування населення за бюджетні кошти та інших укладених договорів; дотримання встановленого порядку звітування; надання звітів та оперативної інформації до територіальних інформаційно-аналітичних центрів медичної статистики; належне ведення облікової документації та підготовки звітів; координацію взаємодії амбулаторій, фельдшерсько-акушерських/фельдшерських пунктів (далі — ФАП/ФП) з надання невідкладної медичної допомоги, проведення заходів моніторингу стану здоров'я та масової профілактики інфекційних захворювань в зоні територіального обслуговування ЦПМСД; цільове використання закріпленого за ним майна та виділених бюджетних коштів; утримання у належному стані рухомого і нерухомого майна; створення нешкідливих та безпечних умов праці, виконання вимог законодавства про охорону праці, соціальне страхування, правил безпечної експлуатації устаткування, технічних регламентів, стандартів та санітарних норм, правил протипожежної безпеки; здійснення заходів з удосконалення оплати праці та інших заходів заохочення мед-



працівників, спрямованих на підвищення мотивації до результативного, відповідального виконання їх посадових обов'язків; зворотний зв'язок із ЗОЗ ВМД та ТМД щодо обслуговування ними прикріпленого до ЦПМСД населення.

Очолює комунальне неприбуткове підприємство ЦПМСД директор (генеральний директор), який призначається на посаду за рішенням Засновника шляхом укладання контракту за згодою керівників департаментів охорони здоров'я обласних, міських державних адміністрацій.

Структура ЦПМСД включає:

- адміністративну частину / управління: генеральний директор, медичний директор, заступник директора з експертизи тимчасової втрати працездатності, головна медична сестра; головний бухгалтер; завідувач господарською частиною;
- інформаційно-аналітичний кабінет, відділення: завідувач кабінету або відділення; статистик медичний; інженер-програміст;
- лікувально-профілактична служба, що складається з амбулаторій, які є структурними або відокремленими підрозділами ЦПМСД.

У сільській місцевості та в окремих випадках у містах долікарську медичну допомогу можуть надавати ФАП/ФП, які є відокремленими структурними підрозділами амбулаторій.

З метою збільшення доступності ПМСД для населення віддалених від місця розташування амбулаторій та ФАП/ФП населених пунктів за ініціативи органу місцевого самоврядування, у тому числі Об'єднаної територіальної громади, керівництва підприємства, установи або організації за погодженням з директором ЦПМСД можуть організовуватись медичні пункти тимчасового базування, які не входять до структури ЦПМСД.

7.5. Особливості надання первинної медичної допомоги в Україні. Удосконалення надання медичної допомоги на засадах загальної практики – сімейної медицини

Організація надання ПМСД на засадах сімейної медицини (загальної практики) було передбачено основними напрямками реформування системи охорони здоров'я України в умовах розвитку ринкових відносин. Згідно розробленої МОЗ Державної програми «Сімейна медицина» було передбачене поетапне реформування ПМСД з випробуванням в окремих регіонах і містах різних моделей та схем її організації. Перший етап, підготовчий, що розпочався у 1990-х роках, включав розробку норматив-



но-правової документації, підготовку та створення матеріально-технічної, організаційної бази, апробацію різних моделей.

На другому етапі проводилась реформа, метою якої стало впровадження загальнолікарських практик в амбулаторно-поліклінічну мережу. Терапевтів і педіатрів об'єднали в центри надання первинної медико-санітарної допомоги.

Стратегія ВООЗ щодо переорієнтації медичної допомоги на первинну медико-санітарну допомогу (ПМСД) на засадах сімейної медицини прийнята більшістю країн світу.

Нині реформи охорони здоров'я в Україні орієнтовані на пріоритетність економічних методів господарювання, децентралізацію управління галузю, посилення економічної самостійності закладів охорони здоров'я. В умовах адаптації сфери охорони здоров'я України до нових економічних відносин ПМСД відведено провідну роль у медичному забезпеченні населення.

Загальна практика — сімейна медицина є повністю сформованою незалежною медичною дисципліною, яка вже впроваджена в розвинутих країнах, у тому числі і в Україні.

Сімейна медицина — комплекс наукових і практичних заходів для організації сімейної лікувальної практики. Сімейну лікувальну практику необхідно розглядати, як таку, яка забезпечує тривале опікування здоров'ям громадянина і всіх членів його сім'ї незалежно від характеру хвороби, стану органів і систем організму в усі періоди життя людини. З цих позицій є логічним припустити, що сімейна медицина — це наука про найчастіші проблеми здоров'я сім'ї та пацієнта незалежно від статі та віку, при цьому сім'я розглядається як одиниця спостереження.

Поняття *«лікар загальної практики»* склалося еволюційним шляхом у конкретних умовах історичного відрізка часу в низці європейських країн. Відноситься це, в основному, до XVIII–XIX століть, коли лікарська допомога здійснювалась в індивідуальному комерційному порядку, у результаті чого утворився стійкий контингент пацієнтів, у яких сформувалось уявлення про доцільність звернення виключно до «свого» лікаря. Лікаря, якому в силу особливих причин вони довіряли, в основному завдяки впевненості в його професіоналізмі та індивідуальних якостях. Таке виконання медичних обов'язків було максимально виграшним з позиції довготривалості та безперервності спостереження за станом здоров'я «своїх» пацієнтів і членів їх сімей, а також за динамікою змін у здоров'ї, що відбуваються протягом життя пацієнта. У таких умовах лікар дійсно був водночас і сімейним лікарем, і лікарем загальної практики, оскільки йому



доводилось мати справу з усім спектром патології, що мала місце в контингенті, який він обслуговував.

Організація роботи сімейного лікаря, є важливою, оскільки від неї часто залежить успіх лікування хворого та його сім'ї. Тому засвоєння лікарями загальної практики — сімейної медицини принципів цієї спеціалізації є необхідним етапом професійної і деонтологічної підготовки майбутнього лікаря загальної практики.

Медичні терміни «загальна практика» та «сімейна медицина» у багатьох країнах світу використовуються як синоніми. Нині в медицині використовуються різні терміни, що визначають практично той самий вид медичної діяльності, це «сімейний лікар», «лікар загальної практики», «домашній лікар», «лікар загальної медицини». У зв'язку з чим, не випадково, в нормативно-правових документах прийнято поєднувати терміни «лікар загальної практики — сімейної медицини».

Загальна практика розвивається у межах різних базових моделей систем охорони здоров'я, але для них характерні певні загальні ознаки, а саме.

1. *Загальність.* Допомога, що надається сімейними лікарями, не лімітована певним категоріям населення — вона надається кожній людині, незалежно від її віку, статі, соціальної приналежності, раси чи релігії. Ця особливість властива їй і в тому плані, що жодна скарга чи медична проблема пацієнта не може бути залишена поза увагою.

2. *Доступність.* Є вільний доступ до служб загальної практики з мінімальними термінами очікування. Цей доступ повинен забезпечуватися як у географічному, так і культурному плані і не обмежуватися фінансовими факторами.

3. *Інтегрованість.* Загальна практика включає лікувальну та реабілітаційну допомогу, а також зміцнення здоров'я та профілактику захворювань.

4. *Постійна основа.* Загальна практика не обмежується лише окремим випадком надання допомоги або будь-яким захворюванням, а забезпечує хворим індивідуальну медичну допомогу на довгостроковій основі протягом тривалого періоду їхнього життя.

5. *Бригадний підхід.* Для того, щоб досягти всіх цих цілей, сімейний лікар повинен працювати у складі багатодисциплінарної бригади, що добре функціонує.

6. *Цілісність.* Медичні проблеми людини, сім'ї та суспільства мають розглядатися у плані фізичних, психологічних та соціальних перспектив.

7. *Особистий характер.* Загальна практика орієнтована на особистість та на хворобу. Вона спирається на взаємини між пацієнтом та лікарем.



8. *Орієнтація на сім'ю.* У загальній практиці проблеми вивчаються в контексті сім'ї та соціальних контактів людини.

9. *Орієнтація на контингент, що обслуговується.* Проблеми пацієнта слід розглядати у певних місцевих умовах життя (суспільства). Сімейний лікар повинен бути в курсі проблем населення, яке обслуговується на місцевому рівні, співпрацювати з представниками інших професій та службами інших секторів, а також із групами взаємодопомоги з метою вирішення місцевих проблем медико-санітарного плану.

10. *Скоординованість.* Хоча переважна більшість медичних проблем пацієнтів при першому контакті може бути вирішена сімейним лікарем, однак у деяких випадках виникає необхідність направляти їх на консультації. Сімейний лікар має бути поінформований про результати таких консультацій. Йому потрібно також повідомляти про всі наявні служби, і про порядок найефективнішого їх використання. Він повинен мати можливість бути координатором за всіма порадами та призначеннями, які отримує пацієнт від інших фахівців.

11. *Довірчий характер.* Пацієнти мають право очікувати на дотримання повної конфіденційності з боку своїх сімейних лікарів, а також конфіденційності щодо всієї інформації про них.

12. *Адвокатська функція.* Сімейному лікарю необхідно завжди бути «адвокатом» пацієнта з питань, пов'язаних з його здоров'ям, а також у його відносинах з усіма іншими постачальниками медичної допомоги.

Основними засадами функціонування сімейної медицини є: орієнтація на реалізацію національної політики охорони здоров'я щодо збереження здоров'я громадян України та доктрини ВООЗ «Здоров'я для всіх у XXI столітті»; загальнодоступність для всіх громадян незалежно від становища у суспільстві, віку, статі, стану фізичного та психічного розвитку; використання науково обґрунтованих та орієнтованих на сучасні технології методів профілактики, діагностики, лікування та реабілітації, що базуються на вітчизняних традиціях, передовому досвіді та досягненнях науки охорони здоров'я; дотримання комплексного соціального, медичного, екологічного та психологічного підходу до охорони здоров'я; профілактична спрямованість, збереження здоров'я та формування здорового способу життя; фінансування з різних джерел, включаючи страхові фонди; державна гарантія медико-санітарного забезпечення сімей, відсутність монопольного характеру та можливість здорової конкуренції.

Всесвітня організація сімейних лікарів (WONCA) — (анг. The World Organisation of Family Doctors) ставить 6 основних вимог до сімейного лікаря:



1. *Надання первинної медичної допомоги* — вміння проводити первинне обстеження пацієнта; координація діяльності вузьких фахівців, залучених до допомоги пацієнту;

2. *Особлива увага до інтересів пацієнта* — здатність приділяти увагу до інтересів пацієнта; вміння встановлення продуктивних відносин з пацієнтом і використання цих навичок при роботі з хворим; забезпечення безперервності надання меддопомоги тривалий час.

3. *Вміння вирішувати певні проблеми пацієнта* — прийняття рішення на основі знань про захворюваність та поширеність даної патології серед даної групи населення; лікування хвороб на ранніх стадіях та негайне надання допомоги за нагальної необхідності.

4. *Комплексний підхід* — одночасне лікування як гострих, так і хронічних станів пацієнта; організація для пацієнта необхідних оздоровчих і лікувальних заходів.

5. *Соціальна спрямованість* — узгодження потреб окремих пацієнтів з потребами всієї групи, що обслуговується наявними ресурсами.

6. *Цілісне уявлення про захворювання*: вміння застосовувати біо-психо-соціальну модель з урахуванням культурних та екзистенціальних аспектів життя людей.

Принципи сімейної медицини, рекомендовані рішеннями Міжнародного симпозиуму з охорони здоров'я: спостереження за досить стабільним контингентом населенням з урахуванням медико-соціальних проблем родини; забезпечення родині безкоштовної, доступної, безперервної, постійної ПМСД; вільний вибір пацієнтом сімейного лікаря; центральна постать ПМСД — індивідуальна практика (сімейний лікар/лікар загальної практики); основна форма організації роботи — групова практика лікарів, медичних сестер та інших працівників; об'єднання декількох групових практик в центрах здоров'я.

Лікар загальної практики / сімейної медицини — це ліцензований випускник вищого навчального медичного закладу, який забезпечує індивідуальну первинну та безперервну медичну допомогу для окремих осіб, сімей та населення, незалежно від віку, статі чи виду захворюваності.

Лікарі загальної практики надають медичну допомогу протягом тривалого часу у різних країнах світу та мають свою історію. В окремих країнах Північної Європи — Ірландія, Нідерланди, Скандинавські країни — лікарі загальної практики працювали постійно. В інших країнах «фрагментарна» медицина повністю або частково витіснила лікарів загальної практики, а потім їхню діяльність відновлювали (Іспанія, Португалія). У США ліка-



рі загальної практики спочатку практично зникли, але були відновлені та отримали назву сімейні лікарі, але зміна назви не змінила змісту їхньої роботи.

Перед лікарем загальної практики — сімейної медицини стоїть більш широке коло завдань, ніж перед лікарем-спеціалістом, його діяльність відбувається в інших умовах. Це визначається насамперед його близькістю до населення, саме лікар загальної практики (сімейної медицини) першим контактує з пацієнтами. Крім того, особливістю роботи лікаря загальної практики (сімейного лікаря) є автономність його роботи. За оцінками ряду дослідників унікальність загальної/сімейної практики полягає в тому, що вони мають справу з недиференційованими захворюваннями та діагнозами на ранніх стадіях, як правило, використовують просту технологію, відчувають певні складності при постановці діагнозу, їхня робота має профілактичну спрямованість, вони несуть відповідальність за здоров'я населення, що забезпечує наступність у наданні медичної допомоги, визначають проблеми тільки за взаємної згоди пацієнта та лікаря, від сімейних лікарів вимагається високе мистецтво у спілкуванні з населенням, лікареві загальної практики необхідно ретельніше планувати свій час.

Наразі виділяють 3 основні стратегії у діяльності спеціаліста з сімейної медицини: *популяційна стратегія*, спрямована на зниження впливу шкідливих чинників, притаманних популяції загалом; ефективність цієї стратегії в основному залежить від рівня культурного та економічного розвитку країни (санітарно-гігієнічний режим, вакцинація тощо) — первинна профілактика; *доклінічна стратегія*, спрямована на зниження індивідуальних факторів ризику, попередження чи уповільнення розвитку певних хронічних захворювань; для цього використовується досить широкий арсенал превентивних заходів, у тому числі поведінкова та когнітивна терапія; це — вторинна профілактика; *клінічна стратегія* — виявлення хронічних захворювань та їх ускладнень у міру появи у пацієнта скарг та симптомів; це, як правило, запізнена діагностика, оскільки ранніх скарг та симптомів при хронічних захворюваннях немає; цю стратегію називають термінальною, а профілактику — третинною.

Основні функції лікаря загальної практики були визначені Європейським союзом лікарів загальної практики (European Union of General Practitioners) у 1984 році. Вони включають наступне: приймає своїх пацієнтів в амбулаторії, вдома, в окремих випадках у клініці чи стаціонарі; ставить ранній діагноз; вивчає та узагальнює фізичні, психологічні та соціальні фактори при розгляді проблеми здоров'я та хвороби; приймає пер-



вісне рішення з усіх проблем, які постають перед ним як лікарем; здійснює постійне спостереження за хворими з гострими, хронічними захворюваннями або тими, що перебувають у термінальному стані; використовує надані можливості для подальшого збору інформації та побудови довірчих відносин, які можуть бути використані у професійному плані; співпрацює як із колегами-медиками, так і з фахівцями немедичних спеціальностей; знає, як і коли призначити лікування, провести профілактику та навчання, як покращити стан здоров'я як самого хворого, так і його сім'ї; усвідомлює свою відповідальність перед суспільством.

Основною характеристикою лікаря загальної практики у більшості країн світу є надання первинної медико-санітарної допомоги всім членам сім'ї відповідно до сертифікату діяльності. Спектр послуг, що надаються лікарем загальної практики, включає загальну профілактику, діагностику, лікування найбільш поширених захворювань у пацієнтів незалежно від їх віку та статі, надання екстреної та невідкладної медичної допомоги, першої допомоги, перинатальної допомоги, реабілітацію пацієнтів, часто — малу хірургію та виконання певних медичних маніпуляцій.

Особливостями лікувально-діагностичної роботи у загальній лікарській практиці є те, що під час діагностики та терапії сімейний лікар найчастіше використовує досить прості та недорогі методи дослідження та лікування.

Лікар загальної практики, як спеціаліст при першому контакті з пацієнтом зустрічається з великим спектром проблем стану здоров'я населення, але відповідно до матеріалів англійських дослідників близько 87% всіх звернень складають 23 симптоми, з них 40% це болі різного характеру, кашель і застуда, але це не спрощує ситуацію, а навпаки дана симптоматика комбінується між собою і може бути проявом різних захворювань. Саме тому лікар загальної практики повинен бути висококваліфікованим і мати досвід роботи.

Пацієнтами лікаря загальної практики найчастіше є пацієнти з гострими легкими захворюваннями терапевтичного профілю, а також станами, зумовленими переважно психогенними факторами.

У деяких країнах світу медичну допомогу жінкам та дітям можуть надавати як лікарі загальної практики, так і, відповідно, гінекологи та педіатри (Швеція, Бельгія, Німеччина, Франція). В Італії діти до 14 років обслуговуються лише педіатрами.

Сімейні лікарі можуть надавати акушерську допомогу (Великобританія, Нідерланди), займатися проведенням реабілітаційних заходів у центрах здоров'я (Фінляндія), забезпечувати пацієнтів медикаментами (Нідерланди).



ди), займатися додатковою діяльністю, проводити рентген обстеження (Німеччина, Австрія) або розширені лабораторні дослідження (Фінляндія, Норвегія, Швеція).

Найпоширенішими формами надання медичної допомоги населенню в Європі у позаробочий час є укладання спеціальних договорів між практикуючими лікарями та населенням, виняток становлять великі міста, а також система медичного обслуговування в Італії, де створені спеціальні служби, які забезпечують медичне обслуговування та швидку допомогу в той час коли не працюють лікувальні заклади.

У більшості країн світу до переліку послуг, що надаються лікарями загальної практики, належать загальна медична допомога жінкам та чоловікам, дітям, населенню похилого віку, перинатальна допомога, мала хірургія, реабілітація, планування семи, перша медична допомога.

Робота лікаря загальної практика повинна включати заходи з соціально-значущими групами населення (пенсіонери, інваліди, особи з асоціальною поведінкою). Лікар повинен мати право оцінювати особу пацієнта.

Крім цього, лікар загальної практики надає консультативну допомогу населенню з питань планування сім'ї, етики та психології сімейних відносин, виховання та виховання дітей.

В Україні обсяг вимог, прав, обов'язків та функцій лікаря загальної практики — сімейної медицини визначено наказом МОЗ України №72 від 23.02.2001 року «Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини».

В Україні сімейним лікарем може бути спеціаліст з вищою медичною освітою, підготовка якого регламентована відповідною освітньо-кваліфікаційною характеристикою та засвідчена сертифікатом за спеціальністю «загальна практика — сімейна медицина».

На посаду сімейного лікаря призначають: лікаря після інтернатури за спеціальністю «Лікар загальної практики»; лікаря за освітою «Лікувальна справа» чи «Педіатрія» після відповідних циклів спеціалізації з сертифікатом «Лікар загальної практики».

Обов'язки сімейного лікаря: 1). Надання первинної медико-санітарної допомоги населенню у відповідності до вимог кваліфікаційної характеристики і одержаного сертифікату. 2). Проведення санітарно-освітньої роботи з виховання населення у питаннях формування, збереження і зміцнення здоров'я членів сім'ї, само- і взаємодопомоги. Надання консультативної допомоги сім'ям з питань планування сім'ї, етики, психології, гігієни, соціальних аспектів сімейного життя, ведення «школи батьків».



3). Здійснення профілактичної роботи, спрямованої на оцінку ролі чинників навколишнього середовища, факторів ризику, виявлення ранніх і прихованих форм захворювання. 4). Здійснення динамічного спостереження за станом здоров'я членів сімей з проведенням необхідного обстеження й оздоровлення за індивідуальним комплексом лікувально-оздоровчих заходів. 5). Надання екстреної медичної допомоги хворим і потерпілим при невідкладних станах незалежно від місця проживання. 6). Своєчасне надання лікувально-діагностичної допомоги в повному обсязі в амбулаторних умовах і вдома, в денних і домашніх стаціонарах в межах компетенції сімейного лікаря, визначеної його кваліфікаційною характеристикою і угодами із сім'ями та територіальним медичним об'єднанням (районною державною адміністрацією). 7). Своєчасне цільове направлення хворих для одержання медичної допомоги у випадках, які виходять за рамки компетенції сімейного лікаря, організація госпіталізації планових і ургентних хворих у встановленому порядку. 8). Проведення реабілітаційних заходів. 9). Проведення експертизи тимчасової втрати працездатності пацієнтів відповідно до чинного законодавства і своєчасне направлення на МСЕК. 10). Здійснення своєчасної діагностики і раннього виявлення інфекційних захворювань, ізоляції та лікування хворих, виконання протиепідемічних заходів. 11). Проведення імунопрофілактики захворювань. 12). Сприяння в організації медико-соціальної і побутової допомоги спільно з органами соціального захисту і службами милосердя самотнім, особам похилого віку, інвалідам, хронічно хворим. 13). Участь у виконанні державних та регіональних цільових медичних програм. 14). Аналіз стану здоров'я прикріпленого населення і роботи амбулаторії (відділення) лікаря загальної практики/сімейного лікаря. 15). Планування змісту та обсягів роботи амбулаторій (відділення) лікаря загальної практики/сімейного лікаря. 16). Проведення систематичної роботи щодо підвищення професійного рівня підлеглих медичних працівників. 17). Систематичне підвищення рівня своєї професійної кваліфікації як шляхом самопідготовки, так і проходження курсів удосконалення лікарів. 18). Ведення затверджених форм облікової та звітної документації.

Лікар загальної практики — сімейної медицини має право: здійснювати контроль за роботою підпорядкованого йому середнього та молодшого медичного персоналу; подавати пропозиції керівництву щодо покращення організації надання медичної допомоги населенню на засадах загальної практики — сімейної медицини; брати участь у нарадах,



науково-практичних конференціях, семінарах з питань надання лікувально-профілактичної допомоги на основі загальної практики — сімейної медицини; проводити підприємницьку діяльність за спеціальністю «загальна практика — сімейна медицина».

Робота лікаря загальної практики — сімейної медицини здійснюється за графіком, в якому передбачено фіксований розклад амбулаторного прийому хворих, допомогу вдома, профілактичну та іншу роботу, яка затверджується директором комунального неприбуткового підприємства (головним лікарем).

7.6. Порядок вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу

Вільний вибір лікаря у тому, що населення самостійно обирає лікаря первинної ланки для постійного медичного обслуговування. Вибір оформляється документально шляхом запису особи або сім'ї до списку певного лікаря і є своєрідним договором між пацієнтом і лікарем.

Як свідчать дані емпіричних спостережень, до найважливіших причин, що впливають на вибір пацієнтом лікаря загальної практики, в порядку зменшення належать: місце проживання пацієнта; рекомендації родичів чи друзів; привабливість методів роботи лікаря; гарне ставлення до дітей; наступність (колишній лікар виїхав); лікується у лікаря з дитинства; невдоволення попереднім лікарем; неможливість знайти іншого лікаря.

У системах охорони здоров'я різних типів мотиви, що спонукають запровадження права громадянина на вибір лікаря, відрізняються. Так, у керованих громадськістю системах, де охорона здоров'я сприймається як «соціальне благо», право вибору стає механізмом, з якого люди можуть проводити те, що відбувається із ними у межах системи.

У системах, які проголошують ринкові принципи конкуренції, наявність у пацієнта права вибору зазвичай пов'язується з ідеєю суверенітету споживача та роль системи вимірюється її можливістю відповідати «індивідуальним» потребам користувачів.

Однак, незалежно від типологічних особливостей національної системи охорони здоров'я, можливість вибору та зміни лікаря загальної практики на сучасному розвитку розглядається як невід'ємне право пацієнта, реалізація якого розгортає систему надання медичної допомоги у бік споживача медичних послуг та орієнтує її на задоволення медичних потреб населення.



Вільний вибір лікаря пацієнтом стосується організаційної ідеології, продуктивності та стимулів, а також процесу надання медичної допомоги.

Свобода вибору пацієнтом лікаря формує новий характер відносин між постачальником (лікарем) та споживачем медичних послуг (пацієнтом) із суттєвою активізацією останнього та є обов'язковою умовою для переорієнтації системи охорони здоров'я з потреб медичних установ та служб на потреби населення. Слід наголосити, що цей механізм повною мірою спрацьовує лише в умовах реальної конкуренції між постачальниками медичних послуг, кожен з яких намагається підвищити якість лікування та задовольнити запити пацієнтів.

Реалізація пацієнтом вільного вибору спеціаліста, який надає первинну допомогу, характеризується низкою позитивних моментів: підвищення уваги лікаря ПМСД до проблем пацієнтів та створення умов для підвищення якості його роботи у зв'язку із залежністю лікаря від пацієнта; створення умов для встановлення тривалих партнерських відносин з пацієнтами та посімейного обслуговування; ймовірність більш ретельного виконання пацієнтами призначень лікаря, наділеного їхньою довірою; можливість контролю пацієнтом деяких елементів якості медичного обслуговування; підвищення задоволеності населення у зв'язку з його залученням до процесу формування системи медичного обслуговування; створення умов для відбору кваліфікованих фахівців первинної допомоги.

Поряд з цим слід пам'ятати, що запровадження принципу вільного вибору лікаря спочатку може породити *певні проблеми*, яких можна віднести: зростання витрат на проведення організаційних заходів у зв'язку з прикріпленням та переприкріпленням пацієнтів до лікаря первинної ланки (проведення приписної кампанії, заповнення реєстраційних форм); ймовірність нерівномірності завантаження лікарів первинної ланки; ускладнення обслуговування пацієнтів будинку у зв'язку з можливим розширенням території обслуговування; можливе погіршення психологічного мікроклімату у медичних колективах у зв'язку з боротьбою медиків за пацієнтів; опір частини лікарів первинної ланки та лікарів-фахівців у зв'язку з побоюваннями останніх залишитись спочатку без навантаження, а потім взагалі без роботи; вивільнення частини лікарів та необхідність вирішення проблем їх працевлаштування.

Вільний вибір лікаря первинної ланки існує в Австрії, Бельгії, Великій Британії, Німеччині, Італії, Люксембурзі, Нідерландах, Франції, Швейцарії.



Відповідно до Основ законодавства України про охорону здоров'я, Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», у наказі МОЗ України від 19.03.2018 р. №503 «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу» було врегульовано правила вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, а саме: пацієнт має право обрати лікаря, який надає ПМД, незалежно від зареєстрованого місця проживання такого пацієнта з числа осіб, які зазначені в договорі про медичне обслуговування населення, укладеному між відповідним надавачем ПМД та Національною службою здоров'я України (далі — НСЗУ).

Пацієнт має право обрати лікаря, який надає ПМД, за умови, що кількість пацієнтів, які вже обрали такого лікаря відповідно до цього Порядку, не перевищує оптимальний обсяг практики ПМД, встановлений у Порядку надання первинної медичної допомоги (Наказ МОЗ України від 19 березня 2018 року №504, або іншу кількість, встановлену відповідно до договору про медичне обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, укладеного надавачем ПМД, у якому зазначений такий лікар.

У період тимчасової відсутності лікаря, який був обраний пацієнтом відповідно до цього Порядку, у зв'язку з відпусткою чи іншими обставинами, що зумовлюють тимчасову неможливість здійснювати прийом пацієнтів лікарем, пацієнт має право на отримання медичних послуг ПМД у іншого лікаря того самого надавача ПМД без подання нової Декларації.

Пацієнт, який не обрав лікаря та перебуває у невідкладному стані, має право отримати безперервну та безоплатну ПМД у державних і комунальних закладах охорони здоров'я, а також звернутися до НСЗУ або його територіальних органів за роз'ясненнями стосовно надавачів ПМД для забезпечення можливості реалізувати своє право на вибір лікаря.

Пацієнт має право змінити лікаря, який надає ПМД, шляхом подання тому самому або іншому надавачу ПМД нової Декларації відповідно до цього Порядку.

Пацієнт має право відмовитись від лікаря, який надає ПМД, без обрання нового лікаря шляхом подання заяви про припинення поданої ним Декларації.

Однчасний вибір двох або більше лікарів, які надають ПМД, не допускається.



7.7. Організаційні форми роботи сімейної медицини (моделі сімейної медицини)

Ефективність сімейної медицини здебільшого залежить від організаційної форми роботи сімейної медицини. У міжнародній практиці прийнято виділяти певні моделі роботи лікаря загальної практики (сімейного лікаря).

Лікар загальної практики може працювати один (індивідуальна практика), у партнерстві (2 лікарі загальної практики), у групі з кількох лікарів (групова практика).

Останнім часом відзначається тенденція до поширення групової практики. Так якщо в 1951 році в Західній Європі 81% лікарів загальної практики працювали поодиноці або вдвох і 6% лікарів загальної практики працювали в групах лікарів, що складаються з 4-х і більше людей, то в 1983 це співвідношення було вже 29% і 49%. Основною причиною цієї тенденції є те, що на кожного лікаря доводиться менше чергувань, у лікаря з'являється можливість взяти відпустку, ширші можливості для діагностики, лікування (краще обладнання, апаратура), розширення можливостей для професійного спілкування, взаємних консультацій, навчання.

Осередки групової практики можуть розміщуватись на базі діючих лікувально-профілактичних закладів і в окремих приміщеннях. Для цього використовуються невеликі поліклініки, лікарські амбулаторії.

Існуючі великі поліклініки перетворюються на консультативно-діагностичні та реабілітаційні центри, з якими співпрацюють лікарі групової практики чи окремі лікарі.

Чисельність пацієнтів у сімейного лікаря суттєво відрізняється в різних країнах — від 1 000 (Австрія, Бельгія) до 2 000 (Німеччина) і більше.

У низці країн (Туреччина, Ізраїль, Фінляндія, Скандинавські країни) лікарі загальної практики працюють у центрах здоров'я, які обслуговують не менше 10 000 населення, у кожному центрі не менше 3 лікарів загальної практики та в середньому 11 осіб допоміжного персоналу.

У Чехії в наданні ПМСД, крім лікарів загальної практики, беруть участь також педіатри. Лікарі загальної практики мають встановлені години роботи, при потребі пацієнти звертаються до центрів швидкої допомоги первинної ланки охорони здоров'я.

В Данії сімейні лікарі також надають медичну допомогу протягом визначеного денного часу, а після завершення прийому сімейного лікаря при потребі населення звертається до швидкої допомоги.



Одна з моделей Ізраїльської охорони здоров'я (на прикладі Єрусалиму) передбачає діяльність центрів здоров'я. Участь у наданні ПМСД беруть лікарі загальної практики, педіатри, психологи, соціальні працівники, дієтологи, фахівці з санітарної просвіти та епідеміологи. Значна роль належить медичним сестрам, які причетні до планування роботи, впровадження нових програм і методик.

У Фінляндії нараховується більше 200 центрів здоров'я, кожен з яких приблизно обслуговує близько 10 тисяч населення (в районах з малою щільністю проживання населення це число може бути меншим). До складу центру здоров'я, крім лікарських амбулаторій, входять: відділ охорони здоров'я матері та дитини, стаціонар загального профілю, клінічна лабораторія тощо.

З огляду на досвід США, сімейний лікар — це добре підготовлений фахівець загальної практики, що працює у відповідно оснащеному медичному закладі, а не ходить від одного будинку до іншого, займаючись тільки хворими. Вважається, що він повинен не тільки надавати медичну допомогу, але й бути порадиником, захисником пацієнта.

Цікавим є досвід системи сімейної практики у Великій Британії. Населення країни має право на вільний вибір лікаря та в переважній більшості задоволена ним (85%). Сімейні лікарі забезпечують лікуванням майже 90% хворих і тільки 10% направляють до спеціалістів. Вони цілодобово спостерігають за станом здоров'я в середньому 1800 пацієнтів протягом усього їх життя. В розпорядження сімейних лікарів надходять кошти з розрахунку на одного пацієнта.

Надання медичної допомоги сімейними лікарями на базі діючих поліклінік найбільш прийнятне для деяких країн Східної Європи та держав, що утворилися на теренах колишнього СРСР. Це доцільно з огляду на вже існуючу широку мережу поліклінік, яка дозволить заощадити кошти на будівництво нових закладів. Впровадження сімейної медицини в таких умовах потребує лише суттєвої зміни організаційних форм їх діяльності.

На сучасний період в Україні більшість лікарів загальної практики — сімейної медицини працюють у державних медичних закладах, незначна їх частина займається приватною практикою чи працює в недержавних закладах. Має місце як індивідуальна, так і групова практика.

Сімейні лікарі ведуть прийом терапевтичних, неврологічних, офтальмологічних хворих тощо. За експертною оцінкою, в перехідний період сімейні лікарі можуть забезпечити від 36% до 46% відвідувань офтальмолога, отоларинголога, невропатолога та близько 23% хірурга. Важливе значення має



забезпечення взаємодії сімейних лікарів з іншими службами та закладами, включаючи поліклініки, стаціонари, диспансери, консультативно-діагностичні центри тощо. При цьому ставиться завдання щодо переорієнтації роботи поліклінік на надання переважно спеціалізованої допомоги, на виконання оздоровчих програм, проведення відновлювального лікування із необхідним використанням допоміжно-лікувальних підрозділів. З часом можлива інтеграція консультативно-діагностичної та стаціонарної допомоги.

Моделі роботи лікарів загальної практики (сімейної медицини) формувалися залежно від соціально-економічних умов певної країни, отже їх класифікують у такий спосіб:

Перша модель — *індивідуальна практика (сольний варіант)*. З позиції економічної рентабельності індивідуальна практика доцільна в населених пунктах з малою чисельністю населення, у нових районах міст без розвиненої інфраструктури, при розкиданні територіальних ділянок та ін., позначені в контракті. При індивідуальній формі практики лікар працює один або разом із середнім медичним персоналом і є незалежним суб'єктом господарювання, який самостійно формує свій прибуток і відповідає за своїми фінансовими зобов'язаннями. Частина лікарів загальної практики вважають за краще працювати індивідуально, що пояснюється наступними причинами: не завжди можливо працювати в групах, коли населення мешкає на дуже великих територіях; коли немає колег, тоді менше можливостей виникнення конфліктів; лікар, який працює сам, краще знає своїх хворих, оскільки відповідає за меншу кількість пацієнтів; обслуговування хворих може бути на найвищому рівні, якщо лікар дотримується високих стандартів, але якщо лікар відійде від деяких стандартів компетенції, то немає нікого, хто звернув би на це увагу.

Індивідуальні лікарські практики на сучасному етапі розвитку не можуть бути віднесені до перспективних форм організації первинної медико-санітарної допомоги насамперед через обмеженість можливостей створення достатньо міцної матеріально-технічної бази, що дозволяє використовувати відповідні рівню допомоги сучасні діагностичні та лікувальні технології. Індивідуальна лікарська практика є доцільною лише в місцевостях з низькою щільністю населення, де функціонування групи лікарів економічно нерентабельне. Світовий досвід свідчить про заміну індивідуальних практик груповими.

Друга модель — *спарений варіант*. У другому варіанті (спареному) разом працюють два сімейні лікарі або два родинні лікарі. Один з яких більше спеціалізується у педіатрії, а другий у терапії.



Третя модель — *групова сімейна практика*. Усі лікарі — сімейні лікарі, кожен має свою сімейно-територіальну ділянку. Усі вони працюють у одному приміщенні сімейної медицини. Групова сімейна практика в організаційному аспекті передбачає роботу осередку сімейної медицини різної кількості сімейних лікарів, які мають повну самостійність (юридичну особу), або розпочали свою діяльність у філії поліклініки, лікарні чи медичного об'єднання. Група сімейних лікарів також може працювати у поліклініці, і якщо їх більше 5–7 осіб, то можна сформувати самостійне відділення сімейних лікарів.

Функціонування групи сімейних лікарів (групова сімейна практика) може здійснюватись на різних засадах: вони працюють лише як сімейні лікарі та мають закріплені сімейні територіальні ділянки; всі вони є сімейними лікарями, проте ще окремо спеціалізуються та надають медичну допомогу у різних галузях медицини.

Останній варіант, залежно від кількості сімейних лікарів, може бути представлений двома формами: А — група лікарів невелика і вони охоплюють додатково, крім сімейної практики, ще й основні види медичної допомоги — терапевтичну, педіатричну, акушерсько-гінекологічну, хірургічну з травматологією; Б — це велика група (більше 7–9 осіб), кожен з яких спеціалізується у наданні різних видів спеціалізованої медичної допомоги.

Четверта модель — *багатoproфільні центри здоров'я*. У низці країн (Туреччина, Ізраїль, Фінляндія, Скандинавські країни) лікарі загальної практики працюють у центрах здоров'я, які обслуговують не менше 10 000 населення, у кожному центрі не менше 3 лікарів загальної практики та в середньому 11 осіб допоміжного персоналу. На відміну від більшості одиночних та групових практик, до складу центру здоров'я входять лабораторія, рентгенівський кабінет, лікарняні ліжка для гострих та хронічних хворих. Деякі центри мають своїх власних консультантів-фахівців, але у будь-якому разі отримують зовнішні консультації від лікарів спеціалістів. Центр здоров'я це будівля, це система організації медичної допомоги. Акцент у центрах здоров'я робиться на охорону материнства та дитинства, збереження здоров'я похилого населення, планування сім'ї, формування здорового способу життя тощо.

У центрах здоров'я немає персональної відповідальності, всі лікарі несуть колективну відповідальність. Населення має приписку до центру здоров'я, це викликає низку проблем і не дуже влаштовує пацієнтів. У зв'язку із чим розглядаються варіанти персональної відповідальності лікарів.



У країнах можуть одночасно бути різні моделі роботи лікарів загальної практики, як правило з переважанням якої-небудь однієї. Індивідуальна практика найчастіше зустрічається в Австрії, Бельгії, Данії. Групова практика переважає у Великій Британії, США. Центри здоров'я поширені у Скандинавських країнах.

Пропоновані моделі мають свої плюси та мінуси, однак вибір тієї чи іншої моделі для впровадження в практику залежить від потужності та місця розташування медичного закладу, який бажає здійснити перехід до медико-санітарного забезпечення на основах сімейної медицини, матеріально-технічної та фінансово-економічної бази, а також ступеня підготовки самих лікарів та бажання їх працювати у тому чи іншому аспекті.

Сольні та спарені варіанти найкращі для населення, тому що в цих випадках осередки сімейної медицини розташовані безпосередньо на сімейній територіальній ділянці.

Групова сімейна практика може бути рекомендована як у великих містах, так і в невеликих населених пунктах, однак це більш економічно вигідна модель функціонування сімейної медицини, при якій сімейні лікарі надають ще й спеціалізовані види медичної допомоги.

При функціонуванні будь-якого з варіантів має залишитись вільний вибір пацієнтом сімейного лікаря, незважаючи на те, що за ним закріплюється певна територія обслуговування. Про вибір іншого лікаря підопічні повинні повідомити сімейного лікаря, а надалі між цими лікарями має місце передача певної інформації, особливо про інфекційні та венеричні захворювання.

Отже, вибір моделі функціонування сімейної медицини залежить від конкретних умов з урахуванням багатьох економічних, соціальних, медичних та інших чинників. Рішення може безпосередньо прийматися самим населенням та органами місцевої влади за активної участі керівництва органів та установ охорони здоров'я, прерогативою яких є розробка відповідних програм удосконалення первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини.

Усі описані моделі сімейної медицини повинні функціонувати у тісній співдружності з діагностично-консультаційними лікувальними реабілітаційними центрами, дитячими та пологовими будинками, а також структурами соціального забезпечення.

У перспективі, якщо сімейні лікарі проживатимуть безпосередньо на території закріпленої ділянки, та будуть прийняті відповідні нормативні документи, їм необхідно буде надавати цілодобово швидку та невідкладну



медичну допомогу. Зрозуміло, що для цього має бути забезпечено відповідну матеріально-технічну базу, навчання лікарів та медичних сестер, а також фінансово-економічні розрахунки за виконану роботу.

Досвід успішних систем охорони здоров'я багатьох країн показує, що там, де є розвинена загальна лікарська та медична практика, сімейні лікарі на високому професійному рівні забезпечують надання населенню невідкладної допомоги. Вони більш серйозно та відповідально ставляться до моніторингу стану здоров'я хронічних хворих, і кількість викликів додому у вечірній та нічний час у три-чотири рази менша, ніж у тих системах медичного забезпечення, де функціонує лікарська невідкладна допомога у вигляді окремого структурного підрозділу. Існуюча, як і колишня система охорони здоров'я, не може забезпечити наступності в роботі між станціями швидкої допомоги та службами територіальних поліклінік.

За включення в обов'язки сімейних лікарів надання невідкладної допомоги мешканцям закріплених сімейно-територіальних ділянок говорить також те, що вони добре знають своїх пацієнтів, функціональний стан їх органів та систем, раніше перенесені захворювання, генетичний статус, а також сприйняття організмом хворих тих чи інших медпрепаратів. Сімейні лікарі можуть поставити своїм хворим діагноз легше і швидше, ніж лікарі невідкладної допомоги, які бачать пацієнтів уперше та мають обмежений час візиту.

Ефективне функціонування всіх моделей сімейної медицини є можливим за умови належного психологічного та соціального забезпечення. Фахівці сімейної медицини повинні мати відповідний соціально-правовий статус, а нова форма організації та надання медико-санітарної допомоги повинні активно підтримуватись органами місцевого самоврядування, депутатськими комісіями охорони здоров'я та широкими колами громадськості.

Реформуючи первинну медико-санітарну допомогу на засадах сімейної медицини, Україна враховує світовий досвід і вивчає різні форми її організації. Фактично в наданні ПМСД беруть участь численні лікувально-профілактичні заклади: самостійні поліклініки та амбулаторії (в тому числі амбулаторії сільських лікарень), поліклінічні відділення міських, центральних районних, районних лікарень, дитячі поліклініки, жіночі консультації, медико-санітарні частини, а також заклади долікарської допомоги (фельдшерські пункти охорони здоров'я, фельдшерсько-акушерські та акушерські пункти). До них долучаються заклади швидкої медичної допомоги.



У сучасних умовах найбільш раціонально забезпечувати населення первинною медико-санітарною допомогою на засадах сімейної медицини у спеціальних установах — сімейних амбулаторіях.

7.8. Організація роботи амбулаторії сімейної медицини

Амбулаторія сімейної медицини може бути організована як: самостійна амбулаторно-поліклінічна установа, підпорядкована відповідному органу охорони здоров'я; комунальне некомерційне підприємство; підрозділ комунальної поліклінічної установи; підрозділ недержавної медичної установи; приватний медичний заклад (у них можуть працювати кілька лікарів).

Відповідно до чинного законодавства амбулаторії створюються для надання ПМД понад 1500 особам населення у місті і понад 1200 особам у сільській місцевості. Кількість населення, що обслуговує амбулаторія, може бути меншою за умови погодження такого зменшення Засновником з Міністром охорони здоров'я.

У регіонах та містах України застосовують різноманітні організаційні форми надання первинної медико-санітарної допомоги. Діють сімейні амбулаторії з одним лікарем, відділення сімейних лікарів (бригади). Більш доцільною вважають групову практику.

Якщо сімейна амбулаторія перебуває у складі багатопрофільної лікарні, то амбулаторія перебуває у підпорядкуванні відділення загальної практики (сімейної медицини) цієї лікарні.

Число лікарів сімейної амбулаторії залежить від кількості пацієнтів та існуючих нормативів. Крім сімейного лікаря можуть бути лікар-стоматолог, акушерка, лаборант, медичні сестри.

Керує амбулаторією завідувач, досвідчений лікар, який займається фінансово-господарською діяльністю. Фінансується амбулаторія з державного чи місцевого бюджетів, за рахунок страхових внесків та внесків пацієнтів. Амбулаторія має право юридичної особи, має круглу печатку, штамп, рахунок у банку. Амбулаторія має майно та автотранспорт. Амбулаторія веде облікову та звітну документацію встановленого зразка.

Структура та штати амбулаторії залежать передусім від кількості мешканців, які перебувають під її опікою. Амбулаторія повинна мати: рес-стратуру; кабінет лікаря; оглядовий кабінет; маніпуляційну; експрес-лабораторію; кабінет функціональної діагностики; фізіотерапевтичний кабінет; операційно-перев'язувальну кімнату; стерилізаційну; кімнату



для медичного персоналу; господарську кімнату; палату для денного перебування хворих.

Завданнями амбулаторії сімейної медицини є: моніторинг стану здоров'я, факторами та умовами, що визначають здоров'я населення, реалізацією профілактичних заходів та програм з оцінкою їх ефективності; навчання елементам гігієни, дотримання здорового способу життя, прийомів надання само- та взаємодопомоги; залучення до вирішення проблем охорони здоров'я населення підготовленого санітарного активу, громадських організацій, роботодавців, органів місцевого самоврядування; забезпечення на закріпленій території гарантованого обсягу первинної медико-санітарної допомоги; надання швидкої та невідкладної допомоги при станах, що загрожують життю, травмам та отруєнням кожній людині, незалежно від місця проживання, національності, віросповідання та економічного стану; здійснення профілактичної роботи, спрямованої на усунення факторів ризику, виявлення латентних та ранніх форм захворювань; динамічне спостереження за станом здоров'я кожного громадянина закріпленої території та членів його сім'ї протягом усього життя, а також людей інших ділянок за їх бажанням; активну участь у реалізації програм, що сприяють охороні здоров'я громадян та їх сімей, особливо жінок та дітей; організація надання всіх вторинних (крім первинної) видів медичної допомоги (спеціалізованої та вузькоспеціалізованої) у різних спеціалістів поліклінік та стаціонарних умовах; участь у наданні медико-соціальної допомоги інвалідам, особам похилого віку та ін. соціально-незахищеним групам населення.

В амбулаторно-поліклінічних установах, у яких працює група сімейних лікарів у кількості не менше 5–7 осіб, можна сформувати самостійне відділення сімейних лікарів.

Відділення загальної практики — сімейної медицини організується для надання кваліфікованої первинної лікувально-профілактичної допомоги прикріпленому населенню за сімейно-територіальним принципом. Відділення загальної практики — сімейної медицини має бути організоване як структурний підрозділ амбулаторно-поліклінічної установи за наявності 3 та більше посад лікарів. Відділення загальної практики — сімейної медицини очолює лікар загальної практики — сімейної медицини, який, призначається та звільняється головним лікарем лікувального закладу.

Завданнями відділення загальної практики — сімейної медицини є: забезпечення кваліфікованою, у тому числі невідкладною медичною допомогою, прикріпленого населення в обсязі спеціальності «загальна



практика — сімейна медицина» в умовах поліклініки та вдома; направлення хворих на консультацію до лікарів інших спеціальностей поліклініки та за домовленістю — до інших лікувально-профілактичних закладів, організація та проведення консилиумів із залученням фахівців поліклініки та інших лікувально-профілактичних закладів; за наявності показань — організація направлення хворих до стаціонару; проведення експертизи тимчасової втрати працездатності; забезпечення наступності у роботі з відділеннями поліклініки та іншими лікувальними установами; здійснення комплексу заходів, спрямованих на профілактику захворювань, травм, отруєнь, зниження інвалідності та смертності населення; забезпечення проведення моніторингу стану здоров'я населення; організація та проведення санітарно-протиепідемічних заходів; проведення санітарно-просвітницької роботи серед населення, пропаганда здорового способу життя; запровадження сучасних методів профілактики, діагностики, лікування, реабілітації при різних захворюваннях; ведення обліково-звітної медичної документації; консультація населення ділянки з медико-соціальних, психологічних питань, питань планування сім'ї.

Лікарі, які працюють у відділенні загальної практики — сімейної медицини, обстеження та лікування хворих проводять у лікувально-діагностичних службах установи, у складі якої функціонує відділення та за домовленістю — в інших лікувально-профілактичних закладах.

До складу відділення загальної практики — сімейної медицини входять кабінети лікарського прийому, операційно-перев'язувальний блок, оглядовий кабінет, маніпуляційна, кабінет завідувача відділенням, кабінет старшої медсестри, а також лабораторія, кабінет функціональної діагностики, профілактичної установи.

Штатні нормативи медичного персоналу відділення загальної практики — сімейної медицини встановлюються з розрахунку 1 посада сімейного лікаря на 1 800 осіб дорослого та дитячого населення; 2 000 осіб на одного лікаря-терапевта; 900 осіб на одного лікаря педіатра.

Нормативне обслуговування населення визначається з урахуванням місцевої специфіки комунальним неприбутковим підприємством (КНП). Можливе використання розрахункових норм для лікарів загальної практики — сімейної медицини на 1 годину роботи: 5 відвідувань на прийомі в амбулаторії сімейної медицини, 2 відвідування — під час обслуговування хворих удома.

Посади медичних сестер загальної практики — сімейної медицини можуть розраховуватись залежно від потреб — 1,5 посади на 1 посаду ліка-



ря загальної практики — сімейної медицини, 1 посада молодшої медичної сестри запроваджується з розрахунку на 3 лікарів, які ведуть амбулаторний прийом.

ТЕМА 8. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ЗМІСТ РОБОТИ ЗАКЛАДІВ, ЩО НАДАЮТЬ СПЕЦІАЛІЗОВАНУ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ. ПОЗАЛІКАРНЯНА ТА СТАЦІОНАРНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

8.1. Особливості організації спеціалізованої медичної допомоги в Україні

Амбулаторно-поліклінічна допомога — є наймасовішою і загальнодоступною, має важливе медико-соціальне значення для населення. Амбулаторно-поліклінічні заклади є провідною ланкою в системі організації медико-санітарної допомоги. Цей вид допомоги отримують до 80% населення з тих, хто звернувся по медичну допомогу.

Амбулаторно-поліклінічна допомога надається особам, які потребують періодичного медичного спостереження, лікування на догоспітальному етапі та проведення профілактичних заходів, вона включає профілактичні, лікувально-діагностичні та реабілітаційні заходи, спрямовані на зниження захворюваності, інвалідності та смертності.

Даний вид медичної допомоги надається в комунальних неприбуткових підприємствах системи охорони здоров'я, так і на дому; амбулаторно-поліклінічній допомозі присвячено декілька пакетів медичних послуг в рамках програми медичних гарантій, які охоплюють і надання медичної допомоги дорослим та дітям, ведення вагітності, лікування пацієнтів методом гемодіалізу в амбулаторних умовах, тощо.

Більша частина амбулаторно-поліклінічної допомоги надається на первинному рівні, але вона є важливою при наданні спеціалізованої медичної допомоги у важких випадках, що вимагають відповідного спеціального медичного, діагностичного і лікувального устаткування.

Спеціалізована медична допомога

Спеціалізована медична допомога — медична допомога, що надається в амбулаторних або стаціонарних умовах лікарями відповідної спеціалізації (крім лікарів загальної практики — сімейних лікарів) у плановому порядку або в екстрених випадках і передбачає надання консультації, проведення діагностики, лікування та профілактики хвороб, травм, отруєнь, патологічних і фізіологічних (під час вагітності та пологів) станів, у тому



числі із застосуванням високотехнологічного обладнання та/або високоспеціалізованих медичних процедур високої складності; направлення пацієнта відповідно до медичних показань для надання спеціалізованої медичної допомоги з іншої спеціалізації.

Надання спеціалізованої медичної допомоги забезпечують заклади охорони здоров'я в *стаціонарних та амбулаторних умовах*.

Спеціалізовану медичну допомогу можуть надавати лікар закладу охорони здоров'я, в якому надається така допомога, або лікар, що провадить господарську діяльність з медичної практики як фізична особа-підприємець, за умови наявності відповідної фахової підготовки (спеціалізації).

У закладах охорони здоров'я з метою забезпечення освітнього процесу спеціалізовану медичну допомогу також можуть надавати науково-педагогічні працівники закладів вищої (або післядипломної) освіти, які здійснюють підготовку кадрів у сфері охорони здоров'я, за умови, що вони мають сертифікат лікаря-спеціаліста та отримали погодження керівника закладу охорони здоров'я на надання медичної допомоги пацієнту. Такі науково-педагогічні працівники також можуть бути лікуючими лікарями з надання спеціалізованої медичної допомоги.

Лікуючого лікаря з надання спеціалізованої медичної допомоги в закладі охорони здоров'я, що забезпечує надання такої допомоги, визначає керівник цього закладу або уповноважена на прийняття відповідних рішень особа. Порядок визначення лікуючого лікаря встановлюється центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я.

Спеціалізована медична допомога надається безоплатно в закладах охорони здоров'я, що забезпечують надання такої допомоги, з якими головний розпорядник бюджетних коштів уклав договір про медичне обслуговування населення (у межах, визначених договором).

Спеціалізована медична допомога надається відповідно до медичних показань за *направленням лікуючого лікаря* з надання первинної медичної допомоги або лікуючого лікаря закладу охорони здоров'я, що забезпечує надання спеціалізованої медичної допомоги.

Без направлення спеціалізована медична допомога відповідно до медичних показань надається закладами охорони здоров'я, з якими укладено договори про медичне обслуговування населення, пацієнтам, які звернулись до акушера-гінеколога, стоматолога, педіатра, та пацієнтам із хронічними захворюваннями, які перебувають на обліку в цьому закладі охорони здоров'я.



Без направлення спеціалізована медична допомога відповідно до медичних показань також надається безоплатно в закладах охорони здоров'я, що забезпечують надання спеціалізованої допомоги, пацієнтам, які перебувають у невідкладному стані.

Порядок направлення пацієнтів відповідно до медичних показань до закладів охорони здоров'я, що забезпечують надання спеціалізованої медичної допомоги, а також порядок надання такої допомоги визначаються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я.

Заклади, які надають спеціалізовану амбулаторно-поліклінічну допомогу. Амбулаторна медична допомога надається громадянам при захворюваннях, травмах, отруєннях та інших патологічних станах, що не вимагають цілодобового медичного спостереження, ізоляції та використання інтенсивних методів лікування, а також при вагітності і штучно-му перериванні вагітності на ранніх термінах (абортах).

Спеціалізована медична допомога — це вид медичної допомоги, що надається громадянам при наявності у них захворювань, які потребують спеціальних методів діагностики та лікування. Ця допомога надається в медичних організаціях, що мають ліцензію на медичну діяльність, лікарями, які отримали спеціальну підготовку у відповідній галузі медицини, з використанням складних медичних технологій.

Спеціалізована амбулаторна медична допомога надається в позалікарняних умовах лікарями, які мають відповідну спеціалізацію і можуть забезпечити більш кваліфіковане консультування, діагностику, профілактику і лікування, ніж лікарі загальної практики—сімейні лікарі.

Основною установою з надання спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної допомоги в Україні є самостійна поліклініка, поліклінічні відділення для дорослих і дітей. Для надання цього виду допомоги населенню в штаті закладу (міської, центральної районної лікарні та ін.) передбачені посади лікарів-фахівців, кількість яких залежить від потужності та кількості населення, що обслуговується. В міських поліклініках з населенням понад 25 тис. чол. передбачені посади лікарів з надання спеціалізованої лікувально-профілактичної допомоги: кардіолог, ревматолог, хірург, ортопед-травматолог, уролог, офтальмолог, невропатолог, отоларинголог, ендокринолог, інфекціоніст, алерголог-імунолог, гастроентеролог, пульмонолог, проктолог, акушер-гінеколог.

Організація роботи цих фахівців регламентується розкладом прийому лікарів в комунальному некомерційному підприємстві. Основні види робіт —



це організація і проведення профілактичної і лікувальної роботи серед населення. Робочий день лікаря-фахівця, як правило, при 5-ти денному робочому тижні, становить 6,5 годин, при навантаженні на 1 годину 5 хворих. Вузкі фахівці обслуговують виклики на дому лише в тих випадках, коли виклик зробив сімейний лікар. Лікарі-фахівці здійснюють також моніторинг за хворими свого профілю з веденням відповідної медичної документації.

Штатно-організаційна структура міської поліклініки має наступні підрозділи: управління; реєстратуру; кабінет долікарського прийому; відділення профілактики; лікувально-профілактичні відділення: сімейні відділення для надання первинної медичної допомоги та спеціалізовані відділення або кабінети залежно від потужності поліклініки, серед них кардіологічні, пульмонологічні, онкологічні та інші; відділення відновного лікування; лікувально-допоміжні кабінети (відділення); діагностичні кабінети (відділення); денний стаціонар; кабінет невідкладної допомоги; інформаційно-аналітичне відділення; та інші.

До основних задач закладу відносяться: організація і надання первинної та спеціалізованої, кваліфікованої медичної допомоги в поліклініці і вдома; проведення медико-соціальної експертизи тимчасової втрати працездатності; організація і проведення комплексу профілактичних заходів серед населення, включаючи протиепідемічні; гігієнічне виховання і навчання населення; ведення офіційної обліково-звітної документації, аналізу діяльності та оцінка ефективності роботи закладу, моніторинг за станом здоров'я населення, розробка заходів щодо зниження захворюваності серед населення та ін.

Важливе місце в сучасних умовах в роботі комунального некомерційного підприємства «Міська поліклініка» посідає спеціалізована амбулаторно-поліклінічна медична допомога, в тому числі: кардіологічна, пульмонологічна, травматологічна, онкологічна та ін.

8.2. Особливості надання медичної допомоги лікарями-спеціалістами з метою попередження розвитку найбільш поширених неінфекційних та інфекційних захворювань

Організація роботи кардіологічного кабінету. Хвороби системи кровообігу є однією з найактуальніших проблем сучасної медицини другої половини ХХ — на початку ХХІ століття. Захворювання системи кровообігу відносяться до ІХ класу захворювань згідно з МКХ-Х. Ці хвороби посідають перше місце серед причин смертності (60–65% померлих); перше міс-



це — серед причин інвалідності (на їх частку припадає 20–22% інвалідів, а серед первинної інвалідності — 32,9%), а також перше місце в загальній захворюваності населення (517,8‰), 2–3 місце в первинній захворюваності (52,4‰).

Серцево-судинні захворювання зумовлюють часті госпіталізації населення, їх частка становить близько 12%, такі хворі потребують тривалого та інтенсивного лікування. Вони часто призводять до тимчасової втрати працездатності населення, особливо у чоловіків працездатного віку, також відзначається «омолодження» контингенту хворих, відзначається навіть зростання захворюваності у дітей.

Структура мережі медичної допомоги хворим із серцево-судинними захворюваннями є такою: 1). *Позалікарняну* (амбулаторно-поліклінічну) допомогу надають: кардіологічні кабінети; кардіологічні диспансери; спеціалізовані бригади екстреної медичної допомоги. 2). *Лікарняну* (стаціонарну) допомогу надають: спеціалізовані відділення інтенсивної терапії та реанімації кардіологічного профілю; обласні, міські кардіологічні центри; відділення інтервенційної кардіології і реперфузійної терапії; спеціалізовані відділення аритмій серця з електрофізіологічною лабораторією. 3). *Санаторно-курортну і реабілітаційну допомогу надають*: санаторно-курортні кардіологічні заклади; відділення реабілітації кардіологічних хворих.

Вузькоспеціалізовану медичну допомогу хворим з серцево-судинними захворюваннями надають в провідних наукових центрах: Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України; Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М.М. Амосова НАМН України.

Важливою ланкою надання спеціалізованої допомоги кардіологічним хворим є *кардіологічні кабінети закладів*.

Кардіологічний кабінет діє у складі поліклінічного відділення закладу охорони здоров'я державної або комунальної форми власності. Кабінет надає спеціалізовану діагностично-лікувальну допомогу хворим із серцево-судинними захворюваннями на поліклінічному етапі.

Штатний розпис кабінету затверджується у встановленому законодавством порядку. Оснащення кабінету медичним обладнанням та інвентарем, засобами зв'язку, комп'ютерною технікою здійснюється відповідно до таблиця матеріально-технічного обладнання.

Графік роботи кабінету затверджується керівником закладу охорони здоров'я, на базі якого діє кардіокабінет.



До штату кардіологічного кабінету, як правило, входять лікар-кардіолог, що пройшов підготовку з функціональної діагностики та електрокардіографії, і медсестра, яка володіє методикою реєстрації ЕКГ.

До завдань та функціональних обов'язків кардіологічного кабінету відносяться проведення консультування хворих з невстановленим або сумнівним діагнозом; хворих після виписки зі стаціонару з інфарктом міокарда та з іншими гострими формами ішемічної хвороби серця (далі — ІХС), порушеннями ритму серця, серцевої недостатності, ускладненого гіпертензивного кризу; хворих, резистентних до лікування, призначеного на попередніх етапах надання допомоги; хворих, тимчасова непрацездатність яких у зв'язку із серцево-судинними захворюваннями перебільшує 2–3 тижні і які потребують проведення експертизи працездатності; для вирішення питання про госпіталізацію до стаціонару; хворих, резистентних до лікування або яким під час консультації діагноз встановити не вдалося, яких лікар-кардіолог за узгодженням із лікарем загальної практики — сімейним лікарем залишає під своїм тимчасовим диспансерним наглядом; за призначенням заступника головного лікаря з медичних питань закладу охорони здоров'я проведення консультативних оглядів (прийомів) робітників і службовців промислових підприємств зі шкідливими для здоров'я умовами праці.

Відповідно до покладених завдань кардіологічний кабінет здійснює: координацію діяльності підрозділів поліклініки (долікарського кабінету), відділення профілактики, терапевтичних кабінетів, відділення (кабінету) функціональної діагностики та відділення статистики з виявлення і якісного обліку хворих із серцево-судинними захворюваннями та осіб високого та дуже високого ризику розвитку серцево-судинних захворювань; аналіз динаміки поширеності артеріальної гіпертензії (далі — АГ) та ІХС на території обслуговування поліклініки за результатами профілактичних медичних оглядів, відвідувань населення поліклініки та медичних санчастин; аналіз тимчасової непрацездатності хворих на АГ та ІХС; підготовку і підвищення кваліфікації лікарів-терапевтів, фельдшерів і медичних сестер; впровадження в практику поліклініки досягнень кардіології (нових методів діагностики, лікування і профілактики АГ і ІХС) та аналіз їх ефективності.

Кардіологічний кабінет має право: самостійно вносити на розгляд керівнику поліклінічного відділення пропозиції щодо удосконалення організації медичної допомоги кардіологічним хворим на первинному, вторинному рівнях у межах його компетенції; користуватися відповід-



ними матеріально-технічними засобами, необхідними для виконання завдань.

Кардіологічний кабінет забезпечує: дотримання встановленого порядку обліку матеріально-технічних засобів та ведення і надання встановленої звітності; ведення медичної документації; надання оперативної інформації за запитом керівництва; здійснення координації взаємодії відділення з іншими структурними підрозділами закладу охорони здоров'я; цільове та дбайливе використання закріпленого за відділенням майна; створення належних виробничих умов, додержання працівниками правил внутрішнього трудового розпорядку, охорони праці та протипожежної безпеки.

Кабінет взаємодіє із закладами охорони здоров'я системи кардіологічної, кардіохірургічної допомоги, громадськими організаціями для вирішення питань охорони здоров'я населення.

У Кабінеті проводиться експертна оцінка документації шляхом контролю з боку керівника поліклінічного відділення, у віданні якого перебуває Кабінет, у порядку самоконтролю та взаємоконтролю.

На стаціонарне лікування хворих з серцево-судинними захворюваннями направляють завідувачі терапевтичних відділень спільно з лікарем-кардіологом кардіокабінета.

Особливої уваги потребують хворі з гострим інфарктом міокарда, для надання їм допомоги організують палати інтенсивної терапії та реанімації. Практика показує, що на госпітальному етапі організація спеціалізованої або вузькоспеціалізованої медичної допомоги дозволяє отримати найкращі результати в лікуванні, особливо для хворих з гострим інфарктом міокарда, який дає високі показники летальності.

На сьогодні в Україні створена *поетапна система надання медичної допомоги* хворим із серцево-судинними захворюваннями:

1-ий етап — *дошпитальний* — на цьому етапі допомогу надають спеціалізовані кардіологічні бригади екстреної медичної допомоги, лікарі невідкладної допомоги, сімейні лікарі;

2-ий етап — *госпітальний (стаціонарний)* — допомога надається в спеціалізованих кардіологічних відділеннях стаціонарів;

3-етап — *відновлювальний* — здійснюється у відділеннях відновного лікування, які розгорнуті в низці лікарень і в кардіологічних санаторіях.

Організація роботи пульмонологічного кабінету. У структурі загальної захворюваності населення перше місце посідають хвороби органів дихання, а серед них ті, які мають хронічний перебіг, значно впливають на стан здоров'я населення, знижують працездатність, збільшують навантаження



на лікувально-профілактичні установи, зумовлюють потребу в удосконаленні медичної допомоги хворим пульмонологічного профілю.

До установ, що надають спеціалізовану пульмонологічну допомогу, відносяться: пульмонологічні центри; пульмонологічні відділення обласних і міських лікарень; пульмонологічні кабінети поліклінік.

Пульмонологічний кабінет міської поліклініки надає спеціалізовану лікувально-діагностичну допомогу при неспецифічних захворюваннях легень (НЗЛ).

До неспецифічних захворювань легень відносяться: гострі та хронічні бронхіальні пневмонії; бронхіальна астма; бронхоектатична хвороба; плеврити та ін.

В пульмонологічному кабінеті працює лікар-пульмонолог і медична сестра.

До функціональних обов'язків пульмонологічного кабінету включають: надання консультативної допомоги лікарям з профілактики, виявлення та лікування пульмонологічних хворих; надання на амбулаторно-поліклінічному етапі спеціалізованої лікувально-діагностичної допомоги хворим працездатного віку (при хронічному бронхіті, пневмонії, бронхіальній астмі інфекційно-алергічної генези, бронхоектатичної хвороби); направлення хворих на госпіталізацію в пульмонологічне відділення: при проведенні спеціальних досліджень з метою диференціальної діагностики бронхолегеневих захворювань; при тяжкому перебігу пневмонії з легеневою недостатністю у фазі загострення; при ексудативному плевриті неспецифічної етіології та інших захворюваннях; направлення хворих до пульмонологічних центрів, НДІ, санаторно-курортних установ; організація і проведення організаційно-методичних заходів.

Організація роботи травматологічного кабінету (травматологічно-го пункту). Ортопедо-травматологічний кабінет є структурним підрозділом лікувально-профілактичного закладу, призначений для амбулаторного прийому, лікування та доліковування виписаних із стаціонару хворих, обліку хворих з різноманітними ускладненнями після консервативного і оперативного лікування, хронічними захворюваннями, які потребують передчасного відновлення здоров'я, а також інвалідів після травм та набутих і природжених захворювань органів руху і опори.

Ортопедо-травматологічний кабінет організується на базі амбулаторно-поліклінічного відділення обласних, міських та центральних районних лікарень із розрахунку, для дорослих і підлітків — 1 кабінет на 30 000 насе-



лення, для дітей — на 15 000 населення. При однозмінній роботі поліклініки кількість кабінетів подвоюється.

Число штатних одиниць медичного персоналу визначає директор комунального некомерційного підприємства з урахуванням обсягу виконаної роботи, кількості та складності категорії хворих. Як приклад, пропонуються такі штатні посади ортопедо-травматологічного кабінету: лікар ортопед-травматолог — 2; медична сестра-реєстратор — 2; гіпсовий технік-ортезист — 1; медична сестра перев'язочної — 1; санітарка-прибиральниця — 0,5, при двозмінній роботі кабінету штатні одиниці подвоюються.

Ортопедо-травматологічний кабінет у своєму складі повинен мати не менше 3-х кімнат: реєстрації та огляду хворого; гіпсувально-ортезну; перев'язочну.

На працівників ортопедо-травматологічного кабінету поширюється дія відповідно всіх положень та наказів, що передбачені для медичного і обслуговуючого персоналу амбулаторно-поліклінічного відділення, а також даного положення.

На посаді лікаря-ортопеда-травматолога ортопедо-травматологічного кабінету призначається кваліфікований фахівець, який пройшов спеціальну підготовку.

Лікар ортопедо-травматологічного кабінету в організаційній роботі безпосередньо підпорядковується завідувачому поліклініки, в лікувальній методичній справі — головному міському, районному спеціалісту.

Лікар-ортопед-травматолог ортопедо-травматологічного кабінету у своїй роботі керується положенням про кабінет, поліклініку, іншими офіційними документами, даним положенням та посадовою інструкцією.

Відповідно до завдань ортопедо-травматологічного кабінету лікар кабінету забезпечує і несе безпосередньо відповідальність за: якість прийому хворих в амбулаторних умовах; відбір хворих для стаціонарного лікування; якість проведеного лікування в амбулаторних умовах та долікування виписаних із стаціонару хворих; моніторинг та оздоровлення хворих на хронічні захворювання, вроджені вади, різноманітні ускладнення після важких травм та інших інвалідів опорно-рухового апарату, що знаходяться на наглядом; проведення дій з підвищення кваліфікації середнього медичного персоналу кабінету; впровадження нових, передових методів лікування ортопедо-травматологічних хворих в амбулаторних умовах.

Лікар-ортопед-травматолог зобов'язаний: вести амбулаторний прийом хворих; стежити за виконанням призначень середніми медичними працівниками; проводити роз'яснювальну роботу з хворими, їх родичами



з питань режиму праці, відпочинку та побуту хворих, враховуючи їх захворювання; до складних хворих, залучати найкваліфікованіших спеціалістів та направляти їх на консультації у лікувальні заклади 2 та 3 рівнів надання медичної допомоги; проводити експертизу тимчасової непрацездатності серед хворих ортопедо-травматологічного профілю та вносити певні пропозиції керівництву лікувального закладу; якісно і своєчасно вести медичну документацію, затверджені облікові та звітні форми і складати звіт про свою діяльність.

Лікар ортопедо-травматологічного кабінету надає кваліфіковану допомогу хворим, які не потребують стаціонарного лікування: закриті переломи грудної клітки, плечового поясу, верхніх кінцівок; закриті переломи нижніх кінцівок; наслідки неускладнених вивихів; неускладнені поранення м'яких тканин тулуба і кінцівок; закриті пошкодження сухожилок, сумково-зв'язкового апарату, забої м'яких тканин тулуба, сегментів кінцівок, суглобів; неускладнені артрози та артрити; остеохондроз, спондилоартроз та інші больові прояви, зв'язані з патологічними змінами в хребті і суглобах; ортопедичні захворювання і деформації органів руху та опори, які не потребують стаціонарного лікування.

Лікар ортопедо-травматологічного кабінету встановлює показання та відбирає хворих та забезпечує моніторинг за хворими (один раз на 2–3 місяці).

Моніторингу підлягають хворі з: наслідками травм (повільне зрощення кісток); запальними захворюваннями кісток і суглобів (гематогенний, післятравматичний остеомієліт, гнійний артрит); дегенеративно-дистрофічними ураженнями суглобів і хребта з явними больовими синдромами і порушеннями функції; фіброзною остеодинтрофією; природженими системними і локальними порушеннями розвитку кістково-суглобного апарату; наслідками поліомієліту і спастичного паралічу, які потребують оперативного лікування.

Організація роботи онкологічного кабінету. Проблемою номер два громадського здоров'я є онкологічні захворювання. Ці захворювання посідають друге місце серед причин смерті людини, що і визначає їх медико-соціальне значення.

Злоякісні новоутворення є другою причиною інвалідності (в структурі становить 19,0–20,0%). Їх наслідки вкрай негативно впливають як на суспільство в цілому, так і на сім'ю хворого і самого пацієнта.

Для суспільства це економічні витрати, як прямі, так і опосередковані. Прямі економічні витрати складають всього 20,0% від загальних витрат —



це витрати на моніторинг стану здоров'я пацієнтів, обстеження, лікування і реабілітацію хворих; підготовку фахівців-онкологів; розгортання мережі онкологічних установ; медичне оснащення; соціальне забезпечення; витрати, спрямовані на попередження інвалідизації, зниження смертності.

Опосередкований збиток становить до 80,0% всіх витрат суспільства — це очікувані втрати, зумовлені передчасною смертністю населення в непрацездатному віці (максимальними є втрати суспільством дітей від злоякісних захворювань), оплатою лікарняних листків з тимчасової непрацездатності; вмістом інвалідів.

Для сім'ї — це зниження доходу; розпад сім'ї; сирітство; вдівство. Для хворого — це зниження соціального статусу; зниження громадської активності; зниження міжособистісних контактів; зниження якості життя; фізичні і психічні страждання і т.ін.

Окрім того, під впливом злоякісних захворювань змінюються демографічні показники (збільшується демографічне навантаження, скорочується середня тривалість життя населення, збільшується смертність населення тощо).

Значущим підрозділом для надання онкологічної допомоги хворим в амбулаторному рівні є онкологічний кабінет. В онкологічному кабінеті працює лікар-онколог і медична сестра.

Онкологічний кабінет, який є первинною ланкою онкологічної служби України, організовується в складі комунального некомерційного підприємства (поліклінічних відділень) міських або центральних районних лікарень. Онкологічний кабінет повинен мати в своєму складі приміщення для прийому хворих, здійснення лікувальних процедур і зберігання медичної документації.

Адміністративно онкологічний кабінет підпорядкований директору комунального некомерційного підприємства на базі якого він розташований, а методично — такий кабінет підпорядкований обласному онкологічному диспансеру.

Кабінет очолюють лікарі, які мають спеціальну підготовку з онкології і виконують функції районних онкологів.

Основним завданням онкологічних кабінетів є: організація протиракових заходів в районі; проведення прийому хворих на злоякісні новоутворення, організація їх госпіталізації для спеціального онкологічного лікування (радикальна операція, променева терапія, хіміотерапія, гормонотерапія, імунотерапія) в обласних онкологічних диспансерах, в онкологічних відділеннях обласних або міських лікарень і симптоматичного лікування в хоспі-



сах — онкологічних лікарнях для хворих на злоякісні новоутвореннями в IV стадії злоякісного процесу, або спостереження у районного онколога за місцем проживання; надання хворим на злоякісні новоутворення окремих видів спеціального лікування (гормонотерапії та хіміотерапії) за призначенням лікувально-профілактичних закладів онкологічного профілю; організація обліку онкологічних хворих і своєчасне подання необхідної інформації про даний контингент до обласного канцер-реєстру при обласних онкологічних диспансерах; забезпечення моніторингу за онкологічними хворими; організація розгляду запущених форм злоякісних новоутворень; санітарно-просвітня робота серед населення.

Велику роль в організації онкологічної допомоги населенню України відводять районним онкологам, котрі здійснюють збір й аналіз даних про онкологічні захворювання з метою ефективного управління роботою системи охорони здоров'я в цій сфері. Основними завданнями при цьому є: систематичний аналіз даних онкологічної статистики про поширеність злоякісних пухлин серед населення, в тому числі аналіз статево-вікової структури хворих на злоякісні новоутворення; вивчення медико-географічних особливостей захворюваності та смертності від злоякісних пухлин, оцінка ефективності протиракових заходів.

Найбільш об'єктивні і достовірні дані про поширеність онкологічних захворювань можна отримати в базі даних обласних канцер-реєстрів, що функціонують у всіх областях України та розташованих в обласних онкологічних диспансерах. Крім цього, в Національному інституті раку МОЗ України знаходиться Національний канцер-реєстру України. Таким чином, показники поширеності та летальності в Україні з урахуванням локалізації та виду пухлин можна проаналізувати на підставі даних Національного канцер-реєстру України.

Ефективність профілактичних оглядів, якість діагностики, особливості та ефективність спеціального лікування оцінюються за даними виживання.

Для забезпечення повноти обліку, хворих на злоякісні новоутворення медичні працівники використовують первинні обліково-звітні документи, до них відносяться: «Повідомлення про хворого з вперше в житті встановленим діагнозом раку або іншого злоякісного новоутворення» (форма №090/о), «Виписка з медичної карти стаціонарного хворого на злоякісні новоутворення» (форма №27-1/о), «Реєстраційна карта хворого на злоякісне новоутворення» (форма №030-6/о), які дозволяють поповнювати базу даних територіальних канцер-реєстрів і, відповідно, Національний канцер-реєстр.



Організація надання психіатричної допомоги. За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), психічне здоров'я — це стан благополуччя, за якого кожна людина може реалізувати свій власний потенціал, впоратися із життєвими стресами, продуктивно та плідно працювати, а також робити внесок у життя своєї спільноти.

Психічне здоров'я та психічне благополуччя є найважливішими складовими високого рівня якості життя, що дають змогу людям вважати своє життя повноцінним та значущим, бути активними і творчими членами суспільства.

Високий рівень психічного здоров'я населення є важливим чинником соціальної рівності, продуктивності праці, суспільного спокою, що сприяє зростанню благополуччя та економічного розвитку суспільства.

Сьогодні в Україні діє презумпція психічного здоров'я, тобто, кожна особа вважається такою, яка не має психічного розладу, доки наявність такого розладу не буде встановлена на підставах та в порядку, передбачених законами України. Це означає, що звернення за психіатричною допомогою має відбуватися за усвідомленою згодою пацієнта, або примусово, за наявності дій, що можуть загрожувати суспільству.

Близько 20% дітей та підлітків у світі мають психічні розлади або проблеми. Близько половини психічних розладів починаються у віці до 14 років. Подібні типи розладів зустрічаються в різних культурах. Нервово-психічні порушення є одними з провідних причин інвалідності молодих людей у цілому світі. Встановлено, що регіони світу з найвищим відсотком населення віком до 19 років мають найбідніший рівень ресурсів щодо охорони психічного здоров'я. Більшість країн з низьким і середнім рівнем доходів мають тільки одного дитячого психіатра на кожні 1–4 мільйони осіб. До того ж, психічні захворювання та розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, стають провідними причинами інвалідності в цілому світі (близько 23%), і дана цифра має тенденцію до зростання.

Згідно статистики, в Україні 1,2 млн мешканців (це більше 3% всього населення) страждає на психічні розлади, і цей показник з кожним роком зростає. Україна посідає перше місце за кількістю психічних розладів у Європі — майже 2 мільйони українців щороку стають пацієнтами психіатричних лікарень. За оцінками фахівців, від різноманітних нервових розладів страждає кожен третій українець. Найважливіше, що втрачає людина через нервово-психічні розлади — це працездатність. Інвалідизація від психічних захворювань вийшла на друге місце серед інших захворювань. Показники інвалідності внаслідок психічних розладів



та показники смертності від навмисного самоушкодження віддзеркалюють недостатню ефективність реабілітаційних заходів у сфері охорони психічного здоров'я.

Основні принципи організації психіатричної допомоги в Україні — це законність, гуманність, дотримання прав людини та громадянина, добровільність, доступність, мінімальність соціально-правових обмежень. Держава гарантує психічно хворим безкоштовне надання медичної допомоги, безкоштовне проведення всіх видів експертизи (трудової, військової, судової), соціальне забезпечення у випадку повної або часткової втрати працездатності.

Основними причинами порушень психічного здоров'я є інформаційні перевантаження, політичні й економічні катаклізми в країні, а провісниками захворювань є стреси. Сучасне життя сприяє стресам, і якщо людина починає з ними миритись, це загрожує депресією. У багатьох країнах регулярно повідомляється про порушення прав людей з психічними розладами та психосоціальною неповносправністю. До них відносять фізичне обмеження, ізоляцію та відхилення базових потреб та особистого життя. Небагато країн світу мають правову систему, яка адекватно захищає права людей з психічними розладами.

Психіатрична допомога надається закладами з надання психіатричної допомоги всіх форм власності, а також лікарями-психіатрами за наявності ліцензії, отриманої відповідно до законодавства. Психіатрична допомога особам віком до 18 років у закладах з надання психіатричної допомоги надається окремо від повнолітніх осіб. Медичні працівники, інші фахівці для допуску до роботи з особами, які страждають на психічні розлади, повинні пройти спеціальну підготовку та підтвердити свою кваліфікацію в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України.

Сучасна українська система охорони психічного здоров'я в цілому успадкувала організаційну структуру, а також стратегії та практики радянської системи — з усіма її перевагами та недоліками. Ця система не зазнала істотних структурних змін після набуття Україною незалежності. Вона залишається переважно сфокусованою на біомедичних підходах, які реалізуються в основному в стаціонарних відділеннях психіатричних та наркологічних закладів охорони здоров'я. Зазначене зумовлює високий рівень інституціоналізації і відповідно — сегрегації та стигматизації осіб, що мають психічні розлади. До осіб з психічними та інтелектуальними порушеннями, які перебувають у конфлікті із законом, переважно застосовується система покарання, а не реабілітації та ресоціалізації.



Недостатня увага приділяється профілактиці, психосоціальним методам, організації охорони психічного здоров'я на рівні первинної медичної допомоги, наданні психотерапевтичної допомоги, реабілітаційним заходам, а також службам охорони психічного здоров'я, які функціонують у територіальних громадах, недостатньо розвинуті амбулаторне раннє втручання на рівні територіальних громад та практика домашнього супроводу.

Фахівці в галузі психічного здоров'я виділяють причини розвинення психіатричної допомоги на рівні первинної ланки. *Психічне та фізичне здоров'я взаємопов'язані.* Пацієнти, які страждають на психічні розлади, часто не можуть дбати про своє здоров'я настільки ефективно, як люди, які не мають проблем у психічній сфері. Багато людей також страждає від фізичних та психічних проблем зі здоров'ям одночасно. Інтегрована первинна медична допомога забезпечує отримання лікування у цілісний спосіб: людям з соматичними (фізичними) проблемами надається допомога при психічних розладах і здійснюється нагляд за фізичним здоров'ям людей, які страждають на психічні розлади.

Допомога людям із психічними розладами надається не в повному обсязі. В усіх країнах поширеність психічних розладів серед населення є набагато вищою у порівнянні з фактичною кількістю людей, які отримують лікування та догляд. Медична допомога спеціальних служб та послуг для надання допомоги людям із психічними розладами на первинній ланці суттєво підвищує ефективність лікування та догляду.

Допомога у сфері психічного здоров'я на первинній ланці покращує доступ населення до спеціалістів та фахових послуг. Коли психічне здоров'я інтегроване в систему первинної медичної допомоги, люди можуть отримати доступ до послуг з охорони психічного здоров'я ближче до місця свого проживання. При цьому сім'я та близьке оточення пацієнта активно залучаються до лікувального процесу, підтримують його у повсякденній діяльності, що є гарною передумовою одужання. Надання послуг у сфері психічного здоров'я на рівні первинної медичної допомоги сприяє тому, що населення усвідомлює важливість цієї проблеми, знання про психічне здоров'я поширюються, а лікарі можуть здійснювати тривале спостереження за людьми, які хворіють, та скеровувати їх до відповідних служб у разі потреби.

Первинна медична допомога у галузі психічного здоров'я сприяє дотриманню прав людини. Послуги, які надаються людям із психічними розладами на рівні первинної медичної допомоги, мінімізують стигму та дискримінацію у суспільстві. Вони також зменшують ризик порушення



прав людини, що може спостерігатися у психіатричних інституціях та інтернатах.

Первинна медична допомога у галузі психічного здоров'я є фінансово доступнішою та економічно ефективнішою. Послуги, які надаються особам із психічними розладами на рівні первинної ланки медичної допомоги є економічно доступнішими, ніж лікування у психіатричному стаціонарі. Суттєво менше коштів витрачається на лікування з бюджету. Пацієнти та члени їхніх сімей не витрачають додаткові кошти на пошук фахівців та транспорт. Таким чином, лікування поширених психічних розладів є економічно ефективнішим, а інвестиції з боку держави можуть бути використані більш раціонально.

Первинна медична допомога у сфері психічного здоров'я сприяє кращим результатам лікування. Більшість людей, які страждають на психічні розлади та отримують допомогу на первинній ланці системи охорони здоров'я, мають добрі результати лікування за умови налагодженої мережі послуг на вторинному рівні надання медичної допомоги та у громаді.

Соціальне та економічне навантаження, пов'язане з психічними розладами. Психічні розлади поширені в усіх суспільствах. Людина, яка страждає на психічне захворювання, потребує тривалого лікування та реабілітації. Близьке оточення пацієнта (батьки, родичі) також залучені до лікувального та реабілітаційного процесу. Це потребує значного соціального та матеріального ресурсу, що позначається на економіці суспільства в цілому.

Підвищення ефективності адміністрування, міжвідомчої координації та міжсекторальної співпраці у сфері охорони психічного здоров'я планується забезпечити шляхом розробки та запровадження універсального алгоритму перенаправлення осіб, які потребують соціальної, психологічної або психіатричної допомоги, із включенням до цього алгоритму всіх зацікавлених сторін — центральних та місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, закладів охорони здоров'я різних форм власності, установ соціального захисту населення, громадських та благодійних організацій та чітким розподілом їх функцій. Забезпечити ефективну комунікацію фахівців та управлінців, залучених до надання послуг з охорони психічного здоров'я, передбачається шляхом створення єдиної електронної системи інформаційного забезпечення та адміністрування послуг у сфері охорони психічного здоров'я, інтегрованої з іншими системами адміністрування потреб населення.



Організація роботи кабінету інфекційних захворювань. Кабінет інфекційних захворювань поліклініки має такі приміщення: кабінет лікаря; кабінет медичної сестри; процедурна; маніпуляційна; приміщення для зберігання медичного обладнання та інструментарію; приміщення для зберігання інвентарю для прибирання приміщень; туалет для хворих.

Кабінет інфекційних захворювань повинен мати окремих вхід і вихід та не може суміщатись з іншими службами, кабінетами комунального некомерційного підприємства.

На посаду лікаря кабінету інфекційних захворювань призначається лікар-інфекціоніст.

У своїй роботі лікар кабінету інфекційних захворювань керується Положенням кабінету інфекційних захворювань, діючими наказами та інструкціями, які регламентують діяльність інфекційної служби.

Лікар кабінету інфекційних захворювань підпорядковується директору або заступнику директора з поліклінічного розділу роботи комунального некомерційного підприємства.

Основними завданнями діяльності кабінету інфекційних захворювань є: проведення лікувально-діагностичної та консультативної допомоги інфекційним хворим, у тому числі ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД; організація моніторингу за особами, що перехворіли на інфекційні хвороби, також ВІЛ-інфікованими і хворими на СНІД; вивчення та аналіз динаміки інфекційної захворюваності, розробка заходів щодо її зниження; підвищення рівня діагностики та якості лікування інфекційних хворих; організаційно-методична та робота з профілактики, діагностики, лікування інфекційних хвороб, організація навчання лікарів та середнього медичного персоналу з питань інфекційних захворювань, у тому числі СНІДу; організація та проведення санітарно-освітньої роботи.

Відповідно до вищезазначених завдань лікар кабінету інфекційних захворювань зобов'язаний: забезпечити своєчасну якісну діагностику та госпіталізацію інфекційних хворих, а також медичну допомогу в амбулаторних умовах; надавати консультативну допомогу інфекційним хворим в поліклініках, соматичних стаціонарах, вдома; здійснювати контроль за лікуванням дітей з інфекційними хворобами в домашніх умовах, яким за епідеміологічними показаннями госпіталізація не є обов'язковою, долікування реконвалесцентів після виписки зі стаціонару; організовувати своєчасне обстеження у вогнищах інфекційних захворювань;



здійснювати контроль за своєчасним виявленням інфекційних захворювань лікарями-педіатрами та лікарями інших спеціальностей і проведенням профілактичних та протиепідемічних заходів; забезпечувати динамічне спостереження за інфекційними хворими, в тому числі на СНІД та ВІЛ-інфікованими, реконвалесцентами інфекційних захворювань в установленому порядку; використовувати в процесі динамічного спостереження, для оцінки повноти одужання, сучасні методи інструментального, лабораторного та апаратного обстеження; проводити експертну оцінку ефективності динамічного спостереження; здійснювати облік хворих на інфекційні захворювання, бактеріоносіїв, паразитозів за даними екстрених повідомлень; проводити аналіз динаміки інфекційної захворюваності та ефективності лікувально-діагностичної роботи поліклініки, експертизу тимчасової втрати працездатності; брати участь в аналізі, плануванні та організації профілактичних щеплень дитячого населення; брати участь у складанні комплексного плану з профілактики інфекційних захворювань, протиепідемічних заходів щодо санітарної охорони території від занесення та розповсюдження особливо небезпечних інфекцій; здійснювати контроль за роботою медичного персоналу навчальних закладів з метою раннього виявлення та профілактики інфекційних захворювань; брати участь у розслідуванні та ліквідації вогнищ інфекційних захворювань; організувати навчання та прийом заліків у медичного персоналу лікувально-профілактичного закладу з питань профілактики, діагностики та лікування інфекційних захворювань; брати участь в організації та проведенні санітарно-просвітницької роботи серед населення; якісно та своєчасно вести медичну документацію згідно з діючими наказами та розпорядженнями.

Лікар інфекціоніст систематично підвищує свою кваліфікацію за всіма видами післядипломного навчання, а також шляхом участі в науково-практичних конференціях, семінарах.

При плануванні роботи лікаря кабінету інфекційних захворювань у графіках роботи кабінету враховуються години для прийому реконвалесцентів і хворих, які знаходяться на диспансерному обліку та проведення консультативної роботи в поліклініці, стаціонарі, вдома, роботи у вогнищах, організаційно-методичної, санітарно-освітньої роботи, підготовки і проведення навчання персоналу.



8.3. Особливості організації надання амбулаторної спеціалізованої допомоги в сільській місцевості

Зміна поглядів й економічних умов при переході на ринкові умови (відносини) господарювання зумовила необхідність перерозподілу лікувально-профілактичної допомоги між закладами. Спеціалізовану медичну допомогу в сільській місцевості надають на рівні району в районних лікарнях з консультативно-діагностичними центрами або поліклініками.

Для наближення спеціалізованої медичної допомоги до населення ЦРЛ можуть розміщувати свої відділення або кабінети на базі колишніх дільничних лікарень або орендувати приміщення в амбулаторіях загальної практики (сімейної медицини).

Організацію лікувально-профілактичної допомоги сільському населенню умовно можна поділити на 4 етапи:

перший етап — амбулаторія загальної практики (сімейної медицини), що забезпечує надання лікарської, кваліфікованої первинної медико-санітарної допомоги, фельдшерсько-акушерський пункт (ФАП), фельдшерський пункт (ФП), медичні пункти тимчасового базування;

другий етап — районні медичні заклади, що забезпечують первинну і вторинну медико-санітарну допомогу (ВМСД). Первинну медико-санітарну допомогу надають центри первинної медико-санітарної допомоги населенню, вторинну — центральні районні лікарні, консультативно-діагностичні центри або поліклініки;

третій етап — обласні лікувально-профілактичні установи (обласні клінічні лікарні, диспансери), які забезпечують спеціалізовану медичну допомогу;

четвертий етап — міжобласні, республіканські медичні установи, клініки НДІ, які з часом будуть реорганізовані в надкластерні лікарні забезпечують так само спеціалізовану медичну допомогу.

Комунальне некомерційне підприємство «Центральна районна лікарня» є центром організаційно-методичної роботи з організації спеціалізованої лікувально-профілактичної роботи з населенням району. Ці установи є *другим етапом* надання медичної допомоги у сільській місцевості.

Ефективність надання лікувально-профілактичної допомоги залежить від створення спеціалізованих медичних закладів. Нині в сільських районах такими є центральні районні лікарні, частина яких в подальшому буде реорганізована в кластерні лікарні госпітального округу. В центральній



районній лікарні на сьогодні працюють лікарі 18–20 спеціальностей, які і забезпечують спільно з консультативно-діагностичними центрами або поліклініками надання спеціалізованої лікувально-профілактичної медичної допомоги.

Завданнями центральної районної лікарні є: надання спеціалізованої медико-санітарної допомоги населенню району (амбулаторної та стаціонарної); забезпечення невідкладної та швидкої медичної допомоги населенню району; впровадження в практику роботи лікувально-профілактичних закладів району сучасних методів і засобів профілактики, діагностики та лікування хворих; організація консультативно-діагностичної допомоги населенню району; організаційно-методичне керівництво роботою консультативно-діагностичним центром (поліклінікою), відділеннями і кабінетами, як і надають вторинну лікувально-профілактичну допомогу населенню та контроль за їх діяльністю; розробка та впровадження методів, спрямованих на підвищення якості медичного обслуговування; розробка, організація та впровадження заходів з підвищення кваліфікації медичних працівників, раціонального їх використання, ефективного використання матеріально-технічної бази.

Важливе місце в забезпеченні громадського здоров'я має організаційно-методична робота ЦРЛ, котра включає наступні заходи: аналіз стану здоров'я населення району; аналіз діяльності роботи районної лікарні; вивчення і поширення передового досвіду роботи; планування й організація підвищення кваліфікації лікарів і середнього медичного персоналу; планування та організація виїздів фахівців ЦРЛ в сільські лікарні для консультативної допомоги населенню району і лікарям; розробка заходів щодо поліпшення якості медичного забезпечення населення.

Третій етап надання допомоги сільському населенню. На третьому етапі в наданні медичної допомоги населенню задіяні КНП обласного центру або підпорядкованих йому.

На 3-му етапі сільському населенню надається спеціалізована лікувально-профілактична допомога в обласних клінічних лікарнях, диспансерах, спеціалізованих лікарнях (онкологічна, швидкої та невідкладної допомоги та ін.). Але основним закладом з надання спеціалізованої лікувально-профілактичної допомоги є КУОЗ «Обласна клінічна лікарня — Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф».

Її завданнями є:

- забезпечення населення області в повному обсязі високоспеціалізованою стаціонарною та поліклінічною допомогою;



- організація і надання екстреної та консультативної медичної допомоги на території області;
- впровадження в практику роботи лікарні сучасних методів та способів діагностики, лікування, досвіду роботи кращих КНП;
- підвищення кваліфікації лікарів та середнього медичного персоналу КНП області;
- організація, керівництво і контроль за статистичним обліком і звітністю, складання загальних звітів, аналіз показників діяльності КНП області;
- розробка заходів, спрямованих на підвищення якості медичного забезпечення та поліпшення здоров'я населення.

При обласних лікарнях працюють пансіонати для хворих, які приїжджають на консультацію або обстеження, гуртожиток для медичних працівників.

Працівники центру контролюють якість статистичного обліку та звітності, приймають звіти та на підставі їх даних складають зведені звіти по області, проводять їх аналіз і складають звіт про мережу та діяльність КНП. Також працівники центру вивчають стан здоров'я населення, готують матеріали для публікації у пресі.

Для забезпечення амбулаторної третинної медичної допомоги в структурі ОКЛ є консультативна поліклініка.

Вона має виконувати наступні завдання:

- надавати висококваліфіковану медичну допомогу хворим за направленнями КНП області; вирішувати питання подальшого лікування з визначенням медичної тактики і місця лікування; залучати для консультації висококваліфікованих фахівців як практичної охорони здоров'я, закладів вищої освіти, або науково-дослідних інститутів;
- відправляти до КНП, які направили на консультацію хворих, висновки про встановлений діагноз, призначене лікування, рекомендації; розробляти для лікарень пропозиції (інструкції) про порядок та показання для направлення на консультацію; організовувати та проводити виїзні консультації лікарів; систематичний аналіз випадків розбіжності діагнозів КНП, що направило пацієнта і консультативною поліклінікою; аналіз помилок, допущених лікарями КНП при обстеженні і лікуванні хворих, напередодні направлення їх на консультацію до поліклініки; складання оглядів та інформаційних листів про стан здоров'я і рівень лікувально-профілактичної роботи в районі та КНП області.

В організаційно-методичній роботі ОКЛ беруть участь головні фахівці області: хірург, терапевт, акушер-гінеколог, педіатр, провідні фахівці



ОКЛ, як правило, це завідувачі відділеннями різних профілів лікувально-профілактичного процесу: провідний хірург, терапевт, офтальмолог та ін.

Особливого значення в організаційно-методичній роботі набуває *планування виїздів лікарів-фахівців до сільської місцевості*, де проводиться робота за певними напрямками: консультація хворих із залученням лікарів; проведення операцій спільно з фахівцями КНП; проведення науково-профілактичних та патологоанатомічних конференцій; здійснення перевірки організації лікувально-профілактичної допомоги, виконання рекомендацій попередніх виїздів та ін.

За результатами виїздів фахівців проводиться аналіз про стан медичної допомоги відповідного профілю із зазначенням рекомендацій щодо поліпшення лікувально-профілактичної роботи в районі.

Четвертий етап надання допомоги сільському населенню. За необхідності, населення сільських районів може бути направлене для забезпечення лікувально-профілактичною допомогою на 4 етап медичної допомоги, до міжобласних або державних центрів, республіканських лікарень, клінік науково-дослідних інститутів Академії медичних наук, клінік закладів вищої освіти (університетських клінік) та ін. В цих установах надається високоспеціалізована медична допомога, яку не можуть надати інші медичні установи.

Основними напрямками подальшого поліпшення лікувально-профілактичної допомоги сільському населенню є: покращення зв'язку між етапами надання лікувально-профілактичної допомоги; покращення якості надання екстреної та невідкладної медичної допомоги; проведення комплексу заходів щодо поліпшення роботи всіх медичних установ сільських районів, перш за все забезпечення їх ефективними лікарськими засобами, поліпшення матеріально-технічної бази; формування установ щодо соціального захисту людей похилого віку та організації медичного спостереження за ними.

Етапи надання позалікарняної допомоги:

1. Надання екстреної медичної допомоги пацієнтам та постраждалим на догоспітальному етапі та під час їх госпіталізації до профільних закладів охорони здоров'я.

2. Перевезення пацієнтів, які потребують обов'язкового медичного супроводу, до стаціонарних закладів охорони здоров'я за розпорядженням диспетчера оперативного-диспетчерської служби центру.

3. Участь у ліквідації наслідків надзвичайної ситуації.



8.4. Організація стаціонарної медичної допомоги населенню. Зміст стаціонарної медичної допомоги. Заклади, що надають стаціонарну допомогу

Стаціонарна медична допомога надається громадянам у випадках захворювань, у тому числі гострих, загострення хронічних захворювань, отруєнь, травм, патології вагітності, пологів, абортів, а також у період новонародженості, які вимагають цілодобового медичного спостереження, застосування інтенсивних методів лікування і (або) ізоляції, у тому числі за епідемічними показаннями.

Стаціонарна медична допомога надається в наступних формах:

Екстрена — при раптових гострих захворюваннях, станах, загостренні хронічних захворювань, що становлять загрозу життю пацієнта;

Невідкладна — при раптових гострих захворюваннях, станах, загостренні хронічних захворювань без явних ознак загрози життю пацієнта;

Планова — при проведенні профілактичних заходів, при захворюваннях і станах, що не супроводжуються загрозою життю пацієнта, що не вимагають екстреної та невідкладної медичної допомоги, відстрочка надання якої на певний час не спричинить погіршення стану пацієнта, загрозу його життю та здоров'ю.

Стаціонарна медична допомога порівняно з амбулаторною передбачає цілодобове перебування пацієнта в лікарні під постійним наглядом медичного персоналу.

Медична допомога у стаціонарних умовах надається багатопрофільними лікарнями інтенсивного лікування першого та другого рівнів; багатопрофільними дитячими лікарнями інтенсивного лікування; лікарнями відновного лікування; лікарнями планового лікування; хоспісами; спеціалізованими медичними центрами.

Направлення на отримання медичних послуг в стаціонарних умовах здійснюється за наявності таких підстав: гостре захворювання та/або стан, травма, опіки, відмороження, отруєння, загострення хронічного захворювання, що потребує оперативного лікування або цілодобового інтенсивного лікування чи спостереження; потреба в стаціонарній паліативній допомозі; ускладнений перебіг вагітності та пологи; проведення протирецидивного курсу лікування чи медичної реабілітації, у разі неможливості надання відповідних послуг в амбулаторних умовах; необхідність у застосуванні високоспеціалізованих, високотехнологічних методів діагностики та лікування, що не можуть проводитись в амбулаторних умовах; переве-



дення пацієнта, якого госпіталізовано до одного суб'єкта господарювання, на медичне обслуговування в стаціонарних умовах до іншого суб'єкта господарювання.

Стаціонарна медична допомога надається на *вторинному* (спеціалізована медична допомога) та *третинному* (вузькоспеціалізована, високотехнологічна, висококваліфікована медична допомога) та забезпечує цілодобове перебування пацієнта в лікарні під постійним наглядом медичного персоналу.

Вторинна (спеціалізована) медична допомога — вид медичної допомоги, що надається в стаціонарних умовах в плановому порядку або екстрених випадках і передбачає надання консультації, проведення діагностики, лікування та реабілітацію пацієнтів, направлення пацієнта для надання третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги або вторинної (спеціалізованої) допомоги з іншої спеціалізації.

Надання спеціалізованої медичної допомоги забезпечується в стаціонарних умовах багатопрофільними лікарнями інтенсивного лікування, лікарнями відновного (реабілітаційного), планового лікування, хоспісами, спеціалізованими медичними центрами. Спеціалізовану медичну допомогу також можуть надавати лікарі, що провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи-підприємці.

Спеціалізована медична допомога надається в закладах охорони здоров'я, що забезпечують надання такої допомоги, з якими головний розпорядник бюджетних коштів уклав договір про медичне обслуговування населення.

Спеціалізована медична допомога надається відповідно до медичних показань за направленням лікуючого лікаря з надання первинної медичної допомоги або лікуючого лікаря закладу охорони здоров'я, що забезпечує надання спеціалізованої допомоги.

Без направлення спеціалізована медична допомога відповідно до медичних показань надається закладами охорони здоров'я, з якими укладено договори про медичне обслуговування населення, пацієнтам, які звернулися до акушера-гінеколога, стоматолога, педіатра, та пацієнтам із хронічними захворюваннями, які перебувають на обліку в цьому закладі охорони здоров'я, також без направлення спеціалізована медична допомога також надається, відповідно до медичних показань, в закладах охорони здоров'я, що забезпечують надання спеціалізованої допомоги, пацієнтам, які перебувають у невідкладному стані.

Реорганізація, реформування мережі закладів охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу, передбачає поетапну структурну



перебудову регіональної системи охорони здоров'я шляхом оптимізації мережі закладів охорони здоров'я.

Оптимізація мережі закладів охорони здоров'я (їх підрозділів), що надають вторинну медичну допомогу, включає:

- створення госпітальних округів, які об'єднують заклади декількох районів або міст і районів. Чисельність населення, що обслуговується закладами госпітального округу, визначається залежно від щільності та характеру розселення населення, з урахуванням стану транспортних комунікацій у межах від 100 тис до 500 тис осіб;
- проведення перепрофілювання закладів медичної допомоги, які входять до складу госпітального округу з урахуванням їх матеріально-технічного та кадрового потенціалу, профілю діяльності та структури медичних послуг, у заклади, що надають допомогу різної інтенсивності.

Перепрофілювання закладів вторинної медичної допомоги передбачає створення наступних лікувальних закладів: лікарні інтенсивної допомоги; лікарні планового лікування хронічних хворих; лікарні відновного лікування; лікарні паліативного лікування; опорних закладів охорони здоров'я; інших закладів охорони здоров'я; лікарні медико-соціальної допомоги.

З метою підвищення якості медичної допомоги та ефективності використання потенціалу обласних лікарень та вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації на базі обласних клінічних лікарень можуть створюватися *університетські клініки*.

У спеціалізованих медичних центрах проводиться: лікувально-діагностична робота; організаційно-методична робота; наукова робота. *Завданнями центрів є* забезпечення науково-методичного та організаційного керівництва медичною допомогою відповідного профілю; надання консультативно-діагностичної та лікувальної допомоги прикріпленому населенню.

Диспансер — спеціальний лікувально-профілактичний медичний заклад, що надає медичну допомогу певним групам населення та здійснює систематичне спостереження за станом їх здоров'я.

Диспансери здійснюють виявлення хворих, які мають ранню стадію захворювань, шляхом організації систематичних масових профілактичних та цільових обстежень населення; взяття на облік потребуючих лікування; ретельне обстеження і надання їм кваліфікованої та спеціальної лікувальної допомоги; активне динамічне спостереження (патронаж) за станом здоров'я взятих на облік; докладне вивчення умов праці, побуту хворих і спільно з са-



нітарно-епідеміологічними станціями усунення факторів, які шкідливо впливають на здоров'я взятих для моніторингу стану здоров'я пацієнтів і оточуючих їх осіб — членів сім'ї, а також тих, хто проживає і працює з ними.

Медичні послуги, що надають в стаціонарних умовах. Кожен заклад, який відповідає вимогам, може укласти договір з НСЗУ на надання:

- хірургічної допомоги, що передбачає проведення хірургічних операцій дорослим і дітям на стаціонарному етапі за лікарськими спеціальностями: гінекологія, дитяча гінекологія, комбустіологія, нейрохірургія, дитяча нейрохірургія, онкогінекологія, онкологія, дитяча онкологія, онкоотоларингологія, онкохірургія, ортопедія і травматологія, дитяча ортопедія і травматологія, отоларингологія, дитяча отоларингологія, офтальмологія, дитяча офтальмологія, проктологія, судинна хірургія, торакальна хірургія, трансплантологія, урологія, дитяча урологія, хірургія, дитяча хірургія, хірургія серця та магістральних судин, щелепно-лицьова хірургія;
- медичної допомоги, що передбачає надання допомоги дорослим та дітям із не хірургічними (соматичними) захворюваннями в стаціонарних умовах за напрямками: акушерство і гінекологія, алергологія, дитяча алергологія, гастроентерологія, дитяча гастроентерологія, гематологія, дитяча гематологія, гінекологія, дитяча дерматовенерологія, ендокринологія, дитяча ендокринологія, імунологія, дитяча імунологія, інфекційні хвороби, дитячі інфекційні хвороби, кардіологія, дитяча кардіоревматологія, наркологія, неврологія, дитяча неврологія, нефрологія, дитяча нефрологія, педіатрія, пульмонологія, дитяча пульмонологія, ревматологія, терапія, токсикологія;
- спеціалізованої медичної допомоги жінкам при пологах і новонародженим, а також передчасно народженим та/або хворим новонародженим у неонатальному періоді;
- спеціалізованої медичної допомоги при гострому мозковому інсульті та гострому інфаркті міокарда.

Лікування гострого інфаркту міокарда, гострого мозкового інсульту, а також медична допомога жінкам при пологах, передчасно народженим та/або хворим новонародженим у неонатальному періоді, визначено пріоритетними у сфері охорони здоров'я у 2020–2022 роках. Саме тому до цих медичних послуг було розроблено окремі вимоги до їх надання. Кожен пролікований у стаціонарних умовах випадок відповідно до основного діагнозу пацієнта та проведеного втручання буде віднесено до окремої діагностично-спорідненої групи (ДСГ).



Окремими пакетами медичної допомоги передбачено: діагностика та хіміотерапевтичне лікування онкологічних захворювань у дорослих та дітей; діагностика та радіологічне лікування онкологічних захворювань у дорослих та дітей; психіатрична допомога дорослим та дітям; діагностика та лікування дорослих та дітей із туберкульозом; діагностика, лікування та супровід осіб із вірусом імунодефіциту людини; лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії.

Пріоритетними через вплив на смертність та інвалідність залишаються наступні види надання допомоги, оплата яких буде здійснюватись відповідно до кількості фактично наданих послуг:

- спеціалізована медична допомога жінкам при пологах. До тарифу за пологи пропонується застосовувати підвищуючий коефіцієнт за комплексність надання послуг матері та дитині;
- спеціалізована медична допомога немовлятам, які народились передчасно та/або потребують медичної допомоги у неонатальному періоді, яка буде оплачуватись відповідно до ваги новонародженого. До тарифу за цим пакетом пропонується застосовувати підвищуючий коефіцієнт за наявність та роботу в закладі виїзної неонатологічної бригади невідкладної медичної допомоги та інтенсивної терапії;
- спеціалізована медична допомога при гострому мозковому інсульті, яка буде оплачуватись залежно від методу лікування пацієнта (проведення тромболітичної терапії, тромбектомії тощо);
- (спеціалізована) медична допомога при гострому інфаркті міокарда, яка оплачуватиметься залежно від методу діагностики та лікування пацієнта, зокрема коронарографії.

«Клініка, дружня до молоді» та «Лікарня, доброзичлива до дитини» — лікарні нового типу з особливим статусом. «Клініка, дружня до молоді» — це медичний заклад, який надає комплексну медико-психосоціальну допомогу підліткам та молоді з метою збереження їх здоров'я, що обумовлено специфікою їх віку.

Основа діяльності «Клініки, дружньої до молоді» (КДМ) — надання допомоги підліткам та молоді через розуміння їх проблем, спільний пошук шляхів зміни поведінки, спрямованих на збереження здоров'я. Тобто для підлітків та молоді користь від роботи «Клініки, дружньої до молоді» полягає в тому, що вони здобувають реальну можливість самостійно отримати медичну, психологічну, соціальну, правову допомогу, інформацію про збереження здоров'я, а отже, легше пройти період дорослішання.



У діяльності «Клініки, дружньої до молоді» переважає профілактична спрямованість; реалізуються принципи дружнього підходу: добровільності, доброзичливості, доступності, довіри, конфіденційності, анонімності (на прохання відвідувача), безкоштовності, неосудливого ставлення до відвідувача.

Основні завдання в діяльності «Клініки, дружньої до молоді»: забезпечення комплексної соціальної, медичної, психологічної та правової допомоги; надання інформаційно-консультативних послуг з питань збереження здоров'я, особливо репродуктивного та профілактики ВІЛ; профілактика ризикової поведінки, особливо щодо інфекцій, які передаються статевим шляхом, включаючи ВІЛ-інфекцію, та незапланованої вагітності; діагностика та лікування захворювань репродуктивної системи; соціальний супровід, правова підтримка.

Статус «Лікарня, доброзичлива до дитини» присвоюється закладам охорони здоров'я України, які надають допомогу матерям та дітям відповідно до вимог Розширеної Ініціативи ВООЗ/ЮНІСЕФ «Лікарня, доброзичлива до дитини». В основу Ініціативи покладені Принципи підтримки грудного вигодовування.

Основні завдання в діяльності «Лікарні, доброзичливої до дитини»: забезпечення зростання рівня грудного вигодовування дітей в Україні; забезпечення виконання клінічних протоколів надання медичної допомоги матерям та дітям в напрямках виконання; дотримання принципів грудного вигодовування та сучасних перинатальних технологій; забезпечення дотримання вимог Міжнародного зведення правил збуту заміників грудного молока в закладах охорони здоров'я, в яких надається допомога матерям та дітям; забезпечення ефективної роботи Регіональних організаційно-методичних моніторингових центрів з метою координації в регіонах роботи з подальшого впровадження та розвитку Програм, направлених на охорону здоров'я матерів та дітей; продовження навчання спеціалістів з підтримки грудного вигодовування та ефективних перинатальних технологій; передбачити внесення змін та доповнень до навчального посібника (методичних рекомендацій) з підтримки грудного вигодовування; продовження активної інформаційно-просвітницької роботи серед населення з підтримки грудного вигодовування, Міжнародного зведення правил збуту заміників грудного молока; внесення відповідних змін до навчальних планів та програм вищих навчальних закладів та закладів до- та післядипломної медичної освіти з підтримки грудного вигодовування; долучення до Всесвітнього тижня, присвяченого цій те-



матиці, який щорічно проводиться у серпні; здійснення дистанційних методів навчання, використовуючи можливості відповідних кафедр вищих навчальних медичних закладів до- та післядипломної освіти та методично-організаційного моніторингового центру НДСЛ «ОХМАТДИТ» МОЗ України (в т.ч. інтернет-сторінки на веб-сайтах).

8.5. Нові організаційні форми медичного забезпечення окремих груп населення — ВІЛ-інфікованих, хворих на туберкульоз, людей похилого, старечого віку

Спеціалізована медична допомога людям, що живуть з ВІЛ-інфекцією / СНІД надається установами охорони здоров'я, які пройшли державну акредитацію та відповідають вимогам, визначеним Стандартами державної акредитації лікувально-профілактичних закладів, а саме: центрами (відділеннями) з профілактики та боротьби зі СНІДом; установами охорони здоров'я, у складі яких функціонують кабінети «Довіра» або кабінети інфекційних захворювань; інфекційними лікарнями; багатопрофільними лікарнями; клінікою Державного закладу «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб імені Л.В. Громашевського АМН України»; протитуберкульозними диспансерами, туберкульозними лікарнями, територіальними медичними об'єднаннями, які надають спеціалізовану медичну допомогу хворим на поєднану патологію ВІЛ / ТБ.

Медичне забезпечення людей похилого/старечого віку здійснюється в таких закладах: денний центр для людей похилого віку або Денний центр для людей похилого віку та дорослих з проблемами фізичного здоров'я, діяльність якого є подібною до діяльності ТЦ в Україні; державне підприємство «Інститут паліативної та хоспісної медицини МОЗ України», як базовий науково-методичний та клінічний заклад з питань паліативної та хоспісної допомоги людям з невиліковними хворобами та обмеженим строком (прогнозом) життя; державна установа «Інститут геронтології імені Д.Ф. Чеботарьова Національної академії медичних наук України»; клініко-діагностичний центр «Здоров'я літніх людей» при Інституті геронтології Академії медичних наук України; територіальні центри соціального обслуговування пенсіонерів; геріатричні стаціонарні соціальні установи: будинки-інтернати, пансіонати та спеціальні житлові будинки для пенсіонерів; геріатричні кабінети поліклінік.

Медичні заклади, що надають допомогу хворим на туберкульоз: медичний центр (фтизіатричний, фтизіопульмонологічний); територіаль-



не медичне об'єднання (протитуберкульозне, фтизіатричне); протитуберкульозний диспансер; туберкульозна лікарня (у т.ч. дитяча); лікарня «Хоспіс» для хворих на туберкульоз; туберкульозне (протитуберкульозне, фтизіатричне) відділення; туберкульозний (протитуберкульозний, фтизіатричний, у т.ч. дитячий) кабінет; кабінет контрольованого лікування хворих на туберкульоз — ДОТ (Directly Observed Treatment — лікування під безпосереднім наглядом) кабінет; науково-дослідні установи фтизіопульмонологічного профілю; кафедри фтизіопульмонологічного профілю вищих медичних навчальних закладів III–IV рівнів акредитації та закладів післядипломної освіти; клініки (поліклініки, відділи, відділення) фтизіопульмонологічного профілю науково-дослідних установ; фтизіатричні (фтизіопульмонологічні) медико-соціальні експертні комісії обласних центрів (бюро) медико-соціальної експертизи.

8.6. Класифікація лікарських категорій, безперервний професійний розвиток фахівців

Лікуючим лікарем з надання спеціалізованої медичної допомоги є лікар закладу охорони здоров'я, де надається така допомога, або лікар, що провадить господарську діяльність з медичної практики як фізична особа-підприємець, які отримали підготовку за відповідною спеціальністю (крім спеціальності «загальна практика — сімейна медицина»).

У закладах охорони здоров'я з метою забезпечення освітнього процесу спеціалізовану медичну допомогу можуть надавати науково-педагогічні працівники закладів вищої (післядипломної) освіти, які здійснюють підготовку кадрів у сфері охорони здоров'я, за умови, що вони мають сертифікат лікаря-спеціаліста та отримали погодження керівника закладу охорони здоров'я на надання медичної допомоги пацієнту. Такі науково-педагогічні працівники також можуть бути лікуючими лікарями з надання спеціалізованої медичної допомоги.

Лікуючого лікаря з надання спеціалізованої медичної допомоги в закладі охорони здоров'я, що забезпечує надання такої допомоги, визначає керівник цього закладу або уповноважена ним на прийняття відповідних рішень особа.

Згідно наказу Міністерства охорони здоров'я України №446 від 22.02.19 р. проводиться атестація фахівців в галузі медицини. Лікар не має подавати звіт про професійну діяльність за останні 3 роки. Замість формальних показників, лікарі мають надати індивідуальне освітнє портфоліо (із вка-



знанням отриманих балів безперервного професійного розвитку). Співбесіду з атестаційною комісією було також скасовано. Облік балів за проходження безперервного професійного розвитку є обов'язковим з 01 січня 2020 року. Щорічна перевірка особистого освітнього портфолію з балами безперервного професійного розвитку розпочалася у 2021 році.

Атестація з присвоєнням (підтвердженням) звання «лікар-спеціаліст». Зайняття особою лікарської посади в закладах охорони здоров'я, що відповідає певній спеціальності має передувати атестація з присвоєнням (підтвердженням) звання «лікар-спеціаліст» певної лікарської спеціальності.

Особи, які не працювали більше трьох років за конкретною лікарською спеціальністю і бажають підтвердити звання лікаря-спеціаліста, та особи, які своєчасно не пройшли атестацію на кваліфікаційну категорію або яким відмовлено в атестації чи присвоєнні (підтвердженні) кваліфікаційної категорії, не можуть займатися лікарською діяльністю за цією спеціальністю без попереднього проходження стажування відповідно до вимог Положення, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України №48 від 17.03.93 р.

Крім зазначених документів, необхідно подати особисте освітнє портфолію з результатами проходження безперервного професійного розвитку та копії документів, що підтверджують обліковані бали безперервного професійного розвитку. Оригінали цих документів лікар особисто надає членам атестаційної комісії на засіданні.

Особі, якій за результатами атестації присвоєно (підтверджено) звання «лікар-спеціаліст», закладом вищої медичної або післядипломної освіти видається сертифікат лікаря-спеціаліста. Особі, якій відмовлено, видається витяг з протоколу засідання комісії, завіреним закладом вищої або післядипломної освіти не пізніше, ніж за три робочі дні від дати затвердження протоколу засідання комісії.

Атестація на присвоєння кваліфікаційної категорії. До атестації на присвоєння кваліфікаційних категорій допускаються лікарі-спеціалісти за лікарськими спеціальностями, передбаченими Переліком лікарських посад, які працюють за сертифікатом лікаря-спеціаліста або посвідченням про кваліфікаційну категорію та мають необхідну кількість балів безперервного професійного розвитку.

Кваліфікація лікарів-спеціалістів визначається атестаційною комісією за трьома кваліфікаційними категоріями:

Друга кваліфікаційна категорія присвоюється лікарям-спеціалістам, які мають необхідну кількість балів безперервного професійного розвитку та стаж роботи за певною спеціальністю понад п'ять років.



Перша кваліфікаційна категорія присвоюється лікарям-спеціалістам, які мають необхідну кількість балів безперервного професійного розвитку та стаж роботи за певною спеціальністю понад сім років.

Вища кваліфікаційна категорія присвоюється лікарям-спеціалістам, які мають необхідну кількість балів безперервного професійного розвитку та стаж роботи за певною спеціальністю понад десять років.

Підставою для відмови у присвоєнні кваліфікаційної категорії є *недостатня кількість балів безперервного професійного розвитку*. В такому разі комісія має право перенести розгляд атестаційних документів лікаря на наступне засідання, а лікар — набрати необхідну кількість балів (за умови, що з моменту закінчення терміну дії його посвідчення про кваліфікаційну категорію або сертифіката лікаря-спеціаліста минуло не більше року).

Атестація на підтвердження кваліфікаційної категорії. Атестації на підтвердження кваліфікаційної категорії підлягають (за бажанням) особи, яким присвоєно кваліфікаційні категорії, у строк до п'яти років від дня попередньої атестації. За результатами розгляду поданих документів атестаційна комісія приймає рішення щодо підтвердження кваліфікаційної категорії з конкретної лікарської спеціальності або відмови у підтвердженні кваліфікаційної категорії у разі відсутності необхідної кількості балів безперервного професійного розвитку. Комісія має право перенести розгляд атестаційних документів лікаря на наступне засідання, а лікар — набрати необхідну кількість балів (за умови, що з моменту закінчення терміну дії його посвідчення про кваліфікаційну категорію минуло не більше року).

У разі підтвердження лікарем кваліфікаційної категорії в посвідченні проставляється відповідна відмітка або видається нове посвідчення, якщо у попередньому не залишилось місця для відміток, у місячний строк від дня атестації.

Особисте освітнє портфоліо з результатами проходження безперервного професійного розвитку створюється працівником. Облік балів ведеться працівником та засвідчується роботодавцем за місцем роботи у період, за який обліковуються бали.

Мінімальна кількість балів, яка має бути підтверджена за річний період, складає 50 балів (максимальна кількість балів — необмежена).

Освітнє портфоліо. Порядок нарахування балів безперервного професійного розвитку. Особисте освітнє портфоліо з результатами проходження безперервного професійного розвитку створюється працівником. Облік балів ведеться працівником та засвідчується роботодавцем за місцем роботи у період, за який обліковуються бали.



Атестаційна комісія нараховує бали за проходження безперервного професійного розвитку відповідно до таблиці «Критерії нарахування балів безперервного професійного розвитку» на основі даних особистого освітнього портфолію лікаря та оригіналів документів, що підтверджують ці дані.

Лікарі, які зареєстровані як фізичні особи-підприємці та здійснюють медичну практику на підставі ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики за відповідною лікарською спеціальністю, здійснюють облік балів самостійно.

Мінімальна кількість балів, яка має бути підтверджена за річний період, складає 50 балів (максимальна кількість балів — необмежена). Якщо у відповідний річний період лікар не обліковував бали або має менше 50 балів внаслідок виникнення об'єктивних поважних причин (стан здоров'я лікаря, надзвичайні ситуації природного і техногенного характеру, військовій дії, народження дитини тощо), підтверджених документально у встановленому законодавством порядку, йому можуть бути враховані бали за інші роки періоду між атестаціями, якщо у такі роки було набрано більше мінімальної кількості балів.

Таке врахування балів здійснюється за рішенням атестаційної комісії, про що зазначається в атестаційному листку.

Облік балів здійснюється з кожного виду діяльності за критеріями нарахування балів безперервного професійного розвитку за наявності документів, що підтверджують участь лікаря в освітньому заході (Табл. 8.1).

Особисте освітнє портфолію за відповідний річний період подається лікарем для щорічної перевірки до відповідної атестаційної комісії.

Всі лікарі, які здійснюють професійну діяльність, зобов'язані щороку подавати на перевірку своє освітнє портфолію та підтверджувати щонайменше 50 балів. Лікар може декларувати необмежену кількість балів, але під час атестації враховується наявність мінімальної кількості балів.

Копія особистого освітнього портфолію надсилається поштою до 01 березня щороку на адресу органу, при якому утворено відповідну атестаційну комісію.

Особу, яка подала недостовірні дані про результати проходження безперервного професійного розвитку або яка має недостатню мінімальну річну кількість балів безперервного професійного розвитку, а також її роботодавця повідомляють листом (електронним листом).

Особі, яка подала недостовірні дані про результати проходження безперервного професійного розвитку, атестаційна комісія відмовляє в атестації.



Таблиця 8.1

Критерії нарахування балів безперервного професійного розвитку

Наказ МОЗ від 22.02.2019 №446
«Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів»

№ з/п	Вид діяльності	Кількість балів		Підтвердний документ
		в Україні	в інших країнах*	
1	2	3	4	5
1. Формальна освіта				
1.1	Присвоєння кваліфікації «лікар-спеціаліст» відповідної лікарської спеціальності. Нарахування балів у рік присвоєння кваліфікації	50	100	сертифікат/ диплом
1.2	Здобуття освітньо-наукового та наукового рівнів вищої освіти галузі знань «Охорона здоров'я (доктор філософії, доктор наук). Нарахування балів у рік захисту дисертації	50	100	диплом
2. Неформальна освіта				
2.1	Підвищення кваліфікації на циклах тематичного удосконалення в закладах (на факультетах) післядипломної освіти, в тому числі за змішаною (денною та дистанційною) формою освіти, тривалістю: – тиждень – і більше тижнів. Підвищення кваліфікації на курсах стажування в закладах (на факультетах) післядипломної освіти	25 50 50		повідчення/ свідоцтво



1	2	3	4	5
2.2	Навчання або медичне стажування в закладі вищої освіти / закладі охорони здоров'я за межами закладу, де працює фахівець 3 кількості балів, отриманих за заходи в Україні, враховується не більше 25 за рік**	Три за день	5 за день	відрядження та копія наказу про зарахування на стажування в Україні. Сертифікат/ диплом для іншої країни із програмою стажування
3. Інформальна освіта				
3.1	Науково-практична конференція, конгрес, симпозіум: – участь в одноденному заході; – участь у заході тривалістю 2 дні та більше; – стендова доповідь; – усна доповідь. Одна й та сама доповідь повторно не враховується. Рекламні доповіді не враховуються	5* 10* 20 30	10 20 50 70	сертифікат або диплом про участь в конференції. Доповідь підтверджується програмою події та/або публікацією у матеріалах заходу
3.2	Професійний розвиток за дистанційною формою навчання з використанням електронних навчальних ресурсів. Кількість балів, що враховуються до обов'язкового щорічного мінімуму, не має перевищувати 15 балів для українськомовних та 20 балів для англійськомовних заходів**	1 бал за 2 години; англійськомовні курси - відповідно до кількості балів у сертифікаті		сертифікат
3.3	Навчання на симуляційних тренінгах або тренінгах з оволодіння практичними навичками, в тому числі під час науково-практичних конференцій, симпозіумів, з'їздів, конгресів: – одноденний захід; – захід тривалістю 2 дні та більше	15* 25*	20 30	сертифікат/ диплом



1	2	3	4	5
3.4	Тематичне навчання (фахові школи, семінари, майстер-класи тощо): – односторонній захід; – захід тривалістю 2 дні та більше	10* 20*	15 25	сертифікат/ диплом
3.5	Публікація статті або огляду в журналі з імпаکت-фактором	20	30 в іноземних виданнях англ. мовою	бібліографічна довідка

* Кількість балів за заходи, які відбуваються в країнах з високим рівнем доходу (за рейтингом Світового Банку) або акредитовані за кордоном чи в Україні EACCME / ACCME / RCPSC чи сертифіковані ERC/ILCOR/ANA під час підрахунку загальної кількості балів множиться на 2.

** Максимальна кількість балів не обмежена, але до щорічного обов'язкового мінімуму балів безперервного професійного розвитку враховуються не більше зазначеної у таблиці кількості балів.

Підтвердження категорії відбувається раз на 5 років, атестацію на присвоєння кваліфікаційної категорії можна проходити частіше.

Для атестації лікар за 2 місяці до початку роботи комісії надає: письмову заяву; копію диплома про освіту, трудову книжку, сертифікат лікаря-спеціаліста та посвідчення про наявність кваліфікаційної категорії; атестаційний листок; особисте освітнє портфоліо з результатами безперервного професійного розвитку; копії документів, що підтверджують обліковані бали.

Облік балів за проходження безперервного професійного розвитку обов'язковий з 01 січня 2020 року. Щорічна перевірка особистого освітнього портфоліо з балами безперервного професійного розвитку розпочалася з 2021 року.

Підставою для відмови у присвоєнні кваліфікаційної категорії є недостатня кількість балів безперервного професійного розвитку. В такому разі комісія має право перенести розгляд атестаційних документів лікаря на наступне засідання, а лікар – набрати необхідну кількість балів (за умови, що з моменту закінчення терміну дії його посвідчення про кваліфікаційну категорію або сертифіката лікаря-спеціаліста минуло не більше року).

У майбутньому передбачається, що процедура атестації буде електронною.



ТЕМА 9. ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ ЗАКЛАДІВ ЕКСТРЕНОЇ (ШВИДКОЇ) МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА АНАЛІЗ ЇХ ДІЯЛЬНОСТІ

9.1. Історичні передумови створення служби надання екстреної та невідкладної допомоги

Служба екстреної (швидкої) медичної допомоги є формою позалікарняного медичного обслуговування населення. Вперше ідея її організації виникла після того, як у 1881 році під час пожежі у Віденському театрі постраждали сотні людей, які тривалий час не отримували ніякої допомоги, хоча в місті працювали клініки та лікарні.

Після цього трагічного випадку віденський лікар *Яромір Мунді (1822–1894)* запропонував організувати пункт постійного чергування лікарів, готових до виїзду на місце катастрофи і надання медичної допомоги. Він назвав його «станцією швидкої медичної допомоги». Згодом ідею підхопили і заклади швидкої медичної допомоги почали з'являтися у багатьох країнах.

Автором ідеї створення швидкої медичної допомоги в Російській імперії, на думку деяких дослідників, був керівник лікарні при Товаристві Червоного Хреста Олександрії *Карл Карлович Рейєр (1846–1890)*. У листопаді 1881 року він запропонував організувати станції в Санкт-Петербурзі. Проте, перші заклади почали функціонувати в Москві в 1898 році після подій на Ходинському полі (1896), коли під час масових святкувань і роздачі подарунків у зв'язку з коронацією Миколи II, загинуло більш 2 000 осіб на місці, без надання їм необхідної медичної допомоги.

Внаслідок цих подій і через повінь 1898 року у Санкт-Петербурзі за рік, у 1899 році було відкрито 5 станцій медичної допомоги.

У Києві були відкриті, на добровільних засадах, пункти з надання медичної допомоги при нещасних випадках у 1902 році. В Одесі у 1903 році на пожертвування мільйонера М.М. Толстого почала надаватись медична допомога при нещасних випадках.

У Харкові перша станція була відкрита 25 квітня 1910 року за ініціативи професора *Івана Миколайовича Оболенського (1841–1920)*, також було організовано перше товариство лікарів швидкої медичної допомоги.

23 квітня 1910 року в газеті «Харківські губернські відомості» були опубліковані правила виклику карети швидкої допомоги. Серед численних роз'яснень, в яких випадках і яку допомогу надає карета швидкої допомоги, а також як правильно зробити телефонний виклик, виділялося



окремим значущим пунктом, що за надану допомогу плата не стягується незалежно від спроможності потерпілого. І далі йшло звернення до городян: «Станція швидкої допомоги просить не турбувати лікарів марною пропозицією гонорару, якого вони ні в якому разі прийняти не можуть. Санітари і кучер за прийняття плати негайно звільняються зі служби».

25 квітня 1910 року о 10 годині ранку на Соборній площі було проведено освячення карет швидкої допомоги. Урочисте відкриття станції було покладено на ініціатора її створення професора І.М. Оболенського. У своєму виступі Іван Миколайович підкреслив, що станція не тільки перевозить постраждалих в лікарні, але і надає медичну допомогу в повному обсязі безпосередньо на місці події, що є особливо важливим в критичних випадках, які загрожують життю пацієнта. О 12 годині 53 хвилини пролунав перший дзвінок з проханням про допомогу, і за 2 хвилини карета виїхала на виклик. Так почалася в Харкові благородна гуманна діяльність служби швидкої допомоги, яка не припинялася навіть в такі лихоліття, як громадянська війна і Друга світова війна.

9.2. Організація надання екстреної медичної допомоги

З 1 січня 2013 року набрав чинності Закон України «Про екстрену медичну допомогу» №5081-VI (зі змінами). Він визначає організаційно-правові засади забезпечення громадян України та інших осіб, які перебувають на її території, екстреною медичною допомогою, в тому числі при виникненні надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків, а також принципи створення, функціонування і розвитку системи екстреної медичної допомоги.

Домедична допомога — це невідкладні дії та організаційні заходи, спрямовані на порятунок і збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізації наслідків впливу такого стану на здоров'я, який здійснюється на місці події особами, які не мають медичної освіти, але за своїми службовими обов'язками повинні володіти основними навичками з порятунку і збереження життя людини, що знаходиться у невідкладному стані, і відповідно до закону зобов'язані здійснювати такі дії та заходи.

Екстрена медична допомога — це позалікарняна медична допомога в максимальному обсязі при раптових захворюваннях та при нещасних випадках на місці і під час транспортування до стаціонару.

Екстрена медична допомога — це медична допомога хворим з важким перебігом при раптових захворюваннях та постраждалим від нещасних випадків. Даний вид медичної допомоги спрямований на порятунок



та збереження життя людини в невідкладних станах і мінімізації наслідків впливу такого стану на його здоров'я. Вона надається установами екстреної медичної допомоги в мінімально можливих термінах прибуття до пацієнта і максимально можливому обсязі за місцем виклику, під час транспортування та госпіталізації.

На території України кожен громадянин України та будь-яка особа мають право на безкоштовну, доступну, своєчасну та якісну екстрену медичну допомогу, що надається відповідно до законодавства.

Іноземні громадяни та особи без громадянства, які тимчасово перебувають на території України, а також фізичні особи, взяті під варту або яким призначено покарання у вигляді позбавлення волі, забезпечуються екстреною медичною допомогою.

На території України кожен громадянин України та будь-яка особа має право: здійснити виклик екстреної медичної допомоги; звернутися за отриманням екстреної медичної допомоги до найближчого відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги або іншого закладу охорони здоров'я, яке може забезпечити надання такої допомоги; повідомити лікаря або працівника найближчого закладу охорони здоров'я незалежно від форми власності і підпорядкування про свій невідкладний стан або про невідкладний стан іншої людини.

У разі виявлення людини у невідкладному стані, яка не може особисто звернутися за наданням екстреної медичної допомоги, та за відсутності медичних працівників на місці події громадянин України або будь-яка інша людина, які виявили таку людину, зобов'язані: негайно здійснити виклик екстреної медичної допомоги або повідомити про знайдену людину в невідкладному стані та про місце події працівників найближчого закладу охорони здоров'я або будь-яку особу, яка зобов'язана надавати домедичну допомогу, що знаходиться поблизу місця події; по можливості надати людині, виявленій у невідкладному стані, необхідну допомогу, в тому числі шляхом перевезення такої людини до найближчого відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги або іншого закладу охорони здоров'я, в якому може бути забезпечене надання необхідної медичної допомоги.

Кожен громадянин України або інша особа, що виявили у людини невідкладний стан, має право звернутися до підприємств, установ та організацій з проханням надати транспортний засіб для перевезення такої людини до найближчого до місця події відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги або іншого закладу охорони здоров'я, в якому може



бути забезпечене надання необхідної медичної допомоги. Підприємства, установи, організації незалежно від форми власності та підпорядкування, фізичні особи-підприємці, а також водії зобов'язані забезпечити безоплатне перевезення наявним в їхньому розпорядженні транспортом людини, що знаходиться в невідкладному стані, до найближчого до місця події відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги або іншого закладу охорони здоров'я, в якому може бути забезпечене надання необхідної медичної допомоги.

Якщо під час перевезення бригадою екстреної (швидкої) медичної допомоги пацієнта, який перебуває у невідкладному стані, в його стані виникли раптові ускладнення, які не можуть бути усунені медичними працівниками цієї бригади, такий пацієнт доставляється до найближчого закладу охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування, де йому може бути надано необхідну медичну допомогу відповідно до його стану. Відмова в наданні медичної допомоги такому пацієнту або створення перешкод у її наданні неприпустимі і тягнуть за собою для осіб, які це допустили або зробили без поважних причин, відповідальність, визначену законом.

Медичні працівники відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги зобов'язані надати екстрену медичну допомогу пацієнту з моменту прибуття такого пацієнта в це відділення незалежно від того, супроводжує його бригада екстреної (швидкої) медичної допомоги або інші особи. Відмова в прийнятті пацієнта, що потребує екстреної медичної допомоги, або несвоєчасне надання екстреної медичної допомоги пацієнту не допускається і тягне за собою для осіб, які це допустили або зробили без поважних причин, відповідальність, визначену законом.

Надання екстреної медичної допомоги людині у невідкладному стані на місці події, під час перевезення і в закладі охорони здоров'я здійснюється відповідно до медичних показань на основі клінічних протоколів і стандартів екстреної медичної допомоги, які затверджуються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізацію державної політики в сфері охорони здоров'я.

Виклик екстреної медичної допомоги здійснюється безкоштовно за єдиним телефонним номером виклику екстреної медичної допомоги 103 або за єдиним телефонним номером виклику екстреної допомоги 112.

Відмова в можливості здійснення передачі та прийняття викликів екстреної медичної допомоги забороняється і тягне для осіб, які це допустили або здійснили, відповідальність, визначену законом.



Порядок передачі викликів екстреної медичної допомоги визначається центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізацію державної політики у сфері зв'язку, за поданням центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізацію державної політики в охороні здоров'я.

Основне завдання системи екстреної медичної допомоги — організація та забезпечення надання доступної, безоплатної, своєчасної та якісної екстреної медичної допомоги, в тому числі при виникненні надзвичайних ситуацій і ліквідації їх наслідків, медико-санітарного супроводу масових заходів та заходів за участю осіб, щодо яких здійснюється державна охорона, взаємодія з аварійно-рятувальними підрозділами міністерств, інших центральних і місцевих органів виконавчої влади при виникненні надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків.

Основні принципи організації та функціонування системи екстреної медичної допомоги: постійна готовність до надання екстреної медичної допомоги; оперативне та цілодобове реагування на виклики екстреної медичної допомоги; доступність і безоплатність екстреної медичної допомоги, її своєчасність, якість і пріоритетність; послідовність і безперервність надання екстреної медичної допомоги.

9.3 Організація роботи екстреної медичної допомоги. Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф

Важливе значення в наданні медико-санітарної допомоги населенню має служба екстреної медичної допомоги, яка здійснюється відповідно до прийнятого в 2013 році Закону України «Про екстрену медичну допомогу».

Основними завданнями центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф є: надання медичної допомоги хворим та постраждалим на місці події та під час транспортування в стаціонар в максимально короткий термін після виклику; надання медичної допомоги при раптових захворюваннях, які загрожують життю хворого (інфаркт, інсульт та інші гострі стани), а також під час пологів поза спеціалізованими стаціонарів.

Структура центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф:

- станції екстреної медичної допомоги;
- відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги;
- пункти розміщення бригади екстреної медичної допомоги.



Всі виклики екстреної медичної допомоги надходять до єдиної диспетчерської центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, яка обробляє інформацію про подію та стан здоров'я пацієнта, передає виклик на станцію екстреної медичної допомоги, а також визначає установу охорони здоров'я, до якої бригада доставить пацієнта.

Створено загальнодержавну систему виклику екстреної допомоги за номером 112, крім цього екстрену медичну допомогу можна викликати так само і за номером 103.

Бригада екстреної медичної допомоги зобов'язана прибути на місце події протягом 10 хвилин, а в населених пунктах за межами міста — 20 хвилин від моменту отримання звернення. З урахуванням метеорологічних умов, сезонних особливостей і епідеміологічної ситуації, а також стану доріг, ці нормативи можуть бути змінені.

Для цього на території створюється мережа пунктів розміщення бригад екстреної медичної допомоги з розрахунку прибуття бригади до пацієнта за вказаним нормативом. Крім цього в пунктах розміщення бригад необхідно створити всі необхідні умови для цілодобового перебування бригад, включаючи водіїв.

Виклики екстреної медичної допомоги поділяються на два види: екстрені та не екстрені.

Це зроблено для того, щоб ефективніше використовувати ресурси (Табл. 9.1). Бригада терміново виїжджатиме тільки за тими викликами, де пацієнт знаходиться у важкому стані. Тим, чий стан є не таким критичним, доведеться чекати прибуття лікарів більше години або самостійно звернутися до лікарні.

Таблиця 9.1

Види викликів

Екстрений виклик	Не екстрений виклик
Пацієнт знаходиться в невідкладному стані	Пацієнт може почекати
ознаки: втрата свідомості, різкий біль в області серця або живота, гострі інфекційні захворювання, кровотечі, психічні розлади, що загрожують життю і здоров'ю пацієнта або інших осіб, важкі травми, ураження електрострумом, укуси отруйної тварини, порушення нормального перебігу вагітності	ознаки: застуда, слабкість, головний біль, біль в суглобах, підвищення артеріального тиску, больовий синдром у хворих на рак, наркотична ломка. Реакція: диспетчер перенаправляє дзвінок в лікарню або протягом години направляє до пацієнта машину, яка не зайнята екстреним викликом



Станція екстреної (швидкої) медичної допомоги — це заклад охорони здоров'я, основне завдання якого полягає в забезпеченні постійної готовності бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги до надання екстреної медичної допомоги в цілодобовому режимі та координація їх діяльності з оперативно-диспетчерською службою центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф на території відповідної адміністративної одиниці. Вона може мати статус юридичної особи або відокремленого підрозділу центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.

Екстрена медична допомога надається за потреби всім за місцем виклику, при транспортуванні до лікувально-профілактичного закладу, при безпосередньому зверненні.

Станція функціонує в режимі цілодобового чергування і готовності до надання екстреної медичної допомоги населенню певної території обслуговування, а в разі виникнення надзвичайних ситуацій — і за її межами.

Станція є складовою частиною системи екстреної медичної допомоги при надзвичайних ситуаціях та забезпечує її функціонування в разі потреби.

Станція екстреної медичної допомоги повинна мати постійний місячний запас: медикаментів; перев'язувального матеріалу; аварійного медичного майна; носилок; необхідної апаратури; ящиків-укладок; наборів для формування додаткових виїзних бригад з метою їх використання на місці і при виїзді в інші регіони в разі надзвичайних ситуацій (катастрофи, аварії, стихійні лиха, масові отруєння та ін.); стабільне й автономне енергозбереження; радіотелефон для оперативного зв'язку; запасний автотранспорт.

Станція екстреної (швидкої) медичної допомоги: не видає листків непрацездатності; не вирішує питань тимчасової та стійкої втрати працездатності у хворих і потерпілих; не проводить судово-медичну, алкогольну чи наркологічну експертизу; не видає з цього приводу рішень, письмових довідок; не виконує консультативні обстеження; не дає рекомендацій щодо подальшого лікування.

Основними задачами станції (відділення) екстреної медичної допомоги є:

- надання медичної допомоги хворим та постраждалим на місці випадку і під час транспортування до стаціонару в максимально короткий термін з отримання виклику;
- перевезення хворих та надання їм за потреби екстреної допомоги (за винятком інфекційних), які постраждали, породіль, недоношених дітей разом з матерями згідно заяв лікарів і адміністрації лікувально-профілактичних закладів;



– надання екстреної медичної допомоги при раптових захворюваннях, що загрожують життю хворого (гострі порушення діяльності серцево-судинної і центральної нервової системи, органів дихання, черевної порожнини тощо), а також під час пологів поза спеціалізованих відділень і закладів.

До загальних функцій станції екстреної медичної допомоги відносяться: прийом від населення викликів та їх забезпечення; надання на до госпітальному етапі згідно з медико-економічними стандартами екстреної медичної допомоги хворим і потерпілим; перевезення хворих і потерпілих, які потребують медичного супроводу в стаціонари лікувальних установ; підготовка та направлення виїзних бригад за межі території обслуговування для участі в ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій; ведення обліку вільних лікарняних ліжок в стаціонарах КНП та визначення місць екстреної госпіталізації; діагностично-консультативні та довідково-інформаційні послуги населенню за телефоном; накопичення і оновлення запасів медикаментів, перев'язувального матеріалу, виробів медичного призначення для роботи в повсякденних умовах і при виникненні надзвичайних ситуацій; забезпечення взаємодії з іншими медичними закладами, правоохоронними органами, пожежними частинами, службою екстреної медичної допомоги при надзвичайних ситуаціях, іншими рятувальними і оперативно-ремонтними службами; забезпечення наступності і взаємозв'язку з лікувально-профілактичними закладами при наданні екстреної медичної допомоги; оперативне інформування органів управління охорони здоров'я та інших зацікавлених організацій про нещасні випадки, катастрофи, надзвичайні та інші ситуації.

Категорія залежить від кількості населення, що проживає на території міст та сільських адміністративних районів або кількості викликів, що надходять до станції (Табл. 9.2).

При обслуговуванні понад 2 млн. населення або більше 100 тис. викликів, станції екстреної медичної допомоги відносяться до не категорійних.

Для надання екстреної медичної допомоги створюються виїзні бригади, кількість і вид яких визначається головним лікарем залежно від необхідності, але не менше ніж 0,7 на 10 тис. населення. Кожна станція (крім IV і V категорії) може мати спеціалізовані бригади. *Серед спеціалізованих бригад виділяють наступні їх види:* кардіореанімаційні; психіатричні; неврологічні; інтенсивної терапії та реанімації, в тому числі дитячої реанімації.



Таблиця 9.2

Категорії станцій екстреної медичної допомоги

Категорія	Кількість населення	Кількість викликів
1-ша	1–2 млн.	75–100 тис.
2-а	500 тис. — 1 млн.	50–75 тис.
3-тя	200 тис. — 500 тис.	25–50 тис.
4-та	50 тис. — 200 тис.	10–25 тис.
5-та	до 50 тис.	5–10 тис.

Підrozділами станції екстреної медичної допомоги є:

- диспетчерська для прийому звернень і передачі викликів виїзним бригадам;
- підрозділ обліку вільних лікарняних ліжок в лікувально-профілактичних закладах та організації регулювання потоку екстреної госпіталізації хворих в межах передбаченої штатної чисельності;
- консультативно-довідкова служба для інформування населення з невідкладних медичних питань;
- підрозділ транспорту з парком санітарних та інших машин;
- підрозділ медичної статистики;
- навчальні класи для забезпечення систематичної підготовки медичних працівників та водіїв санітарного автотранспорту з питань надання екстреної допомоги на догоспітальному етапі.

У структурі станції екстреної (швидкої) медичної допомоги працює оперативний відділ (диспетчерська), який приймає та забезпечує виклики. Реєстрація потреб населення та управління бригадами здійснюється за допомогою радіотелев'язку.

Вся робота оперативного відділу розпочинається з медичного евакуатора. Саме до нього звертається населення з викликом. Медичний евакуатор (диспетчер) оперативного відділу при відповіді на телефонний дзвінок повинен назвати свій особистий номер, уточнити причину виклику, адресу, прізвище, вік абонента, занести дані в картку виклику з відміткою часу. За будь-яких сумнівів або за потреби в консультації він перемикає прохача на пульта старшого лікаря. Телефонний дзвінок в цей момент не переривається, що дозволяє в повному обсязі вирішувати різноманітні ситуації.



Картка виклику передається старшому диспетчеру оперативного відділу для прийняття рішення про направлення бригади з попереднім визначенням її профілю. За телефонним дзвінком лікаря, а також в разі отруєння або нещасного випадку, одразу визначають наявність місця у відповідній лікарні і передають виклик до виконання диспетчеру.

Якщо на даному напрямку немає вільних бригад, виклик обслуговує бригада з найближчої підстанції або старший диспетчер по рації розшукує через оперативний відділ бригаду, яка звільнилася після виконання виклику.

Станція екстреної (швидкої) медичної допомоги має право: відмовляти населенню у допомозі при необґрунтованому зверненні і передавати виклики за необхідності до амбулаторно-поліклінічних закладів; направляти виїзні бригади тільки до кордонів вогнищ уражень, якщо вони становлять загрозу для життя чи здоров'я членів бригади; госпіталізувати хворих або потерпілих до найближчого лікувально-профілактичного закладу для надання екстреної медичної допомоги незалежно від наявності вільних ліжок, підпорядкованості, форми власності; вимагати від лікувально-профілактичних закладів двічі на добу інформацію про наявність вільних лікарняних ліжок; за надзвичайних ситуацій мобілізувати і направляти в регіони працівників для участі в ліквідації медико-санітарних наслідків; співпрацювати з державними, недержавними закладами при плануванні і проведенні заходів щодо надання екстреної медичної допомоги.

Підстанція (пункт) екстреної (швидкої) медичної допомоги. Підстанція (пункт) екстреної (швидкої) медичної допомоги — це структурний підрозділ на правах відділення, який забезпечує своєчасну екстрену медичну допомогу на догоспітальному етапі дорослому і дитячому населенню при станах, коли є загроза їх життю або здоров'ю.

Вона організовується на території обслуговування станції екстреної (швидкої) медичної допомоги з урахуванням: 10-хвилинної в міській і 20-хвилинної в сільській місцевості транспортної доступності до меж зони обслуговування; чисельності населення; наявності та стану транспортних шляхів; насичення транспортними підприємствами і сільськогосподарськими комплексами; наявності лікувально-профілактичних закладів та матеріальної бази для їх розміщення.

Завідувач підстанцією очолює і несе відповідальність за всі її види діяльності. Підстанція працює в цілодобовому режимі. Зміна чергових бригад проводиться, як правило, о 7 та о 19 годині. З 11 до 23 години, коли приходить найбільша кількість звернень, додатково працює денна бри-



гада. За наявності декількох підстанцій на цій території зміна чергувань не повинна здійснюватися на всіх підстанціях одночасно.

Бригада екстреної медичної допомоги працює з мінімальною кількістю заїздів на підстанцію, завдяки отриманню викликів з підстанції, центральної диспетчерської під час руху. З приймальних відділень стаціонарів бригада не транспортує хворих додому. Таке питання може вирішувати виключно старший лікар.

Категорії підстанцій визначаються за кількістю виїзних бригад: 1-ша категорія — 13 і більше бригад; 2-а — 6–12 бригад; 3-тя — 2–5 бригад.

Лікарня екстреної (швидкої) медичної допомоги. Лікарня екстреної (швидкої) медичної допомоги — це лікувально-профілактичний заклад, призначений для цілодобового надання стаціонарної екстреної допомоги населенню при гострих захворюваннях, травмах, нещасних випадках, отруєннях в повсякденних умовах і надзвичайних ситуаціях.

Вона може організовуватися в обласних центрах і містах з населенням не менше 300 тисяч чоловік та функціонувати як самостійна установа, входить до складу об'єднання швидкої медичної допомоги.

Основні завдання лікарні екстреної (швидкої) медичної допомоги:

- цілодобова стаціонарна екстрена медична допомога хворим та потерпілим при патологічних станах із загрозою життю, раптовим погіршенням здоров'я і при надзвичайних ситуаціях;
- лікувально-діагностична допомога зазначеним контингентам до кінцевого результату;
- взаємодія з медичними, немедичними закладами та установами при вирішенні питань організації та надання екстреної допомоги;
- участь в розробці прогнозів потреби в медичній допомозі;
- участь в розробці пропозицій щодо удосконалення організаційних форм і методів діагностики, лікування, профілактики, та зниження впливу негативних факторів, які впливають на виникнення раптових захворювань, нещасних випадків тощо;
- організація і проведення заходів по підготовці лікарні до роботи в надзвичайних ситуаціях;
- створення постійного запасу для забезпечення постійної роботи лікарні в умовах надзвичайних ситуацій;
- інформування місцевих органів влади і управління охорони здоров'я у випадках масових уражень людей та виявленні хворих з підозрою на особливо небезпечні інфекції.

Основними функціями лікарні екстреної (швидкої) медичної допомоги є:



- цілодобовий прийом і госпіталізація пацієнтів, доставлених бригадами екстреної медичної допомоги, іншим транспортом і тих, хто звернувся безпосередньо до приймального відділення та за направленням лікувальних закладів;
- екстрена кваліфікована спеціалізована медична допомога хворим та потерпілим, медичне сортування потерпілих при їх масовому надходженні в лікарню;
- невідкладний лікарський огляд усіх хворих і потерпілих, які надійшли в приймальне відділення, їх госпіталізація за показаннями, незалежно від наявності вільних місць;
- переведення хворих і потерпілих для подальшого стаціонарного лікування і реабілітації в інші лікувально-профілактичні заклади міста для забезпечення оперативного використання ліжкового фонду.

До загальних структурних підрозділів лікарні екстреної (швидкої) медичної допомоги відносяться: приймальне відділення з довідково-інформаційною службою; відділення анестезіології та інтенсивної терапії; спеціалізовані клінічні відділення, профіль і потужність яких визначаються потребою і місцевих умов; діагностичні відділення та кабінети; травмпункт; операційний блок; токсикологічне відділення; аптека; патологоанатомічне відділення; централізована стерилізаційна; адміністративно-господарська частина; обчислювальний центр; організаційно-методичний відділ; планово-економічний відділ; відділ інформаційно-аналітичної роботи; бухгалтерія; інші відділи та відділення відповідно до місцевих потреб.

Організаційно-функціональна структура визначається генеральним директором лікарні відповідно до потреби, обсягами фінансування і нормативам використання прибутків госпрозрахункової діяльності.

Лікарня є базою для підготовки та вдосконалення працівників з питань організації та надання екстреної медичної допомоги, проведення науково-дослідних і дослідно-конструкторських робіт.

На базі лікарні можуть створюватися обласні, міські, державні центри з підготовки відповідних фахівців.

Очолює лікарню і несе персональну відповідальність за всі види її діяльності головний лікар.

Штат встановлюється управлінням охорони здоров'я відповідно до штатних нормативів міських лікарень і станцій екстреної (швидкої) медичної допомоги.



ТЕМА 10. ПАЛІАТИВНА ТА ХОСПІСНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА, ДОСВІД КРАЩИХ ПРАКТИК ТА ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ В УКРАЇНІ

10.1. Паліативна допомога в Україні та світі в історичному аспекті

Паліативна медична допомога підвищує якість життя пацієнтів і їх сімей, які стикаються з проблемами, пов'язаними з небезпечними для життя захворюваннями, чи то фізичні, психосоціальні або духовні недуги. За оцінками ВООЗ, щорічно в паліативній медичній допомозі мають потребу 40 мільйонів людей; 78% з них проживають в країнах з низьким і середнім рівнем доходу. В усьому світі паліативну медичну допомогу отримують сьогодні лише близько 14% людей, з тих, хто її потребує. Надмірні нормативні обмеження щодо морфії та інших основних контрольованих паліативних препаратів позбавляють людей доступу до належного знеболення та паліативної медичної допомоги.

Своєчасне надання паліативної медичної допомоги дозволяє скоротити число випадків невинуватого звернення за госпітальною допомогою та послугами охорони здоров'я. Поняття паліативної допомоги охоплює широкий спектр послуг, що надаються цілим рядом фахівців, у тому числі лікарями, медсестрами, працівниками допоміжних служб, фельдшерами, фармацевтами, фізіотерапевтами і волонтерами, участь кожного з яких є важливою для забезпечення інтересів пацієнтів і членів їх сімей.

Термін паліативна медицина, паліативний догляд, паліативна допомога, паліативне лікування з'явився в світовій медицині у 1980-і роки ХХ століття. У перекладі з латини слово «pallium» означає «покриття», «покрив». Тобто, йдеться про всебічну допомогу хворим, які страждають на прогресуючі захворювання на пізніх стадіях розвитку. Основне завдання паліативної допомоги: наскільки можливо, полегшити страждання пацієнтів, вирішити їх психологічні, соціальні і духовні проблеми.

Протягом вісімдесяти років цей напрямок перетворювався на окремий розділ клінічної медицини. Водночас у багатьох країнах світу почали створюватись неурядові організації, метою яких було сприяння в організації паліативного лікування, з'явилися медично-соціальні установи зі стандартним набором відповідних послуг.

Історія закладів паліативної допомоги та хоспісів є дуже давньою. «Хоспіс» у перекладі з англійської — будинок для мандрівників. Колись при монастирях будували такі будинки для хворих паліативів, які подорожували до Святої землі.



Людство завжди так чи інакше піклувалося про вмираючих, нужденних, бідних. Кожне суспільство та релігія проявляли своє милосердя по-різному, але його суть незмінна: дати притулок, нагодувати, обігріти, заспокоїти, підтримати.

Ще в Київській Русі благодійність та милосердя вважалися обов'язковими для більшості членів суспільства — князі нерідко давали обіди бідним людям, при їх дворах жили «божі» люди. При кожному монастирі (а їх на наших теренах було чимало) обов'язково існували богадільні, де знаходили притулок хворі та знедолені. Монахи опікувалися цими людьми, лікували їх тіло і душу.

Деякі притулки чи богадільні дуже давні. Так, наприклад, в польському Любліні будинок притулку був відкритий ще в 1342 році, у Варшаві будинок Святого Духу і Діви Марії — у 1388 році. Та лише у наш час ідеї милосердя і гуманізму мають шанс отримати систему стандартів, гарантованих кожному. Активно розвивається галузь, основним завданням якої є покращення якості життя та полегшення страждань невиліковно хворих.

У 1967 році в передмісті Лондона в притулку Святого Христофора *Сесілія Сандерс (1918–2005)* організувала перший хоспіс сучасного зразка. У 1969 році *Елізабет Кюблер-Рос (1926–2004)* видала першу книгу з танатології, упорядкувавши понад 500 інтерв'ю з умираючими пацієнтами. Книга стала шоком для суспільства. У парламентах багатьох країн порушується питання про законодавче врегулювання права участі самого хворого у вирішенні питань щодо умов його смерті.

У 1981 році Всесвітня Організація Охорони Здоров'я ухвалила Лісабонську декларацію — перелік прав пацієнта, серед яких окремо виділено право на смерть з гідністю.

У 1982 році ВООЗ оголошує про необхідність створення нового напрямку охорони здоров'я і пропонує визначення паліативної допомоги. Відповідно до цього визначення паліативної називалася «активна всебічна допомога пацієнтам, чиї хвороби більше не піддаються лікуванню, першочерговим завданням якої є купування болю та інших патологічних симптомів, а також вирішення соціальних, психологічних і духовних проблем хворих. Метою паліативної допомоги є досягнення найкращої якості життя хворих та їх сімей».

У 1986 році ВООЗ прийняла документ, що мав назву «сходинки знеболення». У 1988 році для поширення ідеології паліативної допомоги була створена Європейська Асоціація паліативного догляду (ЕАРС). Нині ця ор-



ганізація об'єднує волонтерів, добровольців, усіх людей доброї волі, зусилля яких спрямовані на розробку підходів до паліативного лікування, соціальної роботи, культурних і антропологічних питань приречених хворих. Нині в організації понад 6 000 постійних членів, що представляють багато країн та всі напрямки медицини, що стосуються догляду за пацієнтами з прогресуючими і термінальними формами раку та іншими захворюваннями.

Діяльність і напрямок розвитку паліативної допомоги на міжнародному рівні були визначені документами Всесвітньої організації охорони здоров'я (1982, 1990), Барселонської (1996), Корейської (2005) і Венеціанською деклараціями (2006), а також Міжнародною програмою розвитку паліативної допомоги Європейського протиракового товариства (2004) і Будапештськими зобов'язаннями Європейської асоціації паліативної допомоги (2007).

У 1996 році паліативна допомога була внесена в Index Medicus під терміном «паліативна допомога» на додаток до наявних визначень «термінальна допомога» (1968) і «хоспіс» (1980).

У 2002 році уже у восьми країнах розроблені та створені національні стандарти з надання хоспісної допомоги. У 2003 році Комітет Міністерства Ради Європи розробив рекомендації державам-учасницям організації паліативної допомоги.

В Україні перші хоспіси були відкриті у Львові, Івано-Франківську, Коротені Житомирської області за сприяння міжнародних організацій.

В даний час в Україні створено мережу хоспісів та центрів паліативної допомоги, що надають паліативну допомогу на різних засадах: державні, благодійні, комунальні. Звичайно, не всі вони відповідають міжнародним стандартам паліативного догляду. Але те, що вони є — означає тільки одне: полегшення чийось страждань, виконання чийось останньої волі і чийсь спокій на останній земній дорозі.

Офіційна назва Харківського хоспісу — Обласний центр паліативної медицини. Ідея створення хоспісу в Харкові належить Віталію Олександровичу Екзархову який у 1999 році завідував відділенням реанімації в лікарні швидкої та невідкладної допомоги. Саме він заснував Харківський хоспіс і очолив його. Тоді ж він вперше почав замислюватися над тим, як полегшити страждання тих, кому вже не допомогти. Після ознайомлення з історією виникнення хоспісів за кордоном за допомогою губернатора області та мерії міста в 2010 в Харкові, був відкритий перший Хоспіс.



Нині в м. Харкові працює «Хоспіс», розрахований на 80 ліжок, який відкрито на базі КНП «Міська клінічна багатопрофільна лікарня №17» Харківської міської ради, а для дитячого населення — у відділенні паліативної допомоги — «Дитячий хоспіс» (розрахований на 20 ліжок), що знаходиться на базі КНП «Міська дитяча лікарня №5».

10.2. Роль і місце паліативної медичної допомоги в системі охорони здоров'я України

В основу як стаціонарної, так і амбулаторної паліативної допомоги в Україні, МОЗ вкладає мультидисциплінарний підхід, що передбачає роботу мультидисциплінарної команди. Вона працює згідно з Планом спостереження пацієнта, що потребує паліативної допомоги.

Згідно Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», статті 33 розділу 5 йдеться про надання медичної допомоги населенню України. «Медична допомога надається відповідно до медичних показань професійно підготовленими медичними працівниками, які перебувають у трудових відносинах із закладами охорони здоров'я і забезпечують надання медичної допомоги згідно з одержаною відповідно до закону ліцензією, та фізичними особами-підприємцями, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку і можуть перебувати з цими закладами у цивільно-правових відносинах».

Медична допомога за видами поділяється на екстрену, первинну, вторинну (спеціалізовану), третинну (високоспеціалізовану), паліативну, медичну реабілітацію.

В цьому розділі в статті 35 знаходимо визначення паліативної допомоги, а саме: на останніх стадіях перебігу невиліковних захворювань пацієнтам надається *паліативна допомога*, яка включає комплекс заходів, спрямованих на полегшення фізичних та емоційних страждань пацієнтів, а також надання психосоціальної і моральної підтримки членам їх сімей.

Паліативна допомога надається закладами охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування (далі — заклади охорони здоров'я, які надають паліативну допомогу), фізичними особами-підприємцями, які отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики (далі — ФОП). Для надання паліативної допомоги у стаціонарних умовах наявність ліцензії на провадження господарської діяльності з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів є обов'язковою.



Загальна паліативна допомога — паліативна допомога, яка надається в амбулаторних умовах або за місцем перебування пацієнта лікарями загальної практики — сімейними лікарями, терапевтами, педіатрами та іншими лікарями-спеціалістами, молодшими спеціалістами з медичною освітою або в закладах охорони здоров'я, які надають вторинну медичну допомогу, мультидисциплінарною командою.

Паліативна допомога надається безоплатно за направленням закладу охорони здоров'я, в якому пацієнтові надавалася вторинна (спеціалізована) чи третинна (високоспеціалізована) медична допомога, з яким укладено договір про медичне обслуговування населення.

Порядок надання паліативної допомоги та перелік медичних показань для її надання визначаються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я.

У червні 2020 року вийшов наказ МОЗ №1308 «Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні». Його чекали давно, оскільки досі ця сфера регулювалася наказом від 2013 року. Від того часу змінилися як підходи у світі, так і ситуація в Україні. Дуже важливо, що МОЗ видав цей актуальний і довгоочікуваний наказ, і він дає сучасне визначення паліативної допомоги, яке відповідає міжнародному (прийняте ВООЗ у 2014 році).

Якщо раніше її надання стосувалося виключно термінальних стадій невиліковних захворювань, то відтепер — це комплекс заходів, спрямованих на покращення якості життя пацієнта із захворюваннями, що обмежують життя чи загрожують йому. Відповідно наведено критерії визначення пацієнта, який потребує паліативної допомоги, але їх потрібно удосконалити. Бо якщо слідувати затвердженням нині, то контингент паліативних пацієнтів можна розширювати настільки, що не вистачить жодного бюджету, аби покрити всі потреби. В такому разі без паліативної допомоги можуть опинитися й ті, хто її найбільше потребує.

У деяких країнах світу 21 день перебування пацієнта у стаціонарному хоспісі покривається страхуванням або оплачується державою. Решта — коштом пацієнта або благодійних фондів чи меценатів. Зважаючи на складну економічну ситуацію в нашій державі, низьку платоспроможність населення, відсутність медичного страхування та благодійних фондів, треба вирішити, які механізми фінансування застосувати в Україні, щоб не порушити професійних та етичних принципів надання паліативної та хоспісної допомоги. *У МОЗ України створено окремий відділ, на який покладено координацію та моніторинг паліативної і хоспісної допомоги.*



Кількість закладів паліативної і хоспісної допомоги в Україні збільшилася майже втричі. Процес значно прискорився після прийняття у 2017 році Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», яким держава гарантує в тому числі і повну оплату необхідних медичних послуг та лікарських засобів, пов'язаних з наданням паліативної медичної допомоги. Більше того, за останніми даними НСЗУ у рамках Програми медичних гарантій можна отримати стаціонарну паліативну допомогу у 431 медичних закладах, ще 203 медичні заклади законотрактовані НСЗУ на надання мобільної паліативної допомоги.

В усьому світі паліативну допомогу *розділяють на три рівні: паліативний підхід* або первинну, *загальну* (її здебільшого надають заклади вторинного рівня), та *спеціалізовану* (надають хоспіси або відділення паліативної медицини та виїзні бригади). Однак, у наказі МОЗ зазначено тільки два останні, що значно применшує роль первинки у цій сфері.

Нині всі розвинені держави світу роблять акцент на амбулаторний рівень паліативної допомоги (80–85% пацієнтів отримують її вдома), в тому числі і на участь у ній сімейного лікаря. Ми до цього також прийдемо, бо скільки б хоспісів не будували (та й коштів на це в держави не вистачить), їх буде недостатньо. Інша справа, що для сімейного лікаря потрібно створити відповідні умови. Передусім навчити його працювати з паліативним пацієнтом та його родиною, забезпечити спеціальною сумкою-укладкою, зрештою, доплатити за таку роботу, запровадивши певний коефіцієнт до капітаційної ставки на паліативного хворого, організувати співпрацю з територіальним центром соціального обслуговування і виїзною бригадою. Тоді можна буде сподіватися на високу відповідальність медика.

10.3. Основні складові надання паліативної допомоги та принципи її організації

За даними експертів ВООЗ, паліативної допомоги потребують дорослі, які хворіють на важкі захворювання, що загрожують або обмежують життя, зокрема: хронічні хвороби системи кровообігу (38,5%), онкологічні (34,0%) і хронічні респіраторні захворювання (10,3%), ВІЛ-інфекцію/СНІД (5,7%), цукровий діабет (4,6%) тощо.

Паліативна та хоспісна допомога надається також при важкому перебігу і термінальних стадіях багатьох інших захворювань, у т. ч. хронічній нирковій і печінковій недостатності, розсіяному склерозі, ревматоїдному



артриті, деяких неврологічних захворюваннях, деменції, післятравматичних станах, хіміорезистентних формах туберкульозу тощо. Крім того, у світі відбувається швидке постаріння населення, що зумовлює зростання обсягу важких ускладнень асоційованих з віком захворювань і, відповідно, збільшення потреби у паліативної допомоги у глобальному масштабі. За прогнозами дослідників до 2040 р. у світі потреба у паліативній допомозі може збільшитись на 25–47%.

Сучасна паліативна медицина вимагає наявності висококваліфікованих лікарських і медсестринських кадрів, що володіють знаннями в галузі клінічної медицини, фармакології, онкології і психіатрії та суворо дотримуються правил медичної етики та деонтології — збереження лікарської таємниці, відповідальність за життя і здоров'я хворих, підтримка професійних та налагодження довірчих взаємин з хворими та їхніми родичами.

Паліативна медична допомога — підхід, що дозволяє поліпшити якість життя пацієнтів та членів їх сімей, які зіткнулися з проблемою смертельного захворювання, шляхом запобігання та полегшення страждань завдяки ранньому виявленню і точній оцінці виникаючих проблем; шляхом проведення адекватного медикаментозного втручання (при больовому синдромі та інших порушеннях життєдіяльності), також шляхом надання психосоціальної та моральної підтримки.

Критерієм розрахунку потреб у паліативній допомозі користуються встановленим коефіцієнтом 0,8 від кількості померлих за попередній рік. ВООЗ рекомендує при розрахунку кількості стаціонарних ліжок враховувати показник (8–10 ліжок на 100 тис. населення).

Основними складовими паліативної допомоги є: медична (симптоматична терапія, попередження та лікування хронічного больового синдрому, медикаментозна терапія, надання ефективного знеболення); соціальна (в тому числі надання соціальної послуги паліативного догляду); духовна; психологічна підтримка пацієнта та його сім'ї, інших осіб, що здійснюють догляд за пацієнтом.

Паліативна допомога ґрунтується на принципах: доступності; планування; безперервності та наступності.

Останні принципи здійснюються відповідно до побажань пацієнта щодо вибору місця лікування та місця смерті із забезпеченням можливості отримання куративного лікування паралельно із паліативною допомогою, з урахуванням етичного і гуманного ставлення до пацієнта та членів його сім'ї, інших осіб, що здійснюють догляд за пацієнтом, упродовж 7 днів на тиждень. Доступність паліативної допомоги забезпечується пацієнтам



усіх вікових категорій та соціальних груп, незалежно від місця перебування пацієнта.

Для визначення плану та обсягу надання паліативної допомоги закладом охорони здоров'я, який надає паліативну допомогу, ФОП складається план спостереження пацієнта, що потребує паліативної допомоги (далі — План спостереження). План спостереження складається в двох примірниках. При виписці один примірник Плану спостереження залишається у медичній обліковій документації, другий — видається пацієнту або його членам родини /законному представнику. Перегляд Плану спостереження відбувається на регулярній основі, визначеній закладом охорони здоров'я, що надає паліативну допомогу, та у разі зміни клінічного стану пацієнта або його побажань. Вибір місця надання паліативної допомоги і місця смерті для пацієнта обговорюється та погоджується з пацієнтом та/або з його законним представником. Бажання пацієнта є пріоритетним та фіксується в Плані спостереження.

Безперервність і наступність надання паліативної допомоги передбачає наскрізну інтеграцію паліативної допомоги до процесу надання медичної допомоги в умовах всіх закладів охорони здоров'я.

Щодо структури паліативної допомоги, то вона визначена в таких межах: *хоспіс (спеціалізована паліативна допомога), відділення паліативної допомоги в багатoproфільній лікарні, мобільні паліативні бригади, кабінет лікування хронічного болю та паліативної допомоги, центр медичної реабілітації та паліативної допомоги дітям, мобільна служба респіраторної підтримки.* Адміністративно-територіальну одиницю, яку обслуговуватиме заклад, визначатимуть залежно від потреб населення в паліативній допомозі, демографічних показників та інших особливостей регіону.

Координацію надання паліативної допомоги здійснюють центри координації. Спеціалісти, які надають паліативну допомогу, взаємодіють між собою та забезпечують наступність надання допомоги відповідно до потреб та клінічного маршруту пацієнта.

Центром координації регіональної мережі паліативної допомоги визначають один із закладів охорони здоров'я, в якому надається спеціалізована паліативна допомога. Координація надання паліативної допомоги передбачає взаємодію між закладами охорони здоров'я, які надають паліативну допомогу, іншими закладами охорони здоров'я, закладами соціального захисту населення, освіти, волонтерами та громадськими організаціями задля забезпечення наступності та безперервності надання паліативної допомоги пацієнту.



Центром координації надання паліативної допомоги може визначатися один із закладів або відділень паліативної, хоспісної допомоги. Це повинен бути заклад обласного рівня (зокрема, центр паліативної, хоспісної допомоги чи обласна лікарня «Хоспіс»), який міг би здійснювати не лише лікувально-діагностичну, а й організаційно-координаційну та методичну роботу, збирати й аналізувати статистичні дані, навчати лікарів і медичних сестер, в тому числі і сімейних, проводити наукові дослідження тощо.

Лікарня «Хоспіс» — це заклад охорони здоров'я стаціонарного типу, який надає пацієнту спеціалізовану паліативну допомогу, консультативні послуги пацієнту та членам їх сімей, іншим особам, що здійснюють догляд за пацієнтом, медичним працівникам інших закладів охорони здоров'я або установ соціального захисту населення.

Спеціалізована паліативна допомога в амбулаторних та стаціонарних умовах надається спеціалістами та фахівцями з медичною освітою, які мають підготовку з паліативної допомоги відповідно до вимог МОЗ щодо безперервного професійного розвитку та передбачає залучення інших фахівців за потребою. Склад фахівців та спеціалістів може бути різним залежно від стану та віку пацієнта, обсягів допомоги, розміру території обслуговування та може розширюватись за потребою.

Відділення паліативної допомоги створюються як підрозділи паліативної допомоги у структурі закладу охорони здоров'я для надання спеціалізованої стаціонарної та амбулаторної паліативної допомоги, консультативних послуг пацієнтам та членам їх сімей, іншим особам, що здійснюють догляд за пацієнтом, медичним працівникам інших закладів охорони здоров'я або працівникам закладів соціального захисту населення.

Центр медичної реабілітації та паліативної допомоги дітям є спеціалізованим закладом охорони здоров'я, що забезпечує потреби дітей у паліативній допомозі та надає консультативну, соціально-психологічну, інформаційну та амбулаторно-консультативну допомогу щодо паліативної допомоги законним представникам дитини та особам, що беруть участь у догляді за дитиною, дітям з інвалідністю, дітям з порушеннями розвитку, дітям, які мають невиліковні прогресуючі захворювання.

Відділ мобільної паліативної допомоги створюється як окрема юридична особа, або як структурний підрозділ у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування або як ФОП. До складу відділу мобільної паліативної допомоги входить лікар, молодший спеціаліст з медичною освітою та інші спеціалісти за потреби, з метою надання загальної та/або спеціалізованої паліативної допо-



моги пацієнту в амбулаторних умовах, в місцях їх перебування, а також надання консультацій та психологічної підтримки членам сім'ї або законним представникам, надання консультацій медичним працівникам інших закладів охорони здоров'я або працівникам установ соціального захисту населення.

Відділ мобільної респіраторної підтримки створюється як окрема юридична особа, або як структурний підрозділ у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування, або як ФОП для надання спеціалізованої паліативної допомоги пацієнту, який потребує проведення штучної вентиляції легень в амбулаторних умовах, вдома, за місцем перебування та надання консультативної підтримки членам сімей та осіб, які здійснюють за ним догляд.

Кабінет лікування хронічного болю та паліативної допомоги створюється як окрема юридична особа, або як структурний підрозділ у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування, або як ФОП. Для надання паліативної допомоги та поліпшення доступності та забезпечення протибольової терапії пацієнту з поширеними формами злоякісних новоутворень та хронічним больовим синдромом неонкологічного походження. Кабінет лікування хронічного болю та паліативної допомоги надає послуги діагностики болю, раціонального підбору протибольової терапії у пацієнта з хронічним больовим синдромом із застосуванням фармакологічних, нефармакологічних та інших методів, а також надає консультації медичним працівникам інших закладів охорони здоров'я або установ соціального захисту населення, членів сім'ї пацієнта або законним представникам, іншим особам, що здійснюють догляд за пацієнтом.

Волонтерська допомога при наданні паліативної допомоги здійснюється відповідно до Закону України «Про волонтерську діяльність». Кількість волонтерів, яких потрібно залучити до надання паліативної допомоги, визначається закладом охорони здоров'я самостійно. Залучені волонтери мають пройти підготовку та інструктаж з питань надання паліативної допомоги та залучатися координатором — відповідальним спеціалістом закладу охорони здоров'я. Закладом охорони здоров'я, який залучає волонтерів, має проводитись реєстрація та регулярна оцінка діяльності волонтерів, обговорюватись її результати, а також організовуватись безперервне навчання волонтерів. Рівень кваліфікації волонтерів та їх координаторів має відповідати завданням.

Паліативна та хоспісна допомога повинна бути доступною для всіх



людей у будь-якому віці та для будь-якої хвороби. Паліативна допомога покликана поліпшувати якість життя невиліковно хворих пацієнтів та їх сімей, дати змогу прожити решту часу в найбільш комфортних умовах.

10.4. Спеціалізована паліативна медична допомога в умовах хоспісу

Однією з форм паліативної допомоги є хоспіс — спеціалізована медична установа для догляду за невиліковно хворими людьми в останній стадії захворювання. Прогноз для життя таких хворих несприятливий — максимум 6 місяців.

Лікарня «Хоспіс» — це заклад охорони здоров'я стаціонарного типу, який надає пацієнту спеціалізовану паліативну допомогу, консультативні послуги пацієнту та членам їх сімей, іншим особам, що здійснюють догляд за пацієнтом, медичним працівникам інших закладів охорони здоров'я або установ соціального захисту населення.

Слово «хоспіс» походить від старофранцузької *hospice*, яке в свою чергу утворилося від латинських слів *hospes* («гість») і *hospitium* («гостинність»). В середні віки термін «хоспіс» використовувався для позначення місця спочинку пілігримів або паломників. З англійської мови слово перейшло в інші європейські мови у XIX столітті.

Хоспісна допомога є складовою паліативної допомоги, яка надається пацієнту в термінальних стадіях захворювання, а також членам родини пацієнта у закладах охорони здоров'я або вдома фахівцями, які мають удосконалення з питань паліативної допомоги.

Серед пацієнтів спеціалізованої паліативної допомоги виділяють групу хворих, яким, насамперед, потрібне надання паліативної допомоги, це хворі на злоякісні новоутворення; хворі на СНІД в термінальній стадії; хворі на неінфекційні хронічні прогресуючі захворювання в термінальній стадії розвитку (декомпенсація серцевої, легеневої, печінкової, ниркової недостатності, розсіяний склероз, важкі наслідки порушення мозкового кровообігу тощо).

Паліативна медична допомога необхідна при багатьох інших патологічних станах, серед них: хвороба Паркінсона, ревматоїдний артрит, неврологічні захворювання, деменція, вроджені вади і туберкульоз з лікарською стійкістю.

Слід зазначити, що біль є одним з найбільш частих і серйозних симптомів пацієнтів, які звертаються за паліативною медичною допомогою. У кінцевій стадії захворювання від помірного до гострого болю відчува-



ють 80% хворих на СНІД або рак і 67% — із серцево-судинним захворюванням або хронічним обструктивним захворюванням легень.

Заклад охорони здоров'я «Хоспіс» забезпечує цілодобове надання паліативної допомоги, медико-психологічної реабілітації, та психологічної, соціальної і духовної підтримки пацієнту і членам його родини.

Діяльність Хоспісу здійснюється за умови наявності сертифіката державної акредитації закладу охорони здоров'я, ліцензії Міністерства охорони здоров'я України на право провадження господарської діяльності: з медичної практики; з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів.

Хоспіс створюється рішенням органів охорони здоров'я з дозволу головного розпорядника коштів і функціонує відповідно до чинних нормативно-правових актів. Фінансування Хоспісу здійснюється за рахунок місцевих бюджетів та залучених коштів (благодійних, добровільних внесків, пожертв від юридичних і фізичних осіб), інших джерел, не заборонених чинним законодавством. Оплата праці проводиться згідно діючих умов оплати праці.

Структура і штатний розпис Хоспісу затверджуються територіальним органом охорони здоров'я або засновниками залежно від визначеної потужності та об'єму роботи закладу, покладених на нього завдань і функцій, з урахуванням наявних потреб на підставі цього Положення, відповідних нормативно-правових документів і стандартів паліативної допомоги.

Примірна структура Хоспісу: адміністрація (управління); приймальне відділення; паліативне відділення з 1-, 2- ліжковими палатами; відділення спеціалізованої виїзної бригади з надання паліативної допомоги «Хоспіс вдома»; адміністративно-господарські підрозділи.

Управління Хоспісом здійснює генеральним директором, який призначається на посаду та звільняється з посади відповідно до чинного законодавства і несе відповідальність за діяльність закладу.

Штати палатних медичних сестер та палатних молодших медичних сестер Хоспісу розраховуються і затверджуються (узгоджуються) з розрахунку не менше як один повноцінний цілодобовий пост медичної сестри на 6 стаціонарних ліжок та один повноцінний цілодобовий пост молодшої медичної сестри на 6 стаціонарних ліжок.

Генеральний директор Хоспісу може здійснювати перерозподіл штатного розпису в межах затверджених штатів та згідно з діючими нормативами.

Матеріально-технічне забезпечення Хоспісу здійснюється згідно таблицю матеріально-технічного обладнання і кошторису витрат.



Функції та відповідальність персоналу Хоспісу визначаються посадовими інструкціями та чинними законодавчими і нормативними актами.

Основні завдання хоспісу:

- забезпечення поліпшеної якості життя пацієнта шляхом своєчасної діагностики больового синдрому і розладів життєдіяльності, запобігання та полегшення страждань пацієнта, цілодобового кваліфікованого контролю симптомів і медичного догляду, медико-психологічної реабілітації, соціальної та духовної підтримки;
- здійснення оцінки стану та визначення медичних, психологічних, соціальних та духовних потреб пацієнта;
- визначення та проведення необхідного обсягу паліативної допомоги, що ґрунтується на принципах безперервності та наступності;
- організація необхідного обсягу обстеження, кваліфікованого догляду, медико-психологічної реабілітації, соціальної та духовної підтримки пацієнта;
- своєчасне діагностування та лікування ускладнень або загострень основного та супутніх захворювань, організація надання екстреної допомоги пацієнту у разі невідкладних станів;
- проведення регулярних лікарських оглядів пацієнта з періодичністю, що визначається його станом, але не рідше 1 разу на тиждень;
- вивчення та впровадження в практику сучасних методів паліативної допомоги або симптоматичного лікування, контролю хронічного болю та догляду за пацієнтом у термінальній стадії захворювання;
- організація, зберігання, перевезення, придбання, використання, відпуску, знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, відповідно до чинних нормативно-правових актів;
- організація соціально-психологічної допомоги членам родини пацієнта на період його хвороби та після втрати;
- ведення встановлених форм первинної облікової документації і форм звітності;
- здійснення у встановленому порядку заходів з дотримання норм і правил санітарно-протиепідемічного режиму;
- організація та проведення, в разі потреби, консультативних оглядів пацієнта із залученням лікарів-спеціалістів спеціалізованих закладів;
- забезпечення взаємозв'язку та наступності лікування з іншими лікувально-профілактичними закладами;
- ведення постійного моніторингу діяльності Хоспісу, як складової частини системи надання медичної допомоги населенню;



- розробка рекомендацій з удосконалення організації паліативної допомоги на території, що обслуговується;
- організаційно-методичне забезпечення підготовки, підвищення кваліфікації лікарів, молодших спеціалістів з вищою медичною освітою, соціальних працівників та психологів з питань паліативної допомоги;
- надання консультативної допомоги медичним працівникам, які здійснюють первинну паліативну допомогу, з питань надання паліативної допомоги;
- навчання членів родин (опікунів, осіб, що забезпечують догляд) пацієнта навичкам догляду за тяжкохворими;
- забезпечення взаємодії з установами соціального захисту, іншими закладами і установами, громадськими організаціями та фондами, що пропонують свою допомогу у вирішенні питань медико-соціальної допомоги пацієнту, залучення релігійних організацій будь-яких віросповідань для догляду за пацієнтом та відправлення, в разі необхідності, культових обрядів в період перебування пацієнта в стаціонарі;
- підтримка волонтерського руху для здійснення безкоштовного догляду за пацієнтом.

Два види хоспісної допомоги надається населенню: стаціонарна та амбулаторна.

Амбулаторна допомога здійснюється вдома у хворого бригадами виїзної служби хоспісу («хоспіс на дому»).

Стаціонарна допомога здійснюється, залежно від потреб хворого та його родини, в умовах цілодобового, денного або нічного перебування в стаціонарі. Родичам дозволяється відвідувати хворих, єдине обмеження для відвідування — стан здоров'я пацієнта.

У хоспісі тяжкохворим пацієнтам надається: кваліфікована медична допомога (підбір і проведення необхідної знеболюючої, симптоматичної терапії; організація паліативного лікування); психологічна/психотерапевтична допомога; необхідний догляд — задоволення практичних потреб пацієнтів (підбір харчування відповідно до лікарських рекомендацій — важкохворі пацієнти отримують кисень, зондове харчування).

Крім цього, пацієнти хоспісу отримують: соціальну підтримку, консультативну допомогу, санітарно-гігієнічну освіту.

Вся сукупність медико-соціальної та психологічної допомоги хворому спрямована на ліквідацію або зменшення больового синдрому та страху смерті при максимально можливому збереженні його свідомості та ін-



телектуальних здібностей. До кожного хворого в хоспісі застосовується фізичний (досягається створенням в стаціонарі умов, максимально наближених до домашніх) і психологічний підхід (здійснюється на основі принципу індивідуального підходу з урахуванням його стану, духовних, релігійних та соціальних потреб).

ТЕМА 11. ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В УКРАЇНІ. ПОТРЕБА У РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПОСЛУГАХ. ДОСВІД КРАЇН ЄВРОПЕЙСЬКОГО РЕГІОНУ

11.1. Медична реабілітація як важлива складова медичної допомоги

Універсальне охоплення медичною допомогою має стати головною стратегією розвитку будь-якої системи охорони здоров'я в світі, і дана стратегія посідає чітке відображення у Цілях Сталого Розвитку (Sustainable Development Goals). Універсальне охоплення медичною допомогою також передбачає і можливість щодо отримання якісної реабілітаційної допомоги без додаткового фінансового тягаря будь-де та будь-коли без будь-яких обмежень.

Важливість реабілітаційних заходів підкреслено і у Алма-Атинській декларації ВООЗ, де вона визначається важливою складовою первинної медико-санітарної допомоги. Однак, за даними ВООЗ, серед багатьох систем охорони здоров'я сьогодні реабілітація не повною мірою ефективно інтегрована до первинної медико-санітарної допомоги.

Потреби щодо розвитку реабілітаційних послуг мають тенденцію до зростання. Основною причиною такого становища є старіння населення земної кулі; поширеність неінфекційних захворювань; інвалідність; травматизм; міграція та переселення; надзвичайні ситуації (спалахи інфекційних хвороб, гуманітарні кризи, стихійні лиха, тощо).

За даними ВООЗ країни європейського регіону мають найстарішу популяцію серед шести регіонів світу. Так, серед 25 країн із літньою популяцією, 22 країни належать саме до європейського регіону, і кількість населення у віці старше 60 років має динаміку до зростання: від 23,9% у 2015 році до 34,2% у 2050 році. Збільшення віку корелює із мультиморбідністю захворювань та функціональними порушеннями, як наслідків-захворювань, що веде до обмеження пересування, самообслуговування, комунікації, ментальних порушень або болю, обмеження участі у житті



громади, трудової та соціальної активності, приводе до ізоляції та бідності.

За оцінками, сьогодні патологічними станами, за яких показана реабілітація, у всьому світі страждає близько 2,4 мільярда людей. За прогнозами, у зв'язку із змінами в галузі здоров'я та демографії населення потреби в реабілітації в усьому світі зростатимуть.

За даними ВООЗ, у багатьох регіонах світу ці зростаючі потреби в реабілітації значною мірою не задовольняються. У деяких країнах із низьким та середнім рівнем доходу більше половини людей, яким показані реабілітаційні послуги, їх не отримують.

Всесвітня організація охорони здоров'я визначає низку факторів, через яку потреби у реабілітації залишаються незадоволеними. Це: низький рівень пріоритетності реабілітації, недостатнє фінансування, відсутність політики чи планів у сфері надання реабілітаційних послуг на національному рівні; відсутність доступу до послуг з реабілітації за межами міських районів та тривалий час їх очікування; високий рівень витрат населення на послуги з реабілітації та відсутність чи недостатність механізмів фінансової підтримки; дефіцит кваліфікованих фахівців у галузі реабілітації; у багатьох країнах із низьким та середнім рівнем доходу забезпеченість кваліфікованим персоналом становить менше 10 на 1 мільйон осіб населення; дефіцит ресурсів, включаючи асистивні технології, обладнання та витратні матеріали; низький рівень наукової роботи та збору даних щодо реабілітації; неефективні чи недостатньо задіяні механізми спрямування пацієнтів для отримання реабілітаційних послуг.

11.2. Медична реабілітація в Україні

Медична реабілітація, як вид медичної допомоги, визначена Законом України «Про охорону здоров'я», де даному виду медичної допомоги присвячена стаття 35–5, у якій надаються дефініції та обґрунтовано випадки за яких вона має надаватися. Так, «Медична реабілітація — це вид медичної допомоги, що надається пацієнтам в амбулаторних або стаціонарних умовах і включає систему медичних та інших заходів, спрямованих на відновлення порушених чи втрачених функцій організму особи, на виявлення та активізацію компенсаторних можливостей організму з метою створення умов для повернення особи до нормальної життєдіяльності, на профілактику ускладнень та реци-



дивів захворювання». Медичну реабілітацію призначають пацієнтам: після закінчення гострого періоду захворювання в разі наявності обмежень життєдіяльності; з уродженими та спадковими патологічними станами, набутими порушеннями опорно-рухового та мовного апарату, вадами зору та слуху; у разі встановлення стійкої непрацездатності (інвалідності).

Відповідно до Закону медична реабілітація здійснюється безоплатно державними та комунальними закладами охорони здоров'я, з якими укладено договори про медичне обслуговування населення, за направленням відповідно до медичних показань державного чи комунального закладу охорони здоров'я, в якому пацієнтові надавалася вторинна (спеціалізована) чи третинна (високоспеціалізована) медична допомога.

Законом також встановлюється, що мережа державних і комунальних закладів охорони здоров'я формується з урахуванням потреб населення у медичному обслуговуванні, необхідності забезпечення належної його якості, своєчасності, доступності, ефективного використання матеріальних, трудових і фінансових ресурсів.

З огляду на актуальність розвитку системи реабілітації в Україні набув чинності і Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» (2021). Даний документ визначає державну політику щодо реабілітації у сфері охорони здоров'я, права та обов'язки осіб, яким надається реабілітація, принципи надання реабілітаційних послуг, суб'єктів реабілітації, надавачів та отримувачів реабілітаційних послуг.

Так, до надавачів реабілітаційної допомоги належать:

- фахівці з реабілітації (лікарі фізичної та реабілітаційної медицини; фізичні терапевти; ерготерапевти; терапевти мови і мовлення; протезисти-ортезисти; психологи, психотерапевти; сестри медичні з реабілітації; асистенти фізичних терапевтів та ерготерапевтів);
- реабілітаційні заклади (реабілітаційні лікарні та реабілітаційні центри незалежно від форми власності, які надають реабілітаційну допомогу в післягострому та довготривалому реабілітаційних періодах; амбулаторні реабілітаційні заклади незалежно від форми власності, які надають реабілітаційну допомогу в післягострому та довготривалому реабілітаційних періодах; центри психологічної реабілітації та/або травматерапії; протезно-ортопедичні підприємства незалежно від підпорядкування і форми власності; заклади комплексної реабілітації, включаючи заклади медико-психологічної реабілітації); відділення,



підрозділи, інші уповноважені суб'єкти господарювання (палати гострої реабілітації у лікарнях різного профілю, багатопрофільних лікарнях інтенсивного лікування системи охорони здоров'я незалежно від форми власності; стаціонарні відділення післягострої та довготривалої реабілітації у лікарнях різного профілю системи охорони здоров'я незалежно від форми власності; амбулаторні відділення післягострої та довготривалої реабілітації у лікарнях різного профілю системи охорони здоров'я незалежно від форми власності; стаціонарні відділення післягострої та довготривалої реабілітації, створені на базі санаторно-курортних установ незалежно від відомчого підпорядкування, типу і форми власності);

- мультидисциплінарні реабілітаційні команди (це організаційно оформлена, функціонально виокремлена група фахівців з реабілітації, об'єднаних спільними метою та завданнями реабілітації та надають реабілітаційну допомогу високого та середнього обсягу в стаціонарних та амбулаторних закладах у гострому, післягострому та довготривалому реабілітаційних періодах);
- медико-соціальні експертні комісії.

Фінансування реабілітаційної допомоги, що входить до програми державних гарантій медичного обслуговування населення, здійснюється за рахунок коштів державного бюджету.

За класифікацією світового банку (2022) Україна належить до країн із доходом нижчим за середній. Дані, якими оперує ВООЗ показують, що серед населення України (44 042 432) майже половина (47,33%) людей мають хоча б одне захворювання, за наявності якого можливо було б скористатися реабілітаційними послугами. У деяких інших країнах європейського регіону даний відсоток людей становить: у Великій Британії 43,16%; Швеції — 41,48%; Швейцарії 44,98%; Польщі 48,23%; Німеччині 45,32%; Білорусі 45,25%; Латвії 46,88%; Литві 47,09%; Туреччині 31,79%; Узбекистані 26,62%; Італії 44,96%.

За даними ВООЗ (2019) статеві-вікова структура населення, яка передбачає запровадження реабілітаційних заходів в Україні наведено в Табл. 11.1.

Серед станів, що вимагають реабілітаційних послуг визначаються: захворювання кістково-м'язової системи (65,5%), сенсорні порушення/органів чуттів (8,6%); неврологічні порушення (9,0%); психічні розлади (3,3%); хронічні захворювання респіраторного тракту (1,9%); новоутворення (0,6%); кардіоваскулярні хвороби (1,1%).



Таблиця 11.1

Розподіл населення України, яке передбачає запровадження реабілітаційних заходів, за статеві-віковою структурою (2019)

0–14 років		15–64 роки		65+ років	
жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки
299 166 (47,44%)	331 374 (52,55%)	6 793 912 (47,91%)	7 384 164 (52,08%)	3 907 313 (64,73%)	2 128 900 (35,27%)
630 540 (3,07%)		14 178 076 (68,02%)		6 036 213 (28,96%)	
20 844 829					

Національної служби здоров'я України (НСЗУ) розробила пакети послуг програми медичних гарантій з урахуванням загальних потреб щодо медичної реабілітації населення. Пакети послуг сформовано на підставі роботи експертів з розробки проєктів специфікації та умов надання медичної допомоги, які надаватимуться за Програмою медичних гарантій за відповідними напрямками медичної допомоги.

Місія НСЗУ — універсальне медичне покриття, коли пацієнт може отримати доступну та якісну медичну допомогу без значних фінансових витрат. НСЗУ закуповує необхідні для пацієнтів безпечні та якісні медичні послуги з огляду на можливості державного бюджету.

Передбачено надання / проведення заходів з медичної реабілітації починаючи із амбулаторних умов у підгострому і відновному періоді в умовах надання медичних послуг амбулаторно за місцем проживання / перебування пацієнта за наявності медичних показань.

Підставами для надання реабілітаційних послуг є направлення лікаря (лікуючого, ПМД), самозвернення до лікаря, у якого пацієнт із хронічним захворюванням перебуває під медичним наглядом.

Сьогодні у специфікації та умовах закупівлі медичних послуг за програмою медичних гарантій НСЗУ передбачено наступні пакети медичної реабілітації за напрямками:



- медична реабілітація немовлят, які народилися передчасно та/ або хворими, протягом перших трьох років (пакет послуг №25);
- медична реабілітація дорослих та дітей від трьох років з ураженнями опорно-рухового апарату (пакет послуг №26);
- медична реабілітація дорослих та дітей від трьох років з ураженням нервової системи (пакет послуг №27).

Дані пакети послуг передбачають проведення огляду, встановлення діагнозу та потреб у заходах, проведення лабораторних досліджень, проведення інструментальних досліджень, надання послуг мультидисциплінарною командою, забезпечення консультування дитини лікарями різних спеціальностей відповідно до нозології та стану, складання індивідуальної програми роботи, надання рекомендацій (пацієнту/родині/батькам), психологічний супровід, направлення до закладів спеціалізованої/ високоспеціалізованої медичної допомоги, оцінка стану щодо можливостей переходу до іншого етапу реабілітації.

Вимогами щодо надання даних видів послуг є наявність ліцензії на проведення господарчої діяльності з медичної практики за спеціальностями «Фізична та реабілітаційна медицина», «Ортопедія/травматологія», «Психологія», «Психіатрія».

Відповідно до аналітичних даних НСЗУ за 2022 рік встановлено, що загальна сума виплат за пакетами послуг з реабілітації становить 3 626 701 520 грн. При цьому, найбільш затребуваним та можливим до реалізації був пакет №26 «Медична реабілітація дорослих та дітей від 3-х років з ураженням опорно-рухового апарату», що підтверджується значним відсотком виплат саме за цим пакетом серед пакетів послуг з реабілітації і становить 58,89%, проти 32,14% виплат за пакетом №27 «Медична реабілітація дорослих та дітей від 3-х років з ураженням нервової системи» та пакет №25 «Медична реабілітація немовлят, які народилися передчасно та/або хворими, протягом перших 3-х років життя» (8,97%).

До областей із високим рівнем реалізації даного пакету з реабілітації (№26) відносяться м. Київ, Дніпропетровська та Львівська області. Ці ж області, за даними дашбордів НСЗУ, мають найбільшу кількість укладених договорів про медичне обслуговування та найбільшу загальну кількість груп послуг, що реалізуються.



11.3. Перспективи розвитку реабілітаційних послуг в світі

Реабілітаційні втручання (інтервенції) є економічно ефективними і мають найкращий результат для здоров'я. Реабілітаційні інтервенції дозволяють уникнути дороговартісних госпіталізацій, знижують час, проведений у лікарні, знижують кількість повторних звернень та ризики щодо ускладнень перебігу проблем зі здоров'ям.

Важливість актуалізації реабілітаційних послуг для систем охорони здоров'я підкреслюється численними публікаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я, де визначаються шляхи вирішення існуючих проблем.

Реабілітація є важливою послугою охорони здоров'я, поряд із профілактикою, лікуванням і паліативною допомогою. Однак у багатьох країнах люди не мають доступу до необхідних послуг реабілітації. І, як найкращий спосіб гарантувати, що реабілітаційні послуги охоплюють усіх тих, хто їх потребує, це інтегрувати реабілітацію на всіх рівнях системи охорони здоров'я як частину загального охоплення медичним обслуговуванням. Зокрема, важливо, щоб реабілітація була інтегрована на рівні первинної медичної допомоги, наближаючи послуги до громади, таким чином зменшуючи витрати та покращуючи справедливість і своєчасність надання послуг.

Наголошується, що реабілітація не може бути розширена сама по собі, скоріше необхідно зміцнити систему охорони здоров'я в цілому, щоб краще забезпечити реабілітацію. Це включає зміцнення різних компонентів, які складають систему охорони здоров'я, а саме: керівництво та управління; фінансування; служба доставки; робоча сила; допоміжні технології; та інформація.

У багатьох країнах існує обмежена інтеграція реабілітації у схеми фінансування охорони здоров'я, і це призвело до відносно невеликих бюджетних асигнувань і подальшого розриву між тим, що фінансується та доступним, порівняно з тим, що потрібно населенню. Коли державні інвестиції в реабілітацію низькі, користувачі послуг змушені платити більше власних грошей, і, на жаль, реабілітація часто стає недоступною для багатьох людей, які її потребують. Крім того, у багатьох країнах існує залежність від фінансування з боку зовнішніх партнерів з розвитку, що призводить до проблем із довгостроковим наданням та сталістю реабілітаційних послуг.

Ініціатива «Реабілітація 2030», запропонована ВОЗ, привертає увагу до глибокої незадоволеної потреби в реабілітації в усьому світі та підкреслює важливість зміцнення систем охорони здоров'я для забезпечення



реабілітації. Ініціатива відзначає новий стратегічний підхід для глобальної реабілітаційної спільноти, наголошуючи на тому, що:

- Реабілітація має бути доступною для всього населення на всіх етапах життя.
- Зусилля щодо посилення реабілітації мають бути спрямовані на підтримку системи охорони здоров'я в цілому та інтеграцію реабілітації на всі рівні охорони здоров'я.
- Реабілітація є важливою послугою охорони здоров'я та вирішальною для досягнення загального охоплення медичним обслуговуванням.

Ініціатива «Реабілітація 2030» була започаткована у лютому 2017 року та була «закликом до дій», який заохочує зацікавлені сторони до узгоджених і скоординованих глобальних дій для розширення реабілітації.

Для цього було визначено 10 пріоритетних напрямків діяльності:

1. *Створення сильного керівництва та політичної підтримки реабілітації на субнаціональному, національному та глобальному рівнях.*

2. *Посилення планування та впровадження реабілітації на національному та субнаціональному рівнях, у тому числі в рамках готовності та реагування на надзвичайні ситуації.*

3. *Поліпшення інтеграції реабілітації в сектор охорони здоров'я та зміцнення міжсекторальних зв'язків для ефективного задоволення потреб населення.*

4. *Включення реабілітації до загального охоплення медичним обслуговуванням.*

5. *Створення комплексних моделей надання реабілітаційних послуг для поступового досягнення справедливого доступу до якісних послуг, у тому числі допоміжних речей, для всього населення, включаючи жителів сільських і віддалених районів.*

6. *Розвиток сильної міждисциплінарної робочої сили з реабілітації, яка підходить для контексту країни, і просування концепцій реабілітації в усій освіті кадрів охорони здоров'я.*

7. *Розширення фінансування реабілітації через відповідні механізми.*

8. *Збір інформації, що стосується реабілітації, для вдосконалення інформаційних систем охорони здоров'я, включаючи дані про реабілітацію на рівні системи та інформацію про функціонування з використанням Міжнародної класифікації функціонування, інвалідності та здоров'я (ICF).*

9. *Розбудова дослідницького потенціалу та розширення доступності надійних доказів для реабілітації.*



10. Створення та зміцнення мереж і партнерства в реабілітації, особливо між країнами з низьким, середнім і високим рівнем доходу.

Окрім того, Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) підготувала документ *«Реабілітація у системі охорони здоров'я: керівництво до дій»*, щоб надати урядам допомогу у зміцненні систем охорони здоров'я з метою забезпечення населення необхідними реабілітаційними послугами. У цьому посібнику урядам рекомендується виконувати завдання зміцнення служб реабілітації у такі чотири стадії: 1) оцінка ситуації з реабілітацією; 2) стратегічне планування; 3) розробка концепції моніторингу, оцінки та огляду; 4) реалізація стратегічного плану.

Реабілітація є однією з найважливіших стратегій охорони здоров'я, спрямованою на забезпечення участі людей у навчанні, роботі та соціальному житті; однак потреби щодо реабілітації часто залишаються незадоволеними через дефіцит кваліфікованих реабілітаційних працівників.

Весь спектр діяльності, що здійснюється реабілітаційними працівниками різного профілю, та основні навички та знання, що дозволяють їм ефективно працювати, є цінним ресурсом, що може бути використаним академічними установами, викладачами, органами акредитації та регулюючими органами. Таким ресурсом є Система реабілітаційних компетенцій ВООЗ. Вона узгоджується зі стратегічним підходом ВООЗ до кадрових компетенцій, докладно викладених у Глобальній системі компетенцій ВООЗ (2020), та має бути основою для розробки контекстуально специфічних систем та стандартів компетенцій, необхідних для вдосконалення освіти та професійної підготовки, нормативного регулювання та підвищення якості послуг охорони здоров'я. Дана система, запропонована у документі ВООЗ, може використовуватись також при розробці навчальних програм, при встановленні стандартів практики та при створенні інструментів оцінки ефективності роботи реабілітаційних послуг.

Запропоновані компетенції розглядаються як частина реалізації Ініціативи ВООЗ *«Реабілітація 2030»*.

Система реабілітаційних компетенцій (СРК) — це модель, що визначає очікувані чи бажані показники діяльності реабілітаційних працівників різного професійного профілю, спеціалізації та у різних умовах для забезпечення високоякісного надання належних видів допомоги.

Вона включає основні цінності, переконання, компетенції, види діяльності, а також базові знання та навички, необхідні працівникам для надання послуг та підтримки в галузі реабілітації. Передбачається, що розробники систем реабілітації кожної з країн світу можуть прийня-



ти запропоновану структуру та основні концепції системи реабілітаційних компетенцій (СРК) та адаптувати її зміст відповідно до своєї ситуації та потреб.

Прикладами адаптації запропонованих компетенцій до умов країни може бути наступне: Міністерство охорони здоров'я може застосовувати системи компетенцій при оцінці та плануванні кадрового забезпечення, наприклад при проведенні аналізу прогалин у кваліфікації працівників; органи регулювання або акредитації можуть використовувати системи компетенцій для дотримання стандартів, які очікуються від професії; освітні установи можуть використовувати системи компетенцій для оцінки результатів у контексті навчальних програм, тобто системи можуть застосовуватись для формулювання результатів навчання та забезпечення того, щоб знання та навички, які отримують у навчальному закладі, відповідали потребам населення; реабілітаційні служби використовують системи компетенцій у плануванні та управлінні кадровими ресурсами (узгоджувати компетенції та діяльність персоналу з потребами населення та цілями обслуговування, у контексті управління кадровими ресурсами системи компетенцій визначають показники якості послуг та служать еталоном, за яким оцінюється робота співробітників).

Компетенції, види діяльності, знання та навички згруповані у п'ять тематичних областей, що охоплюють такі аспекти реабілітації:

- Практика (компетенції та види діяльності, що визначають взаємодію між реабілітаційним працівником з одного боку та індивідумом та його оточенням з іншого. Сюди входять компетенції та види діяльності, необхідні для встановлення відповідних робочих відносин, проведення оцінки та планування, здійснення втручань, комунікації та прийняття рішень;
- професіоналізм (компетенції та види діяльності, що стосуються таких понять, як професійна сумлінність, співробітництво, безпека та якість надання допомоги, які служать основою для належного виконання професійних функцій; навчання та професійного розвитку);
- навчання та професійний розвиток (компетенції та види діяльності, пов'язані з професійним розвитком реабілітаційного працівника та інших членів трудового колективу. Компетенції та діяльність у цій галузі мають сприяти підвищенню кваліфікації працівників, викладацькій роботі та освоєнню нових знань та навичок);
- управління та лідерство (компетенції та види діяльності, що відносяться до таких понять, як професійна сумлінність, співробітництво, безпека



та якість надання допомоги, які є основою для належного виконання професійних функцій);

- наукові дослідження (компетенції та види діяльності, що відносяться до проведення наукових досліджень, а також до поширення і впровадження у практику їх результатів).

Запропоновані компетенції розраховані на реабілітаційних працівників, які працюють у галузі аудіології, ерготерапії, протезування та ортопедії, фізіотерапії, мовної терапії, а також фахівці з медичної, сестринської та психологічної реабілітації.

Таким чином, світова аналітика визначає, що затребуваність послуг з реабілітації має динаміку до зростання. Спричиняють цей процес: старіння населення, поширення неінфекційних захворювань, травматизм, стихійні лиха, тощо.

Проблеми удосконалення системи медичної реабілітації є актуальними в світі, що підтверджено низкою аналітичних та рекомендаційних документів ВООЗ. Документи визначають стратегію розвитку реабілітаційних послуг та компетенцій медичних працівників, які надають реабілітаційні послуги, визначають ефективні алгоритми втручання.

Україна йде шляхом активного адаптування та імплентування світових документів з медичної реабілітації до практичної охорони здоров'я з огляду на динаміку старіння населення, поширеність неінфекційних захворювань, та як складову стратегії підвищення якості та доступності медичної допомоги, адекватності щодо реалій часу.

ТЕМА 12. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ЗМІСТ РОБОТИ ЗАКЛАДІВ, ЩО НАДАЮТЬ АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНУ ДОПОМОГУ, МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ У ЗВ'ЯЗКУ З ВАГІТНІСТЮ ТА ПОЛОГАМИ, МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ ДІТЯМ

12.1. Організація надання медичної допомоги жіночому населенню

Лікувально-профілактична допомога жінкам в Україні надається в амбулаторно-поліклінічних, лікарняних і санаторно-курортних закладах, а також у закладах екстреної медичної допомоги та базується на загальних принципах організації лікувально-профілактичної допомоги. Жінки мають право отримати акушерсько-гінекологічну допомогу в лікувально-профілактичному закладі незалежно від місця проживання. Водночас умовно їх можна поділити на лікувально-профілактичні заклади, що на-



дають акушерсько-гінекологічну допомогу жінкам в сільській та міській місцевості.

Лікувально-профілактична допомога жінкам надається мережею комунальних некомерційних підприємств.

У сільській місцевості це: фельдшерсько-акушерські пункти (ФАП); медичні пункти тимчасового базування; амбулаторії сімейної медицини; центри первинної медико-санітарної допомоги; акушерсько-гінекологічні відділення ЦРЛ; консультативно-діагностичні поліклініки (центри); акушерсько-гінекологічні відділення ОКЛ.

До лікувально-профілактичних закладів, що надають акушерсько-гінекологічну допомогу жінкам в міській місцевості, відносять: перинатальний центр; об'єднаний пологовий будинок; самостійні жіночі консультації; акушерсько-гінекологічні відділення загальних лікарень, поліклінік або медико-санітарних частин; акушерські або гінекологічні клініки навчальних і наукових закладів; Український консультативно-діагностичний центр матері і дитини; центр реабілітації репродуктивної функції жінки; інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України.

Акушерсько-гінекологічна допомога включає заходи щодо збереження репродуктивного здоров'я населення, моніторинг стану здоров'я вагітних та гінекологічних хворих, профілактику та лікування акушерської і гінекологічної патології, планування сім'ї, санітарно-просвітницьку роботу з питань збереження здоров'я жінок.

Особливостями розвитку акушерсько-гінекологічної допомоги в сільській місцевості є створення єдиної системи медичної допомоги населенню шляхом максимального наближення лікарської допомоги до мешканок села, удосконалення не тільки форм, методів профілактичної роботи, динамічного спостереження, а і медико-соціальної допомоги.

Важливою рисою надання медичної допомоги міському населенню є заклади первинного, вторинного та третинного рівнів.

Загальною особливістю надання медичної допомоги жінкам є те, що вона надається поетапно, при цьому заходи носять характер послідовного і замкнутого циклу. Умовно можна виокремити такі етапи надання медичної допомоги:

1 етап — медична допомога майбутній матері і підготовка її до материнства.

2 етап — комплекс заходів з антенатальної охорони плода.



3 етап — інтранатальна охорона плода — забезпечення допомоги при пологах в акушерських відділеннях пологових будинків, багатопрофільних лікарнях.

4 етап — лікувальна допомога новонародженим у відділеннях новонароджених пологових будинків та відділеннях новонароджених дитячих лікарень.

5 етап — охорона здоров'я дітей дошкільного віку, здійснення профілактичних заходів.

6 етап — охорона здоров'я дітей шкільного віку.

Основними закладами для забезпечення усіма видами акушерсько-гінекологічної допомоги населенню є комунальні некомерційні підприємства «Клінічний перинатальний центр» та «Клінічний пологовий будинок».

12.2. Організація роботи закладів, які надають акушерсько-гінекологічну допомогу населенню в Україні

Клінічний перинатальний центр зі стаціонаром — це заклад охорони здоров'я, в якому передбачається надання високоспеціалізованої медичної допомоги в амбулаторних та стаціонарних умовах матерям та новонародженим групи високого ризику, а також жінкам з порушенням репродуктивної функції, що потребують високої інтенсивності лікування та реабілітації на основі використання сучасних перинатальних технологій.

Основними завданнями перинатального центру є: надання амбулаторної та стаціонарної допомоги вагітним, роділлям, породіллям; надання медичної допомоги жінкам з порушенням репродуктивної функції, що потребують інтенсивного лікування та догляду на основі використання новітніх технологій з доведеною ефективністю; надання невідкладної допомоги вагітним, роділлям, породіллям та новонародженим в умовах відділення інтенсивної терапії для жінок та відділення інтенсивної терапії для новонароджених.

Відповідно до завдань основними функціями перинатального центру є:

- надання кваліфікованої стаціонарної/амбулаторної лікувально-діагностичної допомоги вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим;
- надання пацієнтам невідкладної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги;



- здійснення заходів щодо попередження передчасних пологів, профілактики виникнення внутрішньолікарняних інфекцій;
- аналіз показників стану здоров'я жінок і дітей, показників якості роботи закладу, розробка заходів щодо їх поліпшення;
- ведення відповідних форм обліково-звітної та статистичної документації;
- проведення експертизи тимчасової непрацездатності хворих. Аналіз та розробка заходів щодо її зниження;
- забезпечення підвищення кваліфікації медичного персоналу Центру;
- надання інформації про всі випадки внутрішньолікарняних інфекцій, материнської смертності, перинатальної смертності, нещасні випадки та надзвичайні події територіальним органам охорони здоров'я;
- організація і проведення санітарно-просвітницької роботи серед населення з питань збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я;
- забезпечення співпраці з іншими закладами охорони здоров'я (центри здоров'я, відділення (кабінети) катамнестичного спостереження за недоношеними новонародженими, реабілітаційні центри, клініки, фітотерапевтичні заклади), кафедрами вищих медичних навчальних закладів, відділами науково-дослідних інститутів МОЗ та НАМН України, громадськими організаціями з метою проведення медико-соціальних програм, спрямованих на поліпшення охорони здоров'я матерів та дітей.

До переліку медичних показань направлення пацієнток до перинатального центру відносяться:

Акушерська патологія: передчасний розрив плодових оболонок у терміні 35–36 тижнів; передчасні пологи у терміні понад 32 тижні; прееклампсія легкого ступеня; спонтанна двійня; низьке прикріплення плаценти; вагінальна кровотеча (за відсутності показань до невідкладного розродження) після надання необхідної невідкладної медичної допомоги; рубець на матці після одного кесаревого розтину; сідничне передлежання плода (без інших акушерських ускладнень).

Екстрагенітальна патологія: серцево-судинні захворювання, серцево-судинна недостатність 0 або I ступеня; гестаційний цукровий діабет інсулінонезалежний; ендокринна патологія без істотного порушення функціонального стану відповідної залози; захворювання нирок без порушення функції та без артеріальної гіпертензії; захворювання гепатобіліарної системи без порушення функцій печінки; доброякісні новоутворення без істотних клінічних проявів; неврологічна патологія (за наявності висновку спеціаліста щодо відсутності показань до направлення на III



рівень); легеневі захворювання без дихальної недостатності; доброякісні захворювання системи крові (за винятком патології згортальної системи).

Стани плода: необхідність проведення неінвазивної пренатальної діагностики; вроджені вади розвитку плода, які не потребують анте- або негайного постнатального хірургічного втручання.

Структура клінічного перинатального центру включає:

1. *Консультативно-діагностичне відділення (поліклініка):* це реєстратура, денний стаціонар з ліжками для обстеження, кабінет планування сім'ї, кабінети лікарів-акушерів-гінекологів, кабінет лікаря-терапевта, кабінети лікарів-консультантів (за необхідності), кабінет психолога, кабінети лікарів-педіатрів, кабінет лікаря-неонатолога, кабінет пренатальної діагностики (УЗД, кардіотокографія), процедурний кабінет.

2. *Стаціонарні відділення:* приймальне відділення; акушерський стаціонар: відділення патології вагітності та екстрагенітальної патології (з ліжками для невиношування), пологове відділення з індивідуальними та сімейними пологовими залами й операційними, відділення сумісного перебування матері та дитини, відділення анестезіології та інтенсивної терапії (для жінок), операційні.

3. *Гінекологічний стаціонар:* гінекологічне відділення, операційні.

4. *Неонатологічний стаціонар:* відділення інтенсивної терапії новонароджених, відділення постнатальної реабілітації та II етапу виходжування новонароджених.

5. *Відділення трансфузіології* (за можливості).

6. *Підрозділ телемедицини:* кабінет планових та ургентних консультацій.

7. *Лабораторний та діагностичний блоки:*

– *лабораторний блок:* клініко-біохімічна лабораторія, включаючи ургентну службу, бактеріологічна та вірусологічна лабораторії, генетична лабораторія, цитологічна, гістологічна лабораторії, експрес-лабораторія;

– *діагностичний блок:* кабінет ЕКГ, кабінети променевої діагностики та магніто-резонансної терапії (рентген, мамографія, можливо МРТ, КТ).

8. *Адміністративно-господарський блок:* адміністрація, організаційно-методичний відділ, статистичний відділ, харчоблок, бухгалтерія, економісти, відділ кадрів, відділ постачання, технічні служби, аптека, пральня централізована стерилізаційна, гараж централізований пункт подачі кисню, архів, відділ епідеміологічного контролю.

Міський клінічний пологовий будинок. *Пологовий будинок* — це лікувально-профілактичний заклад, який надає кваліфіковану лікуваль-



ну, діагностичну, консультативну допомогу вагітним жінкам, роділлям та породіллям, новонародженим, а також жінкам з гінекологічною патологією.

Основними функціями пологового будинку є: надання кваліфікованої стаціонарної допомоги вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим та гінекологічним хворим; здійснення заходів щодо профілактики виникнення внутрішньолікарняних інфекцій; організація і проведення санітарно-просвітницької роботи серед населення з питань збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я, профілактики ускладнень вагітності та пологів.

Структура клінічного пологового будинку представлена управлінням, господарською частиною, жіночою консультацією та стаціонаром.

Управлінський апарат пологового будинку: директор; медичний директор; завідувач жіночої консультації; головна медична сестра та завідувачі відділеннями.

Директор пологового будинку виконує наступні функції: несе відповідальність за адміністративно-господарську, фінансову діяльність; здійснює підбір та розстановку кадрів; створює умови для забезпечення кваліфікованої стаціонарної та амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги та проведення комплексу профілактичних заходів; впроваджує сучасні методи профілактики, діагностики та лікування; зобов'язаний організувати і підтримувати в постійній готовності пологовий будинок для надання невідкладної акушерсько-гінекологічної допомоги; забезпечує проведення медико-соціальної експертизи тимчасової непрацездатності, експертної оцінки випадків материнської і перинатальної смертності.

Функціями медичного директора є: безпосереднє керівництво лікувально-профілактичною та санітарно-протиепідемічною роботою стаціонару; забезпечення раціонального використання ліжкового фонду; забезпечення проведення медико-соціальної експертизи тимчасової непрацездатності; впровадження сучасних методик діагностики та лікування; оцінка якості надання медичної допомоги.

До функціональних обов'язків завідувача жіночою консультацією входить: організація лікувально-діагностичної та профілактичної діяльності жіночої консультації; здійснення керівництва медичним персоналом; контроль якості лікувально-профілактичної роботи, ведення облікової документації, дотримання правил видачі листків непрацездатності; удосконалення моніторингового методу обслуговування вагітних та гінекологічних хворих.



Посада завідувача жіночою консультацією передбачається залежно від кількості посад лікарів акушерів-гінекологів: за наявності менше 3-х посад — один з лікарів акушерів-гінекологів на громадських засадах виконує функції завідувача жіночою консультацією. Якщо в штаті є від 3-х до 6 посад — виділяється 0,5 ставки для завідування; при 6 посадах і більше виділяється самостійна посада завідувача жіночою консультацією.

Головна медична сестра безпосередньо підпорядкована завідувачу жіночої консультації та його заступнику. Вона здійснює контроль за роботою середнього та молодшого медичного персоналу щодо виконання призначень лікарів, догляду та обслуговування жінок і новонароджених, дотримання санітарно-гігієнічних правил, а також забезпечує своєчасність виписки пацієнтів та організовує правильність обліку, зберігання і використання медикаментів і перев'язувального матеріалу.

Жіноча консультація є важливою ланкою для надання амбулаторно-поліклінічної допомоги жінкам в період вагітності та післяпологовий період, а також з гінекологічними захворюваннями. Жіночі консультації можуть бути підрозділом пологового будинку, перинатального центру, а також цілком самостійною одиницею.

Основними завданнями жіночої консультації є: надання акушерсько-гінекологічної допомоги; організація і проведення заходів щодо профілактики ускладнень вагітності, пологів, післяпологового періоду та гінекологічних захворювань; організація підготовки вагітних до пологів і залученням сім'ї до навчання у «Школі відповідального батьківства»; організація та проведення консультивання сімей з питань планування сім'ї; забезпечення правового захисту жінок; своєчасне надання відпустки у зв'язку з вагітністю та пологами, лікарняного листа у випадках тимчасової непрацездатності жінки, направлення на лікарсько-консультативну комісію та МСЕК згідно з установленим порядком; організація медико-генетичного консультивання подружжя, молоді, що збирається до шлюбу та сімей, в яких є ризик народження (або які мають) дітей з уродженими вадами чи спадковими захворюваннями; забезпечення складання статистичних звітів на основі яких проводити систематичний аналіз своєї діяльності.

У своїй структурі жіноча консультація має наступні підрозділи: управління; господарська частина; реєстратура; лікувально-профілактичні відділення або кабінети лікарів (акушерів-гінекологів, терапевтів, лікарів-стоматологів); інші підрозділи: клінічна лабораторія; маніпуляційний кабінет; операційна; фізіотерапевтичний кабінет; кабінет УЗД; соціально-правовий кабінет; денний стаціонар.



Важливе місце в роботі жіночої консультації посідає *моніторингове спостереження вагітних, яке включає:*

- взяття на облік вагітної (бажано до 12 тижнів) передбачає: збір анамнезу, загальне та акушерське обстеження, заповнення медичної документації (Індивідуальна карта вагітної і породіллі — форма №111/о та Обмінна карта — форма №113/о), визначення обсягу і термінів лабораторного обстеження, заповнення вагітною анкети за згодою, інформаційної згоди;
 - систематичне спостереження — 7–9 разів за нормальним перебігом вагітності;
 - огляд вагітних терапевтом — 2 рази, стоматологом та іншими спеціалістами — за показаннями;
 - проведення лабораторних та функціональних досліджень:
 - аналіз крові (при постановці на облік, у 29 тижнів вагітності, за показаннями);
 - сечі — при постановці на облік та при кожному відвідуванні консультації;
 - посів сечі для виявлення безсимптомної бактеріурії (при постановці на облік); визначення групи крові та резус-належності (при постановці на облік);
 - аналіз крові на наявність антитіл при Rh негативній належності крові (при постановці на облік та у 28 тижнів);
 - серологічне обстеження на сифіліс (перше при постановці на облік, друге — у 29 тижнів вагітності);
 - тест на наявність HbsAg (при постановці на облік); двогодинний тест толерантності до глюкози (всім вагітним у 25–26 тижнів);
 - ультразвукове дослідження перше в 11 тижнів — 13 тижнів; друге в термін вагітності 18–21 тиждень;
 - медико-генетичне консультування за показаннями (народження дітей з вадами розвитку при попередніх вагітностях, звичайні викидні, мертвородження нез'ясованої етіології, наявність вроджених аномалій та психічних захворювань у родичів 1–3 ступеня, вік батьків старший за 35 років).
- Спостереженню за акушерським профілем у акушера-гінеколога підлягають наступні жінки: здорові вагітні жінки та жінки в післяпологовому періоді; вагітні жінки з акушерською патологією та жінки з післяпологовими ускладненнями; вагітні з екстрагенітальною патологією.

У жіночій консультації проводиться цілеспрямоване гігієнічне виховання вагітних щодо дотримання правил особистої гігієни, режиму роботи, відпочинку, харчування.



У структурі жіночої консультації має бути організована школа материнства. У першій половині вагітності школа вчить жінку догляду за дитиною, в другій — організовує заняття з питань психопрофілактичної підготовки до пологів.

Важливе значення має формування психологічної установки на грудне вигодовування з метою реалізації відповідних принципів ВООЗ та ЮНІСЕФ. Ця копітка праця виконується поетапно: в жіночій консультації, стаціонарі та дитячій поліклініці.

Мета даних заходів — запобігання несприятливого перебігу вагітності, ускладнень пологів — антенатальна охорона плода, зниження материнської та перинатальної смертності, народження здорових дітей.

Крім лікувально-профілактичної допомоги вагітним, акушери-гінекологи жіночих консультацій забезпечують медичну допомогу гінекологічним хворим.

Гінекологічні захворювання виявляються при зверненні пацієнток, проведенні профілактичних оглядів з використанням сучасних діагностичних методів.

Крім жіночих консультацій, в проведенні профілактичних оглядів беруть участь оглядові кабінети поліклінік (поліклінічних відділень) та амбулаторій. Значна частина гінекологічних захворювань виявляється саме таким шляхом.

Переважає частина хворих гінекологічного профілю підлягає досить тривалому моніторингу.

Гінекологічному спостереженню підлягають: довго і часто хворіючі на гострі захворювання матки та придатків жінки; хворі з порушенням менструального циклу; хворі з ерозією та поліпами шийки матки; хворі та прооперовані з приводу пухлин жіночої статеві сфери; жінки, що страждають безпліддям.

Стаціонар міського клінічного пологового будинку. Стаціонарна лікувально-профілактична допомога жінкам надається в стаціонарах пологових будинків.

У відповідних підрозділах стаціонарів пологових будинків надають кваліфіковану стаціонарну допомогу жінкам під час вагітності, пологів, в післяпологовому періоді, при гінекологічних захворюваннях, а також новонародженим.

Для забезпечення виконання завдань стаціонар пологового будинку має таку структуру:

1. *Приймально-пропускний блок* (окремо для вагітних і породіль та гінекологічних хворих).



2. *Фізіологічне акушерське відділення* — 50–55% акушерських ліжок: пологовий блок: передпологова (10–12% ліжок відділення); пологова (6–8% ліжок відділення); палата для новонароджених; палати інтенсивного спостереження, операційний блок; післяпологове відділення; палати для новонароджених.

3. *Обсерваційне акушерське відділення* — 20–25% акушерських ліжок: пологовий блок: передпологова (10–12% ліжок відділення); пологова (6–8% ліжок відділення); палата для новонароджених; палати інтенсивного спостереження, операційний блок; післяпологове відділення; палати для новонароджених.

4. *Відділення патології вагітних* — 25–30% акушерських ліжок.

5. *Відділення новонароджених* (його палати знаходяться в складі акушерських відділень).

6. *Гінекологічне відділення* (25–30% ліжок) — ліжка для консервативних методів лікування, оперативного та штучного переривання вагітності.

7. *Інші підрозділи.*

Приймально-пропускний блок. Особливості перебігу вагітності, стану вагітної на початку пологів та інші особливості обумовлюють вимоги до діяльності приймально-пропускного блоку.

Завданнями приймально-пропускного блоку є: прийом для госпіталізації, обстеження вагітних, породіль та гінекологічних хворих; санітарна обробка; своєчасне виявлення вагітних з підозрою на інфекційне захворювання та подальша госпіталізація в обсерваційне відділення; розподіл вагітних за відповідним відділенням; надання при необхідності невідкладної медичної допомоги; інформаційно-довідкове забезпечення.

У приймально-пропускному блоці облаштовуються окремі оглядові для кожного акушерського відділення. Шляхи проходження вагітних в ці відділення не повинні перетинатися. У кожній оглядовій кімнаті передбачено спеціальне приміщення для санітарної обробки жінок, що надійшли до відділення, обладнане душовими. Далі вагітна або породільля прямує в приміщення фільтра. У фільтрі лікар або акушерка вирішує, до якого з відділень направити жінку. Після цього проводиться реєстрація в Журналі прийому вагітних і породіль (Форма №002/у). Заповнюється паспортна частина Історії пологів (Форма №096/у), проводиться загальне обстеження жінки: зважування, вимірювання зросту, окружності живота, висоти стояння матки над лоном, визначення положення і передлежання плода, вислуховування серцебиття плода, визначаються група крові



та реус-фактор. Після санітарної обробки жінка направляється до відповідного відділення пологового будинку.

Ліжковий фонд стаціонару пологового будинку розподіляється наступним чином: 60% становлять акушерські ліжка і 40% — гінекологічні. Певна частина вагітних та жінок з гінекологічними хворобами надходять до стаціонару за екстреними показаннями. Значна частина акушерських ліжок знаходиться в акушерському фізіологічному відділенні.

Фізіологічне акушерське відділення. Виняткового значення з точки зору профілактики інфікування вагітної, породіллі та новонародженого набуває дотримання санітарно-епідеміологічного режиму стаціонару пологового будинку. За штатом у відділенні працюють завідувач, акушери-гінекологи, старша акушерка, акушерки. Навантаження акушерів-гінекологів становить — 15 ліжок на 1 посаду залежно від потреб.

Особливість роботи завідуючих акушерських відділень та відділення новонароджених полягає в підтримці зв'язку з жіночою консультацією, дитячою поліклінікою та іншими КНП. Наступність у роботі даних установ забезпечує підготовку вагітних до госпіталізації, підготовку новонароджених дітей до передачі під спостереження дитячої поліклініки, а також організацію їх соціально-правового захисту.

Акушер-гінеколог відповідного відділення стаціонару безпосередньо забезпечує прийом вагітних і хворих, проводить обстеження, робить призначення, заповнює документацію. Під час перебування вагітної в пологовому блоці лікар спостерігає за її здоров'ям і станом плода, приймає пологи. Лікар гінекологічного відділення обстежує і лікує хворих, контролює виконання призначень. Акушерка готує жінок до огляду лікаря, допомагає йому при проведенні маніпуляцій та оперативних втручань, здійснює окремі маніпуляції, приймає неускладнені пологи і проводить первинну обробку новонароджених, нескладні лабораторні дослідження. У разі патологічного перебігу пологів і післяпологового періоду вона терміново викликає лікаря.

Лікар і акушерка дбають про впровадження сучасних методів лактації. У разі підозри у вагітної інфекційного захворювання або виявленні його ознак, або якщо жінка не спостерігалася під час вагітності, вона направляється до обсерваційного відділення. При наявності екстрагенітальної патології, токсикозу другої половини вагітності, неправильного положення плода жінку госпіталізують до відділення патології вагітних, в разі поліпшення здоров'я її виписують під спостереження жіночої консультації або з початком пологів переводять до фізіологічного відділення.



Пологовий блок фізіологічного відділення є найбільш потужним, його операційні мають бути обладнані всім необхідним.

Пологовий блок. Пологове відділення має передпологові палати, пологові палати (пологові зали), маніпуляційну для новонароджених, палату інтенсивного спостереження операційного блоку. Передпологові, пологові палати і малі операційні повинні бути у подвійному наборі, щоб робота їх чергувалася з ретельною санітарною обробкою.

У передпологових палатах визначають загальний стан породіллі, частоту і тривалість перейм, вимірюють артеріальний тиск, регулярно вислуховують серцебиття плода, проводять знеболення пологів. Кількість ліжок має становити 12% розрахункового числа ліжок післяпологового фізіологічного відділення, але не менше 2-х ліжок. У передпологовій палаті чергова акушерка або якщо є, черговий лікар постійно спостерігає за станом породіллі і не рідше, ніж через 3 години обов'язково робить запис в щоденник історії пологів. У передпологовій палаті породілля проводить весь перший період пологів.

З початком другого періоду пологів породіллю переводять до пологової палати, де вона протягом 2 годин після пологів знаходиться під наглядом медперсоналу, потім її разом з дитиною переводять в післяпологове відділення для спільного або роздільного перебування. Динаміку пологів і результат фіксують в історії пологів та в «Журналі запису пологів в стаціонарі», а оперативні втручання — в «Журналі запису про оперативні втручання в стаціонарі». Число ліжок в пологових палатах має становити 8% розрахункової кількості ліжок післяпологового фізіологічного відділення, але не менше 2 ліжок.

Післяпологове відділення має в своєму складі палати для породіль, кімнати для зцідження і збору грудного молока, процедурну, для білизни, кімнату гігієни з висхідним душем, санітарну кімнату, виписову кімнату, кабінети для персоналу. При появі у породіллі або новонародженого найменших ознак захворювання, що може стати джерелом інфекції і становити небезпеку для оточуючих, їх негайно переводять до обсерваційного акушерського відділення. Палати в післяпологовому відділенні повинні заповнюватися циклічно, відповідно до палат для новонароджених протягом 3-х діб, щоб можна було всіх породіль виписати одночасно на 5–6 день. Для породіль, які внаслідок ускладненого перебігу пологів, екстрагенітальних захворювань та операцій змушені залишатися в пологовому будинку на триваліший термін, виділяють окрему групу палат або окремий поверх у відділенні.



Палата інтенсивного спостереження та лікування призначена для вагітних і породіль з акушерськими ускладненнями (пreekлампсія, екклампсія) або екстрагенітальною патологією (серцево-судинні захворювання, гіпертонічна хвороба).

Операційний блок складається з великої операційної з передопераційною та наркозною, двох малих операційних, а також підсобних приміщень (приміщення для зберігання крові, плазми, переносної апаратури). Велика операційна — для операцій, що супроводжуються лапаротомією, в малій операційній — виконують всі акушерські втручання та операції під час пологів, крім лапаротомії (вагінальні дослідження роділь, накладення акушерських щипців, вакуум-екстракцію плода, обстеження порожнини матки, відновлення цілості шийки матки та промежини, а також переливання крові і кровозамінників).

Обсерваційне відділення. До обсерваційного відділення госпіталізують вагітних, роділь та породіль, які можуть бути джерелом інфекції для оточуючих (лихоманка неясної етіології, ГРВІ, мертвий плід, безводний проміжок понад 12 годин, які народили поза пологовим будинком) або якщо жінка протягом вагітності не була під наглядом жіночої консультації і під час надходження не має обмінної карти. Також до цього відділення переводять хворих вагітних з відділення патології та породіль з фізіологічного післяпологового відділення при ускладненому перебігу післяпологового періоду (ендометрит, нагноєння швів промежини, швів після кесаревого розтину тощо). В обсерваційному відділенні перебувають діти, що народилися в цьому відділенні, діти, матері яких переведені з фізіологічного акушерського відділення, діти, переведені з пологового блоку з вродженим везикулопустульозом, каліцтвами, діти від яких відмовились, діти, що народилися поза пологовим будинком. Кожне відділення обсервації у своїй структурі має приймально-оглядову частину, передпологову, пологову, післяпологові палати, палати для новонароджених (буксировочні), операційну, маніпуляційну, буфет, санітарні вузли, кімнату для виписування та інші підсобні приміщення.

Відділення патології вагітних. Для допологової госпіталізації вагітних з різними екстрагенітальними захворюваннями (серця, судин, крові, сполучної тканини, нирок, ендокринних залоз), ускладненнями вагітності (гестози, загроза переривання вагітності, фетоплацентарна недостатність), а також з вузьким тазом, рубцем на матці, неправильним положенням плода, обтяженим акушерським анамнезом в структурі стаціонару пологового будинку виділяють відділення патології вагітних. У ньому об-



лаштовують оглядову, процедурну, малу операційну, кабінет функціональної діагностики, обладнаний кардіомонітором, апаратом УЗД, кабінет фізіопсихопрофілактичної підготовки до пологів (ФППП) та підсобні приміщення (ідальня, кімнати особистої гігієни, санітарні вузли). З цього відділення в разі поліпшення здоров'я вагітну виписують під спостереження жіночої консультації або з початком пологів переводять до пологового відділення.

Для надання кваліфікованої допомоги вагітним з екстрагенітальними захворюваннями пологові відділення на базах клінічних лікарень працюють за певним профілем (захворювання серцево-судинної системи, нирок, інфекційні захворювання, невиношування вагітності, резус-конфлікт та ін.).

Відділення новонароджених. Новонароджені направляються у відділення новонароджених (для здорових новонароджених може бути організоване спільне перебування з матір'ю в одній палаті). У відділенні є палати для здорових новонароджених, палати для недоношених дітей та дітей, народжених в асфіксії, з порушенням мозкового кровообігу, дихальними порушеннями, після оперативних пологів, молочна кімната, кімнати для зберігання чистої білизни, матраців, інвентарю. У відділенні дотримуються циклічності заповнення палат паралельно з материнськими палатами.

Для забезпечення медичної допомоги новонародженим встановлені посади завідувача відповідного відділення, педіатра, медичних сестер залежно від потреб, наприклад: 1 посада педіатра (неонатолога) на 25 ліжок здорових дітей; 1 посада педіатра (неонатолога) на 10 ліжок дітей обсерваційного відділення; 1 посада педіатра (неонатолога) на 5 ліжок для недоношених дітей.

Педіатр відділення (палати) новонароджених проводить лікувально-профілактичні заходи щодо забезпечення їх фізичного, нервово-психічного розвитку, догляду, обстеження, вигодовування.

Медична сестра здійснює спостереження за новонародженими та лікуванням відповідно до рекомендацій лікаря, допомагає йому при виконанні маніпуляцій, контролює правильність материнського годування, а також забезпечує змішане, штучне годування тим новонародженим, які його потребують.

Гінекологічне відділення. Гінекологічне відділення повинно мати, як правило, три профілі ліжок: ліжка для консервативних методів лікування, оперативного лікування та штучного переривання вагітності. Якщо неможли-



во виділити самостійні відділення, бажано максимально роз'єднати хворих зазначених профілів у палатах особливо онкогінекологічних і хворих із запальними процесами. Гінекологічний стаціонар повинен мати окрему приймальню частину, палати, оглядові, перев'язочні, процедурні, фізіотерапевтичний кабінет, їдальню, буфетну, кімнати персоналу, пости чергових медичних сестер, санітарні вузли та інші приміщення. До складу відділення для надання хірургічної допомоги входить операційний блок: велика і мала операційні, ендоскопічна, передопераційна та післяопераційна палати. Медична сестра в гінекологічному відділенні може працювати на черговому посту, в операційній, оглядовій, перев'язувальній, процедурній.

12.3. Організація та зміст роботи закладів, що надають медичну допомогу дітям

Охорона дитинства є національним завданням, і вона спрямована на забезпечення повноцінного життя, всебічного виховання і розвитку дитини. Важлива роль в збереженні і зміцненні здоров'я дітей належить системі охорони здоров'я. Охорона дитинства регламентується конституцією України, Законами, постановами Кабінету Міністрів і Міністерства охорони здоров'я.

Основним законом України про охорону материнства і дитинства є «Закон про охорону дитинства» за №2402-III, ухвалений 26 квітня 2001 року.

Лікувально-профілактична допомога дітям є невід'ємною частиною охорони материнства і дитинства. Вона забезпечує організацію медичного спостереження за здоровими дітьми і підлітками і надає їм за необхідності кваліфіковану медичну допомогу.

В Україні надання медичної допомоги дітям забезпечує мережа комунальних некомерційних підприємств, до них відносяться:

У міській місцевості: клінічні дитячі лікарні; дитячі поліклініки; дитячі відділення загальних поліклінік; дитячі відділення загальних лікарень; педіатричні клініки навчальних закладів; дитячі диспансери; дитячі відділення загальних диспансерів.

У сільській місцевості медичну допомогу надають: акушерські пункти; фельдшерсько-акушерські пункти; амбулаторії сімейного лікаря; центри первинної медико-санітарної допомоги; дитячі відділення ЦРЛ; лікарі-фахівці ЦРЛ; консультативно-діагностичні поліклініки (центри); обласні клінічні дитячі лікарні; диспансери.



Установи медико-соціального захисту населення: будинки дитини, в тому числі дитячі будинки сімейного типу; школи-інтернати; дитячі будинки; інтернати для дітей з дефектами розумового і фізичного розвитку.

Основними принципами надання допомоги дітям, є: безперервність в спостереженні за здоров'ям дітей від моменту народження до 14 років (14 років, 11 місяців, 29 днів); наступність у спостереженні лікарів різних спеціальностей, які надають лікувально-профілактичну допомогу дітям; етапність в спостереженні (поліклініка, стаціонар, санаторій):

I етап. *Амбулаторно-поліклінічна допомога* надається дітям, які потребують періодичного медичного спостереження, лікування на догоспітальному етапі та проведення профілактичних заходів. Її отримують при зверненні безпосередньо до амбулаторно-поліклінічного закладу або вдома.

II етап. *Стаціонарну допомогу* надають хворим, які потребують постійного медичного нагляду, застосування складних методів обстеження та інтенсивного лікування, а також оперативних втручань, що не можуть бути виконані в амбулаторних умовах.

III етап. *Санаторно-курортне лікування* є важливою складовою системи соціальної політики та відіграє провідну роль у побудові та збереженні здоров'я нації. Роль і значення санаторно-курортного лікування полягає у величезних її можливостях у справі підтримання, зміцнення та відновлення здоров'я нації. *Головними завданнями санаторно-курортного лікування* є: ліквідація або зменшення проявів патологічного процесу; відновлення або покращення порушених функцій; підвищення загальної реактивності; тренування адаптаційних механізмів; попередження інвалідизації та сприяння соціальній реабілітації.

Клінічна дитяча лікарня та дитяча поліклініка. Провідним лікувально-профілактичним закладом надання допомоги дітям є міська клінічна дитяча лікарня, структурними підрозділами якої є: управління, поліклініка, стаціонар, господарська служба, часто до клінічних лікарень прикріплюють санаторно-курортні установи.

Завданнями клінічної дитячої лікарні є: надання висококваліфікованої медичної допомоги дітям; надання спеціалізованої медичної допомоги дітям; впровадження в практику охорони здоров'я нових організаційних форм і методів діагностики та лікування; є базою кафедр медичного чи науково-дослідного інститутів.

Дитячі лікарні поділяють: за системою організації — на самостійні чи об'єднані з поліклінікою; за профілем — на багатопрофільні і спеціалізовані; за категорією, яка залежить від кількості ліжок-місць; за адмі-



ністративним розподілом — на лікарні районного, міського, обласного, та загальноукраїнського підпорядкування.

Дитяча поліклініка — це високорозвинений спеціалізований лікувально-профілактичний заклад, призначений для надання амбулаторно-поліклінічної допомоги дітям в поліклініці, вдома, а також для здійснення комплексу лікувально-профілактичних заходів серед дитячого населення.

Основними функціями дитячої поліклініки є:

1. *Надання лікувально-консультативної допомоги дітям в поліклініці та вдома:* надання первинної і вторинної (спеціалізованої) кваліфікованої медичної допомоги дітям в поліклініці і вдома; за необхідності направляти дітей на лікування до стаціонарів і на відновлювальне лікування в санаторії; відбір та направлення дітей з незаможних родин для лікування і навчання в спеціальних дошкільних і шкільних установах; медико-соціальна експертиза тимчасової непрацездатності;

2. *Організація і реалізація комплексу профілактичних заходів:* антенатальна охорона плода; профілактичні огляди дітей; моніторинг стану здоров'я дітей за їх групами здоров'я та виду патології; проведення профілактичних щеплень згідно регламентованих термінів і стану здоров'я дітей; санітарно-просвітницька робота серед батьків і дітей.

3. *Проведення протиепідемічних заходів;*

4. *Правовий і соціальний захист дітей;*

5. *Організаційно-методична робота.*

Дитяча поліклініка має досить складну розгалужену структуру та має у складі наступні блоки, які виконують специфічні функції:

1. *Управління;*

2. *Реєстратуру;*

3. *Кабінет долікарського прийому;*

4. *Фільтр (бокси);*

5. *Лікувально-профілактичні відділення:*

- педіатричне відділення (кабінети педіатрів, кабінет здорової дитини та кабінет для щеплень);
- спеціалізовані кабінети або відділення (хірургічний, неврологічний, офтальмологічний, отоларингологічний, пульмонологічний, гастроентерологічний та ін);
- відділення відновної терапії (денний стаціонар, фізіотерапевтичний кабінет, кабінет ЛФК, кабінет масажу, кабінет механотерапії, логопедичний кабінет, басейн);



6. *Господарську частину;*

7. *Інші підрозділи:* кабінет невідкладної допомоги; денний гельмінтологічний напівстаціонар; інформаційно-аналітичне відділення; кабінет медико-соціальної допомоги; діагностичне відділення (рентгенологічне відділення, лабораторія, відділення функціональної діагностики).

Отже, докладніше про функції окремих блоків дитячої поліклініки в Україні:

Реєстратура. Завідувачем реєстратурою є фахівець з середньою спеціальною медичною освітою. Реєстратурами працюють особи з загальною середньою освітою, їх штати визначаються з розрахунку одна посада на 10 лікарів, які ведуть амбулаторний прийом.

До обов'язків реєстратури відносяться: довідково-інформаційне забезпечення; попередній і невідкладний запис на прийом до лікаря і виклик лікарів додому — телефонних і за безпосередніми заявками пацієнтів; регулювання інтенсивності потоку дітей з метою створення рівномірного навантаження лікарів; оформлення та збереження медичної документації; своєчасний підбір і доставка в кабінети лікарів медичної документації, зокрема карт амбулаторних хворих (якщо вони зберігаються в поліклініці, а не вдома у пацієнтів).

Кабінет долікарського прийому. У кабінеті долікарського прийому працює кваліфікований середній медичний персонал і виконує наступні функції: проведення контрольного годування грудних дітей; обробку мікротравм; видачу довідок про епідемічну обстановку за місцем проживання, виписок з історії розвитку дитини і направлень на дослідження у зв'язку з оформленням до дошкільної установи, школи, від'їзду на санаторне оздоровлення; проведення антропометричних вимірювань; визначення температури тіла і артеріального тиску перед оглядом педіатра.

Фільтр (бокси). Дитяча поліклініка має як правило 2 окремі входи, перший вхід для здорових дітей, інший для хворих, який веде до фільтру поліклініки, з'єднаному з реєстратурою і боксами.

У фільтрі працює медична сестра, яка оглядає шкіру, зів дитини, опитує матір про стан здоров'я дитини. За підозри на інфекційне захворювання дитина направляється у спеціалізований бокс, якщо дитина здорова, то її направляють у відділення або кабінет здорової дитини.

Педіатричне відділення. Має у складі кабінети педіатрів, кабінет здорової дитини і кабінет вакцинації, очолює відділення завідувач. Медичну допомогу забезпечують лікар-педіатр і медичні сестри. Під наглядом педіатра знаходиться в середньому 900 дітей батьки котрих уклали декла-



рацію з лікарем, причому до досягнення дитиною 14 років, вибір лікаря здійснюють батьки, а після досягнення 14 років, дитина може обирати лікаря самостійно.

Основні завдання педіатра або сімейного лікаря, які надають медичну допомогу дітям, полягають у формуванні, збереженні і зміцненні здоров'я дітей, подальшому зниженні захворюваності і смертності, забезпеченні оптимального фізичного і нервово-психічного розвитку за рахунок широкого впровадження комплексу профілактичних заходів.

Функціональні обов'язки педіатра багатогранні, вони охоплюють весь спектр медичної допомоги від профілактики до реабілітації, і полягають у наступному:

1. *Лікувально-консультативна допомога дітям в поліклініці і вдома:* надання кваліфікованої медичної допомоги в поліклініці і вдома; направлення дітей на лікування в стаціонари і на відновлювальне лікування в санаторії; проведення відбору для лікування і навчання в спеціальних дошкільних і шкільних установах; підготовка та оформлення дітей до відвідування дошкільно-шкільних установ; проведення медико-соціальної експертизи тимчасової непрацездатності дітей;

2. *Організація і реалізація профілактичних заходів серед дітей:* антенатальна охорона плода (дородовий патронаж); профілактичні огляди дітей; моніторингове спостереження за дітьми; відбір і направлення дітей з незаможних родин для санаторного лікування; санітарно-просвітницька робота серед батьків і дітей.

3. *Протиепідемічні заходи спільно з органами санепіднагляду:* своєчасне виявлення дітей з інфекційними захворюваннями; забезпечення ізоляції хворих дітей; госпіталізація дітей у разі потреби до інфекційної лікарні; своєчасне направлення екстреного сповіщення в органи санепіднагляду; спостереження за дітьми, які були в контакті з хворими; педіатр направляє дітей на консультацію, необхідні лабораторні дослідження і спеціальну комісію для встановлення протипоказань до щеплень на певний термін або повністю, разом з медичною сестрою забезпечує планування і проведення щеплень.

4. *Забезпечення своєчасного і правильного ведення облікової та звітної медичної документації.*

5. *Здійснення контролю за роботою медичних сестер.*

6. *Підвищення кваліфікації.*

У дітей основним медичним обліковим документом є «*Історія розвитку дитини* (Форма №112/о)».



Робочий день у лікаря педіатра залежить від режиму роботи поліклініки, найчастіше становить 6,5 годин, протягом яких педіатр веде прийом у кабінеті та надає допомогу на дому і виділяє час для проведення санітарно-просвітницької роботи серед населення, оформлення документації і та ін. Можливі інші графіки роботи.

До основних обов'язків медичної сестри відносяться: патронаж вагітних жінок (не менше 2 разів); патронаж новонароджених і дітей 1-го року життя; виклик на прийом дітей моніторингової групи, здорових дітей, які не відвідали своєчасно дитячу поліклініку, і тих, які потребують огляду перед проведенням щеплень; санітарно-просвітницька робота серед дітей та батьків; навчання матерів догляду за дітьми, проведення масажу і комплексу гігієнічних вправ; інформація працівників дитячих дошкільних установ і шкіл про дітей, які захворіли інфекційними захворюваннями або були в контакті з такими хворими; допомога педіатру під час прийому дітей в поліклініці (підготовка медичної документації, інструментарію, виконання антропометричних вимірів, проведення контрольних годувань, направлення дітей на обстеження і консультацію); підвищення професійної кваліфікації.

Функціональними обов'язками сімейного лікаря є: здійснення амбулаторного прийому; проведення профілактичних, лікувальних, діагностичних і реабілітаційних заходів у випадках, передбачених кваліфікаційними характеристиками; надання за потреби екстреної та невідкладної медичної допомоги; організація денних і домашніх стаціонарів; допомога у вирішенні медико-соціальних проблем родини; проведення протиепідемічних заходів в осередку інфекційного захворювання; інформування про випадки інфекційних захворювань лікаря кабінету інфекційних захворювань.

Кабінет (відділення) здорової дитини. Одним з принципів охорони здоров'я населення, який має особливе значення в педіатричній практиці, є профілактичний характер. Кабінет здорової дитини входить до структури педіатричного відділення, але у великих закладах може бути самостійним відділенням. В кабінеті здорової дитини працюють лікар і досвідчені медичні сестри. При обслуговуванні поліклінікою до 15 тис. дітей передбачено 1 посаду медичної сестри, при обслуговуванні понад 15 тис. дітей — 2 посади на зміну.

Робота кабінету здорової дитини спрямована на формування і збереження здоров'я дітей:

- медпрацівники кабінету повинні пропагувати здоровий спосіб життя, навчати батьків основам виховання дітей;



- медичний персонал кабінету надає допомогу педіатрам в організації та проведенні занять в школах молодих матерів, індивідуальних і колективних бесід з батьками, в забезпеченні їх методичними матеріалами з питань охорони здоров'я дитини;
- в кабінеті батьки засвоюють принципи догляду за дітьми, проведення масажу і гімнастики, загартовування; приготування їжі для дітей, правильному введенню прикорму;
- значна увага приділяється пропаганді грудного вигодовування. Працівники кабінету з метою профілактики рахіту забезпечують батьків відповідними препаратами, організують за необхідності ультрафіолетове опромінення дітей, разом з лікарем-педіатром і медичною сестрою проводять індивідуальну підготовку малюків до виховання в дошкільному закладі;
- персонал кабінету відповідає за оволодіння медичними сестрами поліклініки усіма питаннями профілактичної роботи з дітьми;
- важливе значення має наявність зворотного зв'язку між персоналом кабінету здорової дитини та службою, яка дає змогу своєчасно виявляти порушення в розвитку дитини і помилки батьків щодо догляду;
- у кабінеті повинна бути зібрана відповідна санітарно-освітня література, таблиці, пам'ятки, наочні посібники з основних питань профілактичної роботи. Матеріали слід постійно оновлювати і використовувати при оформленні приміщень поліклініки стендами, вітражами, санітарними бюлетенями і т.д.

Кабінет спостереження за дітьми. Основним методом роботи дитячої поліклініки є профілактичний метод. Важливим елементом профілактичної роботи є організація та проведення медичних оглядів дітей. Під час медичних оглядів оцінюється стан здоров'я дітей, визначається їх група здоров'я (не є обов'язковим), виявляються особи з патологією. Педіатр відвідує новонароджених в перші 3 дні після виписки з пологового будинку, контролює дії медичної сестри, проводить прийом дітей в поліклініці. Дитячу поліклініку про народження дитини сповіщають телефонограмою і направляють відривний талон («Обмінної карти пологового будинку, пологового відділення лікарні (Форма №113/о — додаток 9) напередодні виписки з пологового будинку в перші 3 дні після народження.

Кабінети щеплень. Профілактичні щеплення дітям та підліткам проводяться згідно календаря вакцинації в спеціальному кабінеті поліклінічного відділення.



Кабінети щеплень дитячих поліклінік, які обслуговують понад 10 тисяч дітей очолюють лікарі-імунологи, а в поліклініках меншої потужності загальне керівництво їх роботою здійснюють медичні директори поліклінік, їх заступники або завідувачі педіатричного відділення дитячої поліклініки.

Проведення щеплень в поліклініці передбачає такі види заходів: облік дітей, які підлягають щепленню і планування вакцинальної справи в поліклініці; специфічна імунізація дітей; проведення щеплень відповідно рекомендованих термінів; підготовка часто хворюючих дітей, дітей з алергічними реакціями до проведення вакцинації; за необхідності — оформлення листка протипоказань у дітей до проведення щеплень (за рішенням ЛКК поліклініки); контроль за дітьми після проведеної вакцинації, облік незвичайних реакцій, профілактика і лікування ускладнень після щеплень; аналіз ефективності щеплень на ділянці.

До функціональних обов'язків кабінету щеплень входять: розробка спільно з лікарем-педіатром планів профілактичних щеплень на території обслуговування; організація і проведення запланованих профілактичних щеплень; ведення карти профілактичних щеплень (Форма №063/о); відвідуваність будинку дітей після щеплення для з'ясування стану здоров'я дитини, а також після проведення біологічних (імунологічних) проб, якщо діти не з'явилися в поліклініку; організація медичним персоналом обліку дітей, які підлягають щепленню, відбору їх для щеплень і забезпечення прибуття на процедуру; складання щомісячних та річних звітів про виконання щеплень; вивчення ефективності щеплень за допомогою імунологічних реакцій й аналізу захворюваності дітей з урахуванням даних про вакцинацію; контроль за організацією та проведенням щеплень дітям в дитячих дошкільно-шкільних установах; організація і проведення занять з лікарями і середнім медичним персоналом для підвищення кваліфікації щодо щеплень; санітарно-просвітницька робота серед населення з питань профілактики інфекційних захворювань; облік дітей, які мають протипоказання до щеплень.

Основними обліковими документами вакцинальної справи є «Карта профілактичних щеплень (Форма №063/о)», «Карта імунізації (Форма №063-1/о)», Журнал обліку профілактичних щеплення (Форма №064/о).

Аналіз сучасного стану імунопрофілактики. На сьогодні імунопрофілактика визнана одним з найуспішніших й економічно ефективних заходів у сфері громадського здоров'я. Щороку завдяки заходам з імунопрофілактики вдається врятувати від 2 до 3 млн. дітей у всьому сві-



ті. Глобальне охоплення населення профілактичними щепленнями дає змогу щороку запобігти настанню 1,5 млн. летальних випадків від інфекційних хвороб.

Основними цілями імунопрофілактики є збереження здоров'я населення через зниження рівня захворюваності, смертності та інвалідності від інфекційних хвороб, формування колективного імунітету та зниження витрат системи охорони здоров'я на лікування інфекційних хвороб, яким можна запобігти шляхом проведення імунопрофілактики.

Для забезпечення і підтримання епідемічного благополуччя в Україні щодо інфекційних хвороб, яким можна запобігти шляхом проведення імунопрофілактики, необхідно забезпечити рекомендований Всесвітньою організацією охорони здоров'я обсяг охоплення населення профілактичними щепленнями.

В Україні за останні п'ять років склалася нестійка епідемічна ситуація щодо інфекційних хвороб, яким можна запобігти шляхом проведення імунопрофілактики. Захворюваність на кір, краснуху, епідемічний паротит, кашлюк, дифтерію набуває некерованого характеру, про що свідчить чергування періодів підйому і спаду захворюваності, зменшення міжепідемічного періоду.

Внаслідок недостатнього рівня фінансової підтримки системи охорони здоров'я в попередні роки, громадської недовіри до профілактичних щеплень, відсутності довгострокової стратегії імунопрофілактики та стратегічного багаторічного планування постачання імунобіологічних препаратів фіксуються критичні рівні охоплення населення обов'язковими профілактичними щепленнями та нестабільний рівень забезпечення медичними імунобіологічними препаратами.

Основними причинами зниження вакцинації є:

- відсутність стратегічного багаторічного планування постачання медичних імунобіологічних препаратів;
- несвоєчасне та не в повному обсязі постачання медичних імунобіологічних препаратів до регіонів;
- фінансування за залишковим принципом таких важливих напрямів, як безпека ін'єкцій, контроль за належним дотриманням умов «холодового ланцюга», епідеміологічний нагляд за інфекційними хворобами, яким можна запобігти шляхом проведення імунопрофілактики, призвело до зниження рівня охоплення профілактичними щепленнями, зокрема дітей першого року життя. Рік у рік накопичувалася «нешцеплена» група дітей та суттєво знижувався рівень колективного імунітету;



- суттєве зниження рівня охоплення населення профілактичними щепленнями в Україні частково зумовлене активізацією антивакцинальної пропаганди, що знижувало рівень прихильності населення до імунопрофілактики;
- однією з причин є низький рівень поінформованості медичної спільноти про сучасні дані, засновані на доказах щодо ефективності та безпеки вакцин. Це пов'язано з відсутністю адекватного потребам часу інформаційного наповнення програм до- та післядипломної підготовки лікарів та середнього медичного персоналу.
- відсутність нормативно-правових підстав для довгострокового планування потреби в медичних імунобіологічних препаратах стала однією з вагомих причин погіршення ситуації стосовно планування та фінансування заходів з імунопрофілактики, що не дало змоги системно здійснювати заходи із зміцнення боротьби з інфекційними хворобами, обґрунтовувати довгострокову потребу у фінансових ресурсах для оптимальної реалізації програми імунопрофілактики на державному рівні.

12.4. Організація спеціалізованої медичної допомоги дітям в умовах первинної ланки

В Україні для надання медичної допомоги створено потужну мережу дитячих лікувально-профілактичних закладів. В усіх обласних центрах і великих містах діти отримують загальну та профільну допомогу в багатопрофільних дитячих лікарнях. До складу цих лікувальних установ входять кардіологічне, пульмонологічне, гастроентерологічне, нефрологічне та інші відділення, а також відділення інтенсивної терапії та реанімації, відділення патології новонароджених, відділення виходжування недоношених дітей тощо.

У дитячій поліклініці, крім лікарів-педіатрів, працюють також лікарі інших спеціальностей. Спеціалізована медична допомога отоларинголога, хірурга, окуліста, невролога повинна надаватися в будь-якій дитячій поліклініці. Ортопеди, урологи, нефрологи, ендокринологи, дитячі гінекологи, лікарі з функціональної діагностики можуть працювати в одній з дитячих поліклінік, якщо їх кілька на території. Психоневролог, дерматовенеролог, онколог, фізіотерапевт ведуть прийом у відповідних диспансерах, можуть бути виділені день і години для роботи в дитячій поліклініці.

Залежно від кількості фахівців встановлюються посади лаборантів — рентгенологів, фізіотерапевтів, лікувальної фізкультури.



До функцій лікаря-фахівця входить: проведення прийому дітей, надання необхідної консультативної та лікувальної допомоги вдома; забезпечення моніторингового спостереження за дітьми; оцінювання ефективності діагностики, лікування; проведення санітарно-освітньої роботи; впровадження в практику нових методів діагностики та лікування.

У дитячих поліклініках, крім медичних працівників, в логопедичних і сурдологічних кабінетах, працюють також педагогічні працівники.

Організація медичної допомоги в дошкільних закладах, школах.

Донедавна штатний розпис дитячої поліклініки передбачав посади лікарів педіатрів і медичних сестер у дошкільних і шкільних закладах освіти які проводили: загальнооздоровчу роботу, слідкуючи за раціональним харчуванням дітей, забезпеченням оптимального режиму дня дітей, їх загартовуванням за допомогою повітряних і водних процедур, контролювали мікроклімат в приміщеннях; боролись з проникненням і поширенням інфекційних захворювань в дитячому колективі шляхом дотримання принципу групової ізоляції дітей, за виконанням карантинних заходів в групах; організували та проводили профілактичні щеплення; санітарно-просвітницьку роботу серед батьків тощо.

Нині в штатному розписі поліклініки не передбачені посади лікаря-педіатра та медичної сестри шкільних або дошкільних закладів освіти. Але якщо вищезазначені заклади освіти вважають за потрібне організувати медичну допомогу, то кошти закладу можуть бути спрямовані на оплату праці медичних працівників. Зазвичай, це медична сестра, а у випадку коли шкільний заклад налічує понад 1000 учнів — лікар педіатр.

В обов'язки медичного працівника який надає медичну допомогу в умовах дошкільного закладу має входити: проведення планових профілактичних оглядів дітей перед щепленням, контроль за його проведенням; призначення дітям діагностичних проб, лабораторних досліджень і лікування; спостереження за дітьми групи ризику і хворих; забезпечення рекомендаціями дошкільно-шкільних установ щодо організації харчування дітей; медичний контроль за фізичним вихованням і загартовуванням дітей; профілактика травматизму, його облік й аналіз всіх випадків травм; контроль за умовами побуту, вихованням, харчуванням; санітарно-просвітницька робота з батьками та персоналом дошкільного закладу; проведення заходів щодо захисту дітей від інфекційних захворювань.

Проведення антропометричних вимірювань, визначення гостроти зору тощо; проведення загартовування, профілактичних щеплень, діагностичних проб, збір матеріалу для лабораторних досліджень; ізоляція хворих



дітей, спостереження за дітьми, що були в контакті з інфекційними хворими, організація поточної дезінфекції; надання долікарської допомоги дітям при гострих захворюваннях або травмах; санітарно-просвітницька робота; контроль за дотриманням санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режиму в дошкільному закладі, медичним обстеженням персоналу дошкільного закладу; складання заявок на медикаменти, медичний інструментарій і апаратуру, бакпрепарати, дезінфікуючі засоби; оформлення відповідних облікових документів.

Неможна недооцінювати важливу роль медичних працівників шкіл в забезпеченні здоров'я дитячого населення, організації і проведенні профілактичних заходів.

Тому обов'язками шкільного лікаря-педіатра мають бути: своєчасна організація і проведення медичних оглядів школярів, оформлення висновку про стан здоров'я; визначення кожній дитині медичної групи для занять фізичною культурою і призначення лікувально-оздоровчих процедур; оцінювання результатів медичних оглядів школярів; здійснення медичного контролю за фізичним вихованням, за режимом навчання, зокрема трудового, за харчуванням учнів, проведенням санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів; проведення роботи щодо професійної орієнтації школярів з урахуванням стану їх здоров'я; виявлення учнів, які потребують звільнення від перехідних і випускних іспитів; проведення амбулаторного прийому в школі і надання медичної допомоги дітям; проведення санітарно-освітньої роботи серед персоналу школи, батьків і учнів; забезпечення систематичного спостереження за моніторинговою групою хворих, сприяння їх оздоровленню, в тому числі безпосередньо в школі; забезпечення взаємодії з сімейними лікарями.

Середній медичний персонал школи: надає допомогу лікарям у проведенні медичних оглядів, у виконанні призначених процедур після оглядів; проводить скринінгові тести (вимірювання артеріального тиску, визначення гостроти зору тощо); повідомляє педагогічному колективу про результати оглядів учнів і про рекомендації лікарів-спеціалістів; здійснює контроль за організацією харчування, гігієнічними умовами навчання і виховання, за дотриманням санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режиму, виконанням санітарних вимог на харчоблоці та проведенням обов'язкових медичних оглядів його працівників; контроль за організацією трудового навчання учнів; контроль за своєчасним обов'язковим медичним обстеженням персоналу школи і виконанням всіх необхідних



досліджень. А також проведення профілактичних щеплень; спостереження за учнями, що мають контакт з дітьми, хворими на інфекційні захворювання; проведення спільно з лікарем амбулаторного прийому учнів, проведення роботи з питань профілактики травматизму; проведення обліку і контроль за збереженням медичного інвентарю, медикаментів, матеріалу для щеплень, за своєчасним їх поповненням.

Індивідуальна підготовка дітей до вступу до дошкільного закладу та закладу загальної середньої освіти. Важливим розділом у роботі лікаря-педіатра та медичної сестри є підготовка дітей до вступу до дошкільних закладів. До заходів, які проводить медичний персонал дитячої поліклініки з цього питання, належать такі:

- робота з батьками (поради привчити малюка до спілкування з дітьми та дорослими; максимальне наближення домашнього режиму до умов дошкільного закладу; поступове відучування дітей від неприйнятних для дитячих колективів звичок (годування з пляшки, колихання тощо);
- проведення курсу оздоровчих заходів дітям, які відстають у фізичному та нервово-психічному розвитку, часто хворіють, зокрема на рахіт, ексудативний діатез, анемію;
- повторні консультації психоневролога та інших фахівців дітей групи ризику;
- завершення щеплень не пізніше одного місяця до початку відвідування дошкільного закладу, за неможливості їх проведення — визначення протипоказань і наступне їх проведення в дошкільному закладі через 1–1,5 місяця після закінчення періоду адаптації;
- прийом дитини після гострого захворювання до дошкільного закладу не раніше двох тижнів після одужання.

За наявності протипоказань до щеплень дозволяється прийом дитини до дитячого закладу без щеплень. Наступне щеплення призначається після закінчення періоду адаптації.

Питання про направлення до дитячого закладу дітей групи ризику, а також дітей з хронічними захворюваннями та природженими вадами розвитку вирішує спеціальна комісія із залученням лікарів відповідного фаху, індивідуально залежно від стану здоров'я кожної дитини.

Підготовка до навчання в школі передбачає огляд дітей віком 3 та 5 років отоларингологом, окулістом, невропатологом, стоматологом, хірургом, ортопедом, а при показаннях логопедом, фтизіатром, кардіоревматологом, ендокринологом, дерматологом. Це дає змогу своєчасно оздоровити виявлених хворих дітей.



Напередодні вступу до школи лікар-педіатр та інші фахівці знову оглядають дитину, оцінюють ефективність проведеного лікування, стан здоров'я дитини та функціональну підготовленість до навчання. Дітям знову проводять антропометричні вимірювання, клінічний аналіз крові та сечі.

Комплексна оцінка здоров'я дітей. Вивчення стану здоров'я є одним із найважливіших розділів роботи лікаря, який обслуговує дітей і підлітків. Важливість цієї роботи полягає, насамперед в тому, що саме у дитячому віці формується фізичне і психічне здоров'я людини, її стійкість до впливу несприятливих факторів навколишнього середовища.

Нині прийняті наступні критерії комплексної оцінки стану здоров'я:

- Наявність або відсутність у момент обстеження хронічних захворювань.
- Рівень функціонального стану основних систем організму.
- Ступінь опірності організму несприятливому впливу.
- Рівень досягнутого розвитку і ступінь його гармонійності.

Відповідно до критеріїв, що визначені розроблена схема розподілу дітей за групами здоров'я. Однак, у законодавчих документах останніх років в Україні визначено, що розподіл дітей за групами здоров'я не має науково доведеної ефективності і не є обов'язковим в умовах сьогодення. Проте, розподіл дітей за групами здоров'я є досить зручним і у практичній діяльності лікарів має місце, через те, що їх можна та зручно використовувати як інструмент оцінки проведення оздоровчих заходів (переміщення дітей між групами здоров'я) та оцінки стану здоров'я дитячих колективів.

Рекомендується виділяти 5 груп здоров'я дітей старше 3-х років:

Перша група здоров'я — здорові діти, які мають нормальний фізичний і психічний розвиток, які не мають анатомічних дефектів, функціональних і морфофункціональних відхилень.

Друга група здоров'я — діти, у яких немає хронічних захворювань, але є деякі функціональні та морфофункціональні порушення

Третя група здоров'я — діти, які мають хронічні захворювання в стадії клінічної ремісії, діти з фізичними вадами, наслідками травм і операцій за умови компенсації функцій.

Четверта група здоров'я — діти, які страждають на хронічні захворювання в активній стадії, з хронічними захворюваннями в стадії ремісії, але обмеженими функціональними можливостями, у яких основне захворювання вимагає підтримуючої терапії, діти з фізичними вадами, наслідками травм, операцій, з неповною компенсацією функцій, що обмежує можливість навчання або праці дитини.



П'ята група здоров'я — діти, які страждають на важкі хронічні захворювання, з рідкими клінічними ремісіями, частими загостреннями, з вираженою декомпенсацією функціональних можливостей організму, наявністю ускладнень основного захворювання, що вимагають постійної терапії, діти з фізичними вадами, наслідками травм і операцій, з вираженим порушенням компенсації функцій і значним обмеженням можливості навчання, праці.

Розподіл дітей за групами здоров'я дозволяє виявити осіб, що мають фактори ризику щодо розвитку патологічних порушень, а також дітей з початковими формами захворювань та функціональними відхиленнями та розробити на цій підставі комплекс заходів з охорони та зміцнення їх здоров'я, профілактики хронічних захворювань тощо.

Ступінь опірності (резистентності) організму визначають за даними щодо кількості гострих захворювань та загострень хронічних хвороб протягом минулого року, а також за показниками стану неспецифічної резистентності організму.

Оцінка функціонального стану систем організму проводиться з використанням клінічних методів, а також за допомогою функціональних проб (проби Мартіне, Летунова).

Організація роботи молочної кухні. Молочна кухня виготовляє молочні суміші як для здорових, так і для хворих дітей. Очолює молочну кухню медична сестра. При приготуванні від 600–1 000 порцій вводиться 0,5 ставки лікаря-дієтолога. Суміші обов'язково пастеризуються і розфасовуються в стерильний посуд. До співробітників висуваються суворі санітарні правила. Пункти збору молока організуються при пологових будинках, дитячих поліклініках, будинках дитини.

Невідкладна допомога в дитячій поліклініці. У поліклініці працює кабінет невідкладної допомоги, денний гельмінтологічний напівстаціонар, інформаційно-аналітичне відділення, кабінет медико-соціальної допомоги, діагностичні підрозділи. Невідкладна медична допомога дітям надається черговими лікарями поліклініки від 20 години вечора до 8-ї години ранку, а також у вихідні та святкові дні.



12.5. Організація надання медичної допомоги в умовах стаціонарів клінічних лікарень

Стаціонар міської клінічної дитячої лікарні. Потреба в стаціонарній допомозі виникає за необхідності постійного лікарського нагляду за хворою дитиною, в проведенні інтенсивного комплексного лікування й обстеження, яке неможливо здійснити в амбулаторно-поліклінічних умовах.

Основним завданням дитячої лікарні (відділення) є надання висококваліфікованої цілодобової допомоги в достатньому обсязі і належної якості. До структури стаціонару входять різні відділення: управління; приймальне відділення; лікувальні відділення: соматичні (для дітей віком до 1 року, для дітей віком від 1 до 3 років, для дітей віком від 3 до 5 років), спеціалізовані (палати для дітей у віці до 1 року, палати для дітей у віці від 1 до 3 років, палати для дітей у віці від 3 до 5 років); лікувально-допоміжні; діагностичні відділення; архів; кухня; пральня; патологоанатомічне відділення та інші.

У великих стаціонарах створюють самостійні відділення для недоношених дітей, а також для хворих новонароджених дітей.

Крім цього в дитячих клінічних лікарнях створюються реанімаційні відділення або палати інтенсивної терапії, в тому числі для новонароджених. Реанімація може здійснюватися лише в разі постійного контролю за показниками організму, а тому вимагає достатнього обсягу експрес методів біохімічних досліджень.

Важливу роль в організації роботи клінічного стаціонару відіграє приймальне відділення, яке забезпечує: прийом дітей для стаціонарного лікування і спрямування їх до відповідних відділень; ізоляцію дітей, які були в контакті з інфекційними хворими; надання першої невідкладної лікарської допомоги; проведення санітарної обробки пацієнтів; облік руху хворих в стаціонарі; довідково-інформаційне забезпечення; виписку зі стаціонару; прання, чистка та зберігання одягу хворого.

У великих дитячих клінічних лікарнях (понад 200 ліжок) прийом хворих проводить спеціальний персонал приймального відділення (лікар, медична сестра, черговий лаборант для термінових аналізів, санітарка), в невеликих лікарнях — черговий персонал.

Лікувальні відділення. Лікувальні відділення дитячого стаціонару як правило розраховані на 40–60 ліжок з ізольованими одна від однієї палатними секціями на 20–30 ліжок. Палати повинні бути невеликими, на 3–4 ліжка, які дозволяє заповнювати їх одночасно з урахуванням віку



і захворювання дитини. На кожну дитину має припадати не менше 6 м². Основним обліковим медичним документом в стаціонарі є «Медична карта стаціонарного хворого (Форма №003/о)». При виписці зі стаціонару оформляється «Статистична карта хворого, який вибув із стаціонару Форма №066/о».

Досвід роботи багатьох кращих дитячих клінічних лікарень довів необхідність створення палатних секцій для недоношених і новонароджених дітей у вигляді ізольованих палатних блоків з боксами на одне ліжко. До палатного блоку входять 8 боксів зі скляними перегородками і загальним шлюзом, де знаходиться чергова медична сестра. У кожному блоці передбачені підведення кисню, гарячої та холодної води. У секції для недоношених є спеціальне оснащення. Під час лікування дітей в стаціонарі матерям надається можливість перебувати разом з дитиною в спеціальних відділеннях спільного перебування матері і дитини в лікарні.

Всі інші відділення дитячої клінічної лікарні, незалежно від віку дітей, повинні мати можливість ізолювати хворих в 1-2-ліжкові палати-напівбокси.

Заповнюючи палати, слід дотримуватися принципу одномоментного прийому хворих для попередження одночасного перебування в них дітей, які щойно надійшли в лікарню і таких, що одужують.

У відділеннях для старших дітей передбачені їдальня, кімнати для ігор, шкільних занять. Це важливо насамперед в тих відділеннях, де діти проходять тривале лікування (ревматологічне, нефрологічне тощо).

В будь-якому відділенні дитина перебуває під наглядом лікаря-ординатора, який проводить обстеження дітей, встановлює діагноз, визначає план лікування, перевіряє правильність і своєчасність виконання всіх призначень медичною сестрою, проводить санітарно-наглядову роботу. Разом із завідувачем відділення він бере участь в обході хворих.

Навантаження лікарів-ординаторів в стаціонарі визначається потребами КНП, наприклад 20 ліжок, за наявності у відділенні 60 ліжок виділяється посада завідувача відділення. Медична сестра забезпечує нагляд 8-10 дітей вдень в грудному або інфекційному відділенні і 15 дітей у нічний час. Для дітей старшого віку одна медсестра на 15 дітей вдень і 25 дітей вночі.

У великих дитячих клінічних лікарнях вводяться посади педагогів-методистів, які проводять і організують виховну роботу.

Керує всією роботою відділення завідувач, який контролює роботу лікарів-ординаторів, розглядає з ними всі складні питання діагностики та лікування, скликає консилиум. Під його керівництвом і за його участі підвищують кваліфікацію лікарів та середній медичний персонал.



Графіки роботи медичних сестер і санітарок, слід складати з розрахунком забезпечення більшої безперервності в спостереженні за хворими дітьми однією і тією ж медичною сестрою.

В роботі лікарень практикують дво- і тризмінне чергування. При дво-змінному чергуванні зміна сестер відбувається двічі на добу, з чергуванням по 12 годин вдень і вночі і одним вихідним днем після денного і двома днями після нічного чергування.

Найбільш доцільним є тризмінний графік, при цьому вранці і вдень працюють одні й ті самі особи, а медичні сестри, які чергують вночі, працюють позмінно. Недоліком його є часта зміна персоналу.

При здачі чергування медичні сестри повинні обійти палати, передати відомості про тяжкохворих дітей. Передача нічного чергування може відбуватися в присутності старшої медичної сестри.

До функціональних обов'язків старшої медсестри відносяться: керівництво роботою середнього та молодшого медичного персоналу, вона відповідає за належний порядок, за безперебійне постачання медикаментів, оснащення, матеріалу для перев'язок. До її функцій входять деякі адміністративні обов'язки: здійснення зв'язу з іншими відділеннями лікарні та різними установами, виклик за вказівкою лікаря фахівців на консилиум, встановлення порядку направлення хворих на окремі процедури й обстеження.

Починаючи роботу до зміни палатних сестер, старша медична сестра, перевіряє санітарний стан відділення, наявність медикаментів, білизни, інформує завідувача, отримує від нього вказівки, приймає участь в обході хворих.

Патологоанатомічне відділення. У структурі дитячої лікарні є патологоанатомічне відділення. За наявності в місті кількох дитячих лікарень воно може функціонувати на базі однієї з них, забезпечує експертизу трупів дітей, в т.ч. померлих новонароджених і мертвнонароджених, а також взяття біопсії і операційного матеріалу.

12.6. Особливості обслуговування дітей в сільській місцевості

У сільській місцевості медичну допомогу дітям надає мережа медичних установ району. Організаційно-методичне керівництво його роботою здійснює районний педіатр.

До функцій районного педіатра відносяться:

- консультативна допомога працівникам дитячих установ районного центру, сільських амбулаторій сімейної медицини з питань організації медичної допомоги дітям;



- відвідування акушерських пунктів, фельдшерсько-акушерських пунктів, амбулаторій сімейного лікаря, огляд здорових і консультація хворих дітей, перевірка своєчасності проведення профілактичних щеплень та санітарно-протиепідемічних заходів;
- моніторинг стану здоров'я дітей, насамперед першого року життя;
- складання спільно з органами санепіднагляду плану протиепідемічних заходів, спрямованих на боротьбу з дитячими інфекційними захворюваннями, участь в його виконанні;
- організація профілактичних щеплень дітям;
- забезпечення підвищення кваліфікації з педіатрії для лікарів сільських дільниць, патронажних сестер, медичних працівників дитячих дошкільних закладів і шкіл;
- проведення семінарів, конференцій середніх медичних працівників району, які надають медичну допомогу дітям;
- відвідуваність дитячих дошкільних установ, контроль за їхньою діяльністю;
- систематична робота в організаційно-методичному кабінеті ЦРЛ, аналіз звітів дитячих лікувально-профілактичних установ, вивчення і оцінка стану здоров'я дітей сільського району і діяльності КНП, узагальнення отриманих даних і розробка конкретних заходів щодо підвищення якості медичної допомоги;
- залучення представників місцевих органів влади, громадських організацій, активу Товариства Червоного Хреста до проведення заходів, спрямованих на поліпшення медичної допомоги дітям.

Медичне спостереження за дітьми в сільській місцевості часто здійснюють фельдшерсько-акушерські пункти. За дітьми раннього віку — акушерка, за старшими дітьми — фельдшер.

До обов'язків акушерки та фельдшера входять: облік новонароджених, які прибули в населений пункт; патронаж новонародженого: в перші 3 дні після виписки з пологового будинку, в 2 тижні і в віці одного місяця, щомісячне спостереження протягом першого року (число спостережень залежить від стану здоров'я дитини); контроль за фізичним розвитком дітей (систематичне зважування і вимір); при захворюванні особливо дітей раннього віку обов'язкова консультація з лікарем, своєчасна госпіталізація в районну лікарню; систематичний патронаж дітей з приводу гіпотрофії, рахіту, захворювань травної системи, ревматизму, туберкульозної інтоксикації, після гострих захворювань, недоношених і дітей, які перебувають на штучному вигодовуванні або ранньому прикорму; осна-



щення в приміщенні ФАП «куточку для дитини», де повинні бути ваги, ростомір, стіл для сповивання, виставка предметів догляду за дитиною і санітарно-просвітницька література; своєчасне проведення профілактичних щеплень та їх облік; лікувально-профілактична і санітарно-протиепідемічна робота в дошкільних установах і школах; санітарно-освітня робота; протитуберкульозна робота серед дітей.

Спеціалізовану амбулаторно-поліклінічну допомогу дітям в ЦРЛ забезпечують 4–6 фахівців, а також 18–20 фахівців, які обслуговують доросле населення, для цього їм виділяють певні години для прийому дітей.

Центром висококваліфікованої спеціалізованої допомоги дітям є дитяче відділення обласної поліклініки або обласна дитяча клінічна лікарня.

12.7. Медичне забезпечення дітей, які перебувають в будинках дитини

Будинок дитини є спеціалізованим комунальним неприбутковим підприємством охорони здоров'я для надання медичної, психологічної, педагогічної, соціальної реабілітації дітям-сиротам, дітям, позбавленим батьківського піклування, дітям із сімей, які перебувають в складних життєвих обставинах, дітям з обмеженнями життєдіяльності (дітям, із загрозою формування інвалідності, діти-інваліди) віком від народження до 6 років (включно); для надання паліативної допомоги та догляду за дітьми-інвалідами підгрупи А, та забезпечення захисту їх прав та законних інтересів.

Основними типами будинків дитини є:

Будинок дитини загального типу — для медико-соціального захисту здорових дітей-сиріт (I — II груп здоров'я), дітей, які залишилися без піклування батьків, віком від народження до трьох років. Крім дітей цієї категорії, тут можуть знаходитись діти, які мають сім'ю, проте утримання та виховання їх у сім'ї з поважних причин (хвороба годувальника, тривале відрадження, навчання тощо) неможливе, а також діти із затримкою розумового та фізичного розвитку внаслідок несприятливих умов виховання.

Спеціалізований будинок дитини — для медико-соціального захисту дітей-сиріт, дітей, які залишились без піклування батьків, з вадами фізичного та розумового розвитку (III — V груп здоров'я) віком від народження до чотирьох років, а також: з обмеженим ураженням нервової системи та порушенням психіки; з обмеженим ураженням центральної нервової системи, в тому числі з дитячим церебральним паралічем без порушення психіки; з порушенням функції опорно-рухового апарату та іншими



вадами фізичного розвитку без порушення психіки; з порушенням слуху та мови; з порушенням мови; з порушенням зору (сліпі, слабозорі); тубінфіковані, хворі з малими та згасаючими формами туберкульозу, ВІЛ-інфікованих.

У спеціалізованих будинках дитини можуть організовуватись 1-2 групи для здорових дітей.

Однією з основних причин відмов від дітей частіше за все стає їх стан здоров'я. У 94,6% дітей які надходять на виховання до будинків дитини виявлені відставання у фізичному та психічному розвитку. Так, частота реєстрації вроджених аномалій, вад розвитку та хромосомних порушень у вихованців будинків дитини за останні 10 років на окремих територіях збільшилась у 2-7 разів. Саме вроджені вади розвитку, хвороби нервової системи, ВІЛ-інфекція, та інші захворювання, відмови одиноких матерів — є основними причинами надходження дітей до будинків дитини. Ця категорія дітей потребує не лише ретельного обстеження, лікування, в тому числі хірургічного, але й розпочатої в ранній період медичної реабілітації.

Як показує практика, лише у разі своєчасно проведеного комплексу реабілітаційних заходів, в тому числі педагогічної діагностики та корекції, можна досягти не лише попередження інвалідності у переважній більшості дітей, але й ефективного повернення їх до сімейних форм виховання.

Тенденція до збільшення хворих дітей в будинках дитини України, що потребують тривалого медичного спостереження, лікування та отримання комплексу реабілітаційних заходів, на жаль, є стійкою.

Будинок дитини забезпечує: медико-соціальне обслуговування дітей-сиріт, дітей, які залишилися без піклування батьків, дітей з вадами фізичного та розумового розвитку, які тимчасово знаходяться у будинку дитини за заявою батьків; щоденне медичне спостереження педіатра (і в разі потреби інших спеціалістів) за вихованцями; проведення двічі на рік (весною і восени) поглиблених медичних оглядів вихованців; проведення планових профілактичних та оздоровчих заходів; лікування дітей, які, за висновком лікаря, не потребують стаціонарного лікування, а також лікування, корекція та реабілітація дітей з вадами фізичного та розумового розвитку; надання слухових апаратів, окулярів, медикаментів, спеціалізованої медичної допомоги, реабілітацію відповідно до стану здоров'я дитини; умови для розвитку, виховання та навчання дітей відповідно до їх віку; впровадження нових програм медико-соціальної допомоги, педагогічно-виховних заходів; своєчасне інформування про дітей-сиріт та дітей, які мають правові підстави для усиновлення, органів опіки і піклування



за місцем перебування дітей; надання житла у межах встановленої санітарної норми, твердого інвентарю, столового посуду; надання одягу, взуття і м'якого інвентарю; раціональне харчування.

Таким чином, організація надання кваліфікованої медичної допомоги жінкам та дітям в Україні є одним з пріоритетних напрямків системи охорони здоров'я. Вищезазначені заклади первинної ланки та спеціалізованої допомоги жіночому та дитячому населенню мають чітко визначені на законодавчому рівні структуру та функції, метою яких є збереження та укріплення здоров'я даних категорій населення, посилення профілактичної складової роботи для попередження розвитку неінфекційних та інфекційних захворювань, сприяння формуванню здорового майбутнього держави.

ТЕМА 13. ОРГАНІЗАЦІЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЛЮДЯМ СТАРШОЇ ВІКОВОЇ КАТЕГОРІЇ

13.1. Старіння населення як медико-соціальна проблема у світі. Розвиток геронтологічної служби

Люди похилого віку (60+ років) роблять значний внесок у розвиток суспільства, будучи членами сімей, а також активними працівниками. У кожної людини вікові зміни проявляються по-різному. Вік не є критерієм, за яким можна судити про працездатність і рівень соціальності. Багато людей в 70 років мають відмінну форму, а у деяких вже в 60 — наявні ознаки старіння. Проте необхідно розуміти, що група літніх людей, яка виділяється за віковою ознакою, має соціально-специфічні особливості, свої потреби, інтереси, уявлення про цінності.

Сучасні проблеми літніх людей вивчені недостатньо. Сьогодні інтерес до цієї теми зростає, проводяться дослідження з метою виявити геронтологічні, психологічні, соціальні особливості населення похилого віку. В суспільстві поширене уявлення, що громадянам похилого віку набагато важче нести тягар фізичних і психологічних проблем, з якими вони стикаються.

Психотерапевт Карл Вітакер так писав про різний вік життя людини: «Юність — це кошмар сумнівів; середній вік — виснажливий, важкий марафон; похилий вік — насолода хорошим танцем (можливо, коліна гірше згинаються, але темп і краса стають природними, невимушеними). Ста-



рість — це радість. Цей вік знає більше, ніж говорить. Він вже й не так жадає говорити. Життя просто для того, щоб жити».

Визначається наступна термінологія з даної теми:

Календарний вік — це кількість астрономічного часу, який пройшов від дня народження людини.

Біологічний вік — це міра в часі біологічних можливостей, міра життєздатності організму, міра майбутнього життя.

Старість — період життя після зрілості, за якого відбувається поступове ослаблення діяльності організму. Саме поняття старості багато в чому визначається соціальними і культурними факторами.

Старіння — поступовий процес, що протікає по-різному у різних людей і в різних групах. Це тривалий процес, що починається з поступового зниження функціональних можливостей людського організму. Виділяють три стадії цього періоду: похилий вік — 60–74 р., старечий вік — 75–89 років та довголіття — 90+ років.

Геронтологія (від грец. *Γέρων* «старий» + *λόγος* «знання, слово, вчення») — наука, що вивчає біологічні, соціальні та психологічні аспекти старіння людини, його причини та способи боротьби з ним (омолодження).

Геронтологи — це вчені, які досліджують біологічні, медичні, соціальні та психологічні аспекти процесу старіння.

Геріатрія (грец. *Γέρων* «старий» + *ίατρεία* «лікування») — *ίατρός* «лікар») — розділ геронтології, який займається вивченням, профілактикою і лікуванням хвороб старечого віку.

Геріатрична медична допомога — спеціалізована довгострокова медико-соціально-психологічна допомога пацієнтам похилого та старечого віку, що страждають на хронічні інвалідизуючі захворювання з частковою або повною втратою здатності до самообслуговування, метою якої є продовження активного довголіття і підвищення якості життя в похилому і старечому віці.

Соціальна геронтологія вивчає демографічні, соціально-економічні, соціально-гігієнічні та соціально-психологічні аспекти старіння, в тому числі вплив умов і способу життя на процес старіння людини і розробляє заходи, що забезпечують добробут населення пенсійного віку, його активне довголіття.

Історія геронтології та геріатрії. Вчення про старість бере початок з моменту виникнення медицини. Вже у 460–377 рр. до н.е. в працях Гіппократа зустрічаються перші описи ознак старіння і хвороб у старих людей. «Батько медицини» і лікарі його школи пов'язували старіння з особливостями темпераменту і з сезонами року. Так, на його думку, флегматики



старіють швидше і особливо схильні до хвороб старості. Холерики, навпаки, в старості переживають найбільш здоровий і плідний період життя. Необхідно відзначити, що саме школа Гіппократа вперше надала розмежування хронологічному віку людини. Так, вік від народження до 14 років він називав дитинством, від 15 до 42 років — зрілим віком, від 43 до 63 — старістю, а від 63 років і старше — довголіттям.

Засновником геронтології у нас вважають О.О. Богомольця. У 1938 р. за його ініціативи в Києві відбулася перша в світі наукова конференція, присвячена проблемам старості і профілактики передчасного старіння, де одним із важливих наукових напрямків стало обговорення гіпотези щодо максимального продовження людського життя — до 150 років і більше.

Необхідно відзначити, що важливий внесок в розвиток проблем геронтології та активного довголіття зробили З.Г. Френкель, В.І. Нікітін, І.А. Аршавський, І. Давидовський, А.В. Нагорний, М.С. Мільман, В.В. Алпатов та ін., почали створювати геронтологічні школи в Ленінграді (нині Санкт-Петербург), Києві, Москві, Тбілісі та інших великих містах.

У 1958 році в Києві було створено перший Інститут геронтології та геріатрії Академії Медичних Наук (АМН), де керівниками кафедри геронтології працювали видатні вітчизняні вчені В.В. Фролькіс, О.В. Коркушко, О.В. Токар та ін. Цей інститут став провідним геронтологічним центром країни, повністю спеціалізувався на фундаментальних проблемах старіння. Інститут координує експериментальні медико-біологічні, клінічні та соціально-гігієнічні роботи, що проводяться з проблем старіння в різних наукових і практичних колективах.

У 1963 р. було засновано Всесоюзне науково-медичне товариство геронтологів і геріатрів, яке за три роки увійшло до Міжнародної асоціації геронтологів.

Ключові конференції з проблем старіння:

1982 рік — рішення Генеральної Асамблеї про скликання Першої Всесвітньої асамблеї з проблем старіння (Відень), яка розробила Віденський міжнародний план дій з проблем старіння. Цей документ містив заклик до прийняття конкретних заходів з таких питань, як охорона здоров'я і харчування, захист людей похилого віку, житлове будівництво та навколишнє середовище, сім'я, соціальне забезпечення, гарантованість доходу і зайнятості, освіту, а також збір і аналіз дослідницьких даних.

1991 рік — Генеральна Асамблея прийняла Принципи ООН щодо літніх людей, які стосуються незалежності та залучення людей похилого віку, догляду за ними, а також самореалізації та гідності.



1992 рік — Міжнародна конференція з проблем старіння, присвячена прийняттю подальших заходів зі здійснення Плану дій, була прийнята Декларація з проблем старіння (Генеральна Асамблея ООН проголосила 1999-й рік Міжнародним роком людей похилого віку. Міжнародний день людей похилого віку щорічно відзначається 1 жовтня).

2002 рік — в Мадриді відбулася Друга Всесвітня асамблея з проблем старіння (прийнята Політична декларація Мадридський міжнародний план дій з проблем старіння).

Вікова класифікація населення. Вік — повне число років, які прожила людина з моменту свого народження до тієї чи іншої події в його житті. Розрізняють біологічний вік, який фіксується періодами дитинства, молодості, зрілості і старості, і вік календарний, який фіксується числом прожитих років. В демографії визначаються також такі вікові показники, як повноліття, вік вступу в шлюб, репродуктивний, працездатний, вік виходу на пенсію, довголіття, середній вік настання смерті.

Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, ще в 2005 році більшість опитаних вважали часом настання старості — 50 років. Буквально за останні сім років відбулися зміни у визначенні біологічного віку. Тепер люди вважають, що старість настає у віці від 64 до 74 років. Змінила вікові рамки і криза середнього віку. Півсотні років тому вона наступала в 36 років, сьогодні — в 55.

Тенденція змусила світове співтовариство переглянути існуючі вікові межі і ВООЗ розробила нову вікову класифікацію: від 25 до 44 років — молодий вік, 44–60 років — середній вік, 60–75 років — похилий вік (рання старість), 75–90 років — старечий вік, після 90 — довгожителі.

Медико-соціальне значення старіння населення. Потреба в медично-му обслуговуванні людей похилого віку на 50% більше, ніж її рівень для популяції середнього віку, а потреба в госпіталізації населення 60+ років в три рази перевищує аналогічний показник для решти населення. У свою чергу, витрати на медичну допомогу одному хворому пенсійного віку, щонайменше, в три рази вище, ніж хворому працездатного віку. За оцінками експертів ВООЗ очікується, що в наступні 50 років витрати на лікування означеної категорії населення збільшаться майже наполовину.

Оскільки літні люди схильні до множинних хронічних розладів і можуть також мати когнітивні, соціальні або функціональні проблеми, вони мають більш високі потреби в галузі охорони здоров'я та використовують непропорційно більший обсяг його ресурсів. Таким чином:



- особи 65+ років мають найвищий рівень перебування в стаціонарі, більш ніж в 2,5 рази вище, ніж серед людей у віці 45–64 роки;
- збільшення частки витрат на стаціонарні витрати, які не стосуються материнства і новонароджених, на 25,1% для людей у віці 45–64 років і 97% для людей у віці 65+ років;
- люди у віці 65+ років мають найбільший показник звернень у відділення екстреної (швидкої) допомоги на душу населення (538,3 відвідування на 1 000 чоловік населення);
- половина населення похилого віку у віці 65+ років витратили 14% або більше своїх загальних доходів на витрати в охороні здоров'я, причому навантаження серед осіб 85+ років була ще більшою;
- 88% літніх приймають, принаймні, одні ліки які відпускаються за рецептом і 36% приймають 5 або більше рецептурних препаратів.

Зростаючі потреби старіючого населення призведуть до непосильного збільшення витрат охорони здоров'я. Насправді в деяких країнах з високим рівнем доходу витрати охорони здоров'я на душу населення фактично значно зменшуються після віку близько 75 років (тоді як витрати на довгострокову допомогу збільшуються).

Така тенденція вимагає пристосування економіки і соціальної сфери до специфіки «похилого населення» та координації допомоги на рівні служб охорони здоров'я і соціального захисту, а також на різних рівнях медико-санітарної допомоги.

13.2. Вплив старіння населення на демографічне навантаження, захворюваність населення і потреба в медичному забезпеченні

Процес старіння населення — новий феномен в історії людства, що виник як закономірний наслідок переходу від високих рівнів смертності і народжуваності до низьких. У країнах, які першими встали на шлях демографічного переходу, процес старіння позначився в останній третині XIX, але повною мірою він проявився в другій половині XX століття.

Демографічне старіння виражається в зростанні питомої ваги людей похилого віку в загальній чисельності населення.

За період з 2015 по 2050 рік частка літніх людей в світі, за оцінками, подвоїться приблизно з 12% до 22%. В абсолютному вираженні очікується збільшення числа людей 60+ років з 900 млн. до 2 млрд. чол. Найбільш швидкозростаючою групою населення похилого віку є старша вікова група, тобто особи 80 років і старше. Якщо в 2000 р. їх було 70 млн. осіб,



то, згідно з прогнозами, за найближчі 50 років їх число збільшиться більш ніж в 5 разів.

Менш ніж за півстоліття рівень старіння населення України наблизився до показників розвинених європейських країн, де ці процеси почалися на 100–200 років раніше. Тут очікується поглиблення проблеми старіння населення на середньо- та довгострокову перспективу навіть при певному підвищенні рівня народжуваності. Прогнозується, що до початку 2030 року вже кожен четвертий житель України буде в віці 60 років і старше, а до початку 2050 р. літніх 60+, в населенні України буде близько третини.

Старіння населення створює два потенційно серйозні, несприятливі фактори для фінансових ресурсів охорони здоров'я: зростання споживання послуг охорони здоров'я та зменшення фінансових надходжень (оскільки зменшується частка економічно активного населення).

Об'єктивний процес старіння населення України характеризується низкою негативних особливостей:

- погіршення показників фізичного, психічного і духовного здоров'я людей старшого віку, проявляється в підвищенні рівня захворюваності, інвалідності та смертності;
- зростання залежності літніх людей від економічно і соціально розвинутих країн, зниження конкурентоспроможності на ринку праці в передпенсійному та пенсійному віці;
- обмеженість у літніх людей можливостей для повноцінної участі в суспільному житті і доступі до суспільних благ, наростання почуття непристосованості і соціальної непотрібності;
- низький рівень орієнтації літніх людей в сучасному соціокультурному просторі, ускладнення їх соціальних контактів, зниження відповідальності сім'ї при догляді за людьми похилого віку.

Для вікової структури населення України характерні дві найважливіші тенденції: зменшення кількості дітей і зростання питомої ваги населення старшого віку. Питома вага дітей в Україні складає 14,0%, осіб 65+ років — 15,0%.

Така демографічна ситуація призводить до зростання економічного (демографічного) навантаження на працездатний вік (розраховують показник «демографічного навантаження» як співвідношення дітей і осіб пенсійного віку до чисельності працездатного населення).

В Україні «демографічне навантаження» в 1999 р. становило на 1000 осіб працездатного віку — 768 осіб (356 дітей і 412 осіб пенсійного віку) непрацездатного віку.



На 01.01.2021 року «демографічне навантаження» на 1000 осіб працездатного віку склало 412 людей. Коефіцієнт потенційного заміщення (дитячої навантаження) для України дорівнює 194 ‰, а коефіцієнт пенсійного навантаження — 218‰.

Скорочення чисельності населення працездатного віку призведе до зниження середніх щорічних темпів зростання ВВП з 2,4% за період 2004–2010 рр. до 1,2% в період 2030–2050 рр. Крім того, в період між 2004 і 2050 роками прогнозується зростання на 3–4 пункти ВВП державних витрат, пов'язаних з віковими факторами, таких як витрати на пенсійне забезпечення, охорону здоров'я і обслуговування літніх людей.

У міру старіння населення доступ людей старшого віку до медичних та соціальних послуг стає все більш важливою проблемою. Процес збільшення частки людей похилого віку в загальному населенні вимагає всебічного врахування їх специфічних потреб як особливої категорії громадян.

Належний рівень медико-соціального обслуговування людей похилого віку у зв'язку з цим викликає необхідність розширення мережі установ для довгострокового догляду. При цьому рівень майбутніх витрат на медичну допомогу літнім людям і здійснення догляду за ними значною мірою залежить від того, чи будуть це роки здорового життя, або роки хвороби і утриманства.

Серед старіючого населення буде більше людей з онкологічними захворюваннями, переломами тазостегнового суглоба, інсультом та деменцією. У міру старіння населення проблеми здоров'я будуть загострюватися, особам з хронічними захворюваннями необхідно буде призначати більш широкий спектр лікування. У зв'язку з чим, для задоволення потреб літніх людей в медичній допомозі системи охорони здоров'я повинні бути належним чином підготовлені.

Особливості стану здоров'я літніх людей, аналіз демографічної ситуації з урахуванням постаріння населення. Старість, як ризик, виражається в тому, що у людини, яка досягла певного віку, знижуються природні функції організму, що проявляється в ослабленні розумових здібностей, уповільнення реакції, погіршення зору тощо. Ступінь старіння залежить від різних соціальних факторів: а) різниці в рівні і якості життя міського і сільського населення; б) належності до певної соціальної групи; в) ставлення особи до свого здоров'я; г) особливості харчування та ін.

Фізіологічний і медико-біологічний стан визначається індивідуальними темпами старіння організму, психологічний — самооцінкою особистості.



Фізичне здоров'я в похилому і старечому віці пов'язане зі згасанням обмінних і регенераційних процесів. У цей період, окрім патології серцево-судинної системи, останнім часом збільшується тенденція до захворюваності онкологічними захворюваннями і психічними розладами. Крім цього, на відміну від хворих середнього віку, у геронтологічній групі хворих різко змінюється характер й особливості перебігу захворювань: частіше виникають численні супутні хвороби, істотно порушуються нервові функції, змінюються захисні адаптивні процеси.

До 60-річного віку інвалідність і смерть часто є результатом пов'язаних з віком втрат слуху, зору і руху, а також неінфекційних захворювань, включаючи хворобу серця, інсульт, хронічні респіраторні порушення, рак і деменцію.

Крім того, в літньому віці виникають інші стани здоров'я, що не охоплені традиційними класифікаціями хвороб. Вони можуть бути хронічними (наприклад, стареча дряхлість, поширеність якої у людей старше 65 років може становити близько 10%) або гострими (наприклад, делірій, який може бути результатом численних детермінант — настільки ж різноманітних, як і інфекції або побічні ефекти хірургії).

Є кілька базисних положень геріатрії, знання яких необхідне кожному медичному працівнику. По-перше, це множинність патологічних процесів, *мультиморбідність*. З віком відбувається своєрідне «накопичення» хвороб. В середньому у чоловіків старше 60 років встановлюється 4,3 захворювання, а у жінок того ж віку — 5,2. Кожні наступні 10 років до них додається ще по 1–2 хвороби. По-друге, у осіб похилого та старечого віку клінічна картина захворювання нерідко стерта навіть при загостренні хвороби, в гострих випадках відзначається поліморфізм клінічних проявів, обумовлений поєднанням декількох хвороб. Деякі автори патологію старшого віку порівнюють з айсбергом, більш 6/7 якого приховано під водою.

Здоров'я людей похилого віку характеризують такі показники: *смертність*; *захворюваність*; *інвалідність* і спеціальні показники: а) ступінь рухливості, яка може бути повною, в межах міста / села, в межах житлового приміщення, обмежена ліжком); б) здатність до самообслуговування — побутове самозабезпечення без сторонньої допомоги.

13.3. Система організації геріатричної допомоги в Україні (амбулаторно-поліклінічні, стаціонарні, стаціонарозаміщуючі установи)

Геріатрична допомога в Україні надається в системі загальних установ охорони здоров'я і спеціальних геріатричних структурах Міністерства охо-



рони здоров'я, а також в системі амбулаторних та стаціонарних установ Міністерства праці та соціальної політики, і, частково громадськими і релігійними організаціями: Товариством Червоного Хреста України, Карітас України, Хессед і іншими.

Модель організації геріатричної служби передбачає єдину трирівневу систему, яка включає амбулаторну ланку, стаціонарну допомогу та організаційно-методичні і наукові геріатричні центри.

Амбулаторна і стаціонарна медична допомога людям похилого і старечого віку надається всіма закладами охорони здоров'я без обмеження, з урахуванням того, що фактичне їх звернення до амбулаторно-поліклінічних закладів в 1,5 рази вище, ніж у людей більш молодого віку, а госпіталізація коливається в межах 40–60% від числа всіх госпіталізованих хворих (в сільських амбулаторіях — до 80%).

В основу надання медичної допомоги особам похилого та старечого віку в *амбулаторно-поліклінічних закладах* закладений процес взаємодії сторін, при цьому з одного боку, є літній пацієнт з медико-соціальними потребами, а з іншого — фахівці закладів первинної медико-санітарної допомоги. Результатом впровадження організаційно-функціональної моделі є прийняття управлінських рішень, спрямованих на оптимізацію роботи підрозділів амбулаторно-поліклінічних установ з метою підвищення доступності та якості надання медичної допомоги, а також задоволеності осіб похилого та старечого віку.

Другим рівнем організації геріатричної допомоги є *стаціонарна допомога*. Фактична госпіталізація для осіб похилого віку коливається в межах 40–60% від числа всіх госпіталізованих хворих (в сільських амбулаторіях — до 80%). Середній вік надходження в установи інтенсивного догляду — середина дев'ятого десятка.

Цей рівень передбачає створення в багатoproфільних стаціонарах відділень, максимально пристосованих до потреб літніх пацієнтів. Вони виявляються в клініках усіх рівнів, а також в спеціалізованих геріатричних установах: лікарнях для інвалідів війни, які функціонують в усіх регіонах країни, в спеціальних відділеннях тривалого лікування хронічних хворих в складі багатoproфільних лікарень.

Стаціонари екстенсивного догляду, відомі як гуртожитки («хостели»), надають допомогу і підтримку літнім людям, що страждають від розумових і фізичних дисфункцій, таких як нетримання та ін.

Поширюється практика лікування літніх людей в позалікарняних формах медичної допомоги — денних стаціонарах і стаціонарах на дому.



Широке використання денних стаціонарів потребує значної економії лікарняних витрат і суттєво покращує доступність і якість надання медико-психологічної допомоги пацієнтам старших вікових груп. Крім того, в умовах денного стаціонару літній пацієнт значною мірою збереже рухливість і буде залишатися активним в сім'ї та суспільстві. Приклад форми стаціонарної допомоги людям похилого віку із розладами психіки та поведінки наведено на Рис. 13.1.

Установами третього рівня є геронтологічні центри — соціально-медична установа, призначена для постійного, тимчасового (терміном до шести місяців) і п'ятиденного на тиждень проживання громадян похилого віку (чоловіків 60+ років і жінок 55+ років), а також інвалідів, які частково або повністю втратили здатність до самообслуговування і потребують постійного стороннього догляду, що забезпечує створення відповідних їхньому віку і стану здоров'я умов життєдіяльності, проведення заходів медичного, психологічного, соціального характеру.

Геронтологічні центри слід максимально наближати до місць проживання потенційних пацієнтів для забезпечення доступності відвідувань його відділень можливо більшій кількості осіб похилого віку, які потребують реабілітації в амбулаторних умовах, у відвідуванні відділень денного перебування, відділень 5-денного перебування та консультативного прийому.

Центр повинен здійснювати соціальне обслуговування осіб старших вікових груп, диференційовано, відповідно до їх віку, стану здоров'я, соціального становища і з урахуванням необхідності стороннього догляду в стаціонарних, напівстаціонарних і домашніх умовах.

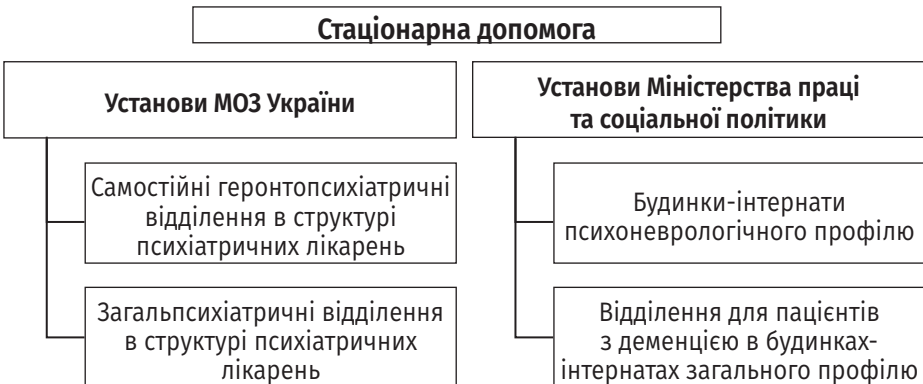


Рис. 13.1. Форма стаціонарної допомоги людям похилого віку із розладами психіки та поведінки

**Амбулаторно-поліклінічна допомога****Форми амбулаторно-поліклінічної допомоги
людям похилого віку з розладами психічного здоров'я**

Будинок (відділення) сестринського догляду — стаціонарна установа, призначена для проведення курсу підтримуючого лікування хворим переважно похилого та старечого віку і самотнім, що страждають на хронічні захворювання і потребують медичного догляду та соціальної допомоги.

Будинок пристарілих — державна чи приватна організація, що надає людям похилого (старим) людям місце постійного проживання з наданням послуг життєзабезпечення: приготування їжі, догляд та інше.

Хоспіс — стаціонарна установа охорони здоров'я для надання медико-соціальної та юридичної допомоги переважно інкурабельним онкологічним хворим з метою забезпечення знеболювальної терапії, догляду,



психо-соціальної реабілітації, а також психологічної та соціальної підтримки родичів.

При організації будинків сестринського догляду та геронтологічних центрів необхідно зберегти лікарські амбулаторії з покладанням на них функцій медичного обслуговування територіального населення. Слід розрізнити геріатричний центр від звичайного будинку престарілих. У той час як будинок для людей похилого віку є установою виключно соціальною і може не надавати медичних послуг, геріатричний центр — медичним.

13.4. Потреба в геріатричній допомозі, завдання та перспективи її розвитку

Відповідно до рекомендацій ВООЗ була розроблена «Концепція державної системи геріатричної допомоги населенню», основний принцип якої полягає у відповідності обсягу держдопомоги стану здоров'я літніх людей.

Наказом Президента України в 1997 р. було прийнято програму «Здоров'я літніх людей», спрямовану на поліпшення стану їхнього здоров'я та якості життя.

Основні завдання програми:

1. Уповільнення темпів старіння, зупинка спаду тривалості життя в Україні;
2. Зменшення захворюваності, інвалідності та смертності людей похилого віку;
3. Наближення охорони здоров'я і соціального забезпечення до європейських стандартів;
4. Проведення заходів з підтримки активного способу життя і самообслуговування літніх людей.

Одним з пріоритетних напрямків Стратегії дій в інтересах осіб старшого покоління до 2025 року є забезпечення здоров'я людей похилого віку з метою збільшення тривалості життя і підвищення якості життя людей старшого покоління. Медична допомога літнім людям повинна бути доступною незалежно від спеціалізації і технологічності і повинна надаватися в усіх лікувальних установах.

Похилий вік не повинен бути приводом для відмови від будь-якого виду медичної допомоги, в т. ч. від госпіталізації. Особливий акцент слід зробити на амбулаторному етапі системи надання геріатричної допомоги,



оскільки зростає число літніх людей, які потребують тривалого догляду. І ця потреба, за даними ВООЗ, до 2050 року зросте в 4 рази.

Очікувані результати розширення й оптимізації геріатричної допомоги можуть бути досить істотними. Світовий досвід забезпечення доступної комплексної та ефективної медико-соціальною допомогою в рамках розвитку геріатричної служби свідчить про можливість зниження навантаження на сімейного лікаря на 11%, кількості і тривалості госпіталізацій на 18 і 10% відповідно, інституалізації (приміщення в будинку для людей похилого віку) на 23%.

Розвиток системи надання геріатричної допомоги населенню може бути здійснений в три етапи:

1-й етап. Термінові заходи. Створити робочу групу, розробити і затвердити наказ МОЗ у співпраці з Мінпраці та соціальної політики про вдосконалення геріатричної допомоги населенню України.

З метою поліпшення якості надання медичної допомоги в системі госпіталів інвалідів і ветеранів війни доцільно надати статус клінічної бази Державному медико-соціальному центру ветеранів війни, який повинен перетворитися на клінічну базу кафедри терапії і геріатрії Державного навчально-методичного геріатричного центру Національного університета охорони здоров'я імені П.Л. Шупика.

Забезпечити проходження спеціалізації з геріатрії 2–4 провідних фахівців у кожному госпіталі ветеранів війни. Забезпечити проходження тематичного удосконалення з геріатрії викладачів медичних коледжів. З огляду на підвищений рівень психоемоційного напруження при роботі з людьми похилого віку і високу частоту психічних розладів серед них прирівняти оплату лікарів-геріатрів до лікарів-психіатрів (30% доплати).

2-й етап. Середньострокові заходи. Забезпечити проходження спеціалізації з геріатрії районних і обласних позаштатних геріатрів з виплатою їм 30% надбавки до заробітної плати за роботу в особливих умовах.

Ввести в штат амбулаторних установ посади патронажних геріатричних медичних сестер. Розвинути мережу геріатричних реабілітаційних структур, в т. ч. санаторно-курортного профілю, а також установ паліативної медичної допомоги.

3-й етап. Довгострокові заходи. Забезпечити доплату геріатричним патронажним медсестрам 30% надбавки до заробітної плати за роботу в особливих умовах. Створити координаційні (опікунські) поради з питань медико-соціальної допомоги людям похилого віку при місцевих адміністраціях.



Поширити геріатричну спрямованість в роботі місцевих та соціальних структур.

Формування адекватної потреби населення України в системі геріатричної допомоги та її фінансова підтримка повинні стати віддзеркаленням ступеня відповідальності держави за здоров'я громадян похилого віку, додатковою гарантією здійснення їх конституційного права на охорону здоров'я, забезпечення тривалої активного життя і надійного догляду в старості.

Головним результатом розвитку геріатричної служби повинно бути поліпшення якості життя людей похилого і старечого віку.

Лікар-геріатр: функції і завдання. В рамках геронтології, як наукової області, існує лікувальна спеціальність — *геріатрія*, яка займається діагностикою, лікуванням, питаннями реабілітації, профілактикою процесів старіння людини, а також вік-асоційованих захворювань. *Геріатрія* — це медико-соціальна спеціальність: фахівці в цій області надають не лише медичну, а й соціальну і навіть психологічну допомогу людям похилого віку.

Геріатр (геронтолог) — це лікар, який займається діагностикою, лікуванням, профілактикою захворювань пацієнтів, які досягли шістдесятирічного віку, а також спостерігає за ними в умовах проживання в будинках престарілих.

Слід підкреслити, що професії геріатра і геронтолога відрізняються — *геронтолог* вивчає процеси старіння з різних сторін: біологічної, медичної, соціальної та психологічної, а *геріатр* займається тільки її медичною складовою.

Геріатр розуміється на різних напрямках медицини, оскільки йому доводиться мати справу із захворюваннями систем організму. У цього фахівця загальна терапевтична освіта, проте він повинен знати також кардіологію, психіатрію, ендокринологію та неврологію. Крім цього, геріатр повинен розбиратися в соціальних аспектах старіння, вміти вирішувати соціальні та психологічні проблеми. До таких проблем належать: соціальна адаптація літньої людини, проблеми з прийняттям себе і свого віку, проблеми взаємодії з сім'єю і т.ін.

Лікар-геріатр забезпечує медичну допомогу трьох вікових груп (60–75 років — похилий вік; 75–90 років — старечий вік і старші 90 — довгожителі). Основне його завдання — подовжити активне довголіття пацієнтам.

Часто геріатр працює в команді з іншими фахівцями, виступаючи в якості менеджера. Тобто він ставить діагноз, розробляє методику лікування



або профілактики і направляє пацієнта до більш вузьких фахівців, соціальних працівників та психологів, даючи вказівки і рекомендації з роботи з пацієнтом. Він працює в тісному контакті з психологами, психотерапевтами, ендокринологами, окулістами і кардіологами.

Складність роботи геріатра полягає в тому, що робота і взаємодія з людьми похилого віку пов'язана з багатьма труднощами. Необхідно мати терпіння, бути уважним при спілкуванні з пацієнтами, вміти знайти підхід до кожного хто звернувся за допомогою.

Посада геріатра є в медичних організаціях геронтологічного профілю, госпіталях, НДІ, в кожному будинку для людей похилого віку. Досить часто фахівець веде поліклінічний прийом в лікарнях.

Обов'язки геріатра: консультування, ведення і лікування літніх пацієнтів; проведення диспансеризації і спостереження за диспансерними групами; виписка пільгових рецептів; організація і курування стаціонару та дому для довгожителів, пропаганда здорового способу життя серед літніх людей; ведення медичної документації та оформлення направлень на МСЕ.

Вимоги до геріатрії: вища медична освіта, чинний сертифікат з «Геріатрії» або «Терапії»; навички роботи з пацієнтами з ОМС і ДМС; вміння спілкуватися з родичами пацієнтів; *особисті якості:* співчуття, терпіння і доброзичливість.

Взаємодія установ геріатричної допомоги зі структурами сімейної медицини. Установи геріатричної допомоги тісно пов'язані зі структурами сімейної медицини. Це пояснюється тим, що первинну медико-санітарну допомогу (ПМСД) літнім людям надає безпосередньо сімейний лікар на базі амбулаторій та поліклінік.



РОЗДІЛ 3

СИСТЕМА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ САНІТАРНОГО ТА ЕПІДЕМІЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ НАСЕЛЕННЯ, ОРГАНІЗАЦІЯ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ РОБОТИ З НАСЕЛЕННЯМ. ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ВТРАТИ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ

ТЕМА 14. ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВЕ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ САНІТАРНО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО НАГЛЯДУ В УКРАЇНІ. КОНТРОЛЬ ТА ПРОФІЛАКТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ В УМОВАХ СЬОГОДЕННЯ

14.1. Санітарно-епідеміологічний нагляд в Україні

В усьому світі забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя населення вважається основною цільовою функцією системи охорони здоров'я, і є закріпленим у нормативно-правових документах держав.

Структурою, яка забезпечувала дотримання санітарно-епідеміологічного благополуччя в Україні була санітарно-епідеміологічна служба. Діяльність санітарно-епідеміологічної служби тісно пов'язана з профілактичним напрямом медицини і спрямована на недопущення негативного впливу на людину небезпечних факторів середовища її життєдіяльності, що стають причиною виникнення інфекційних та неінфекційних хвороб.

Санепідслужба — це створений більш ніж 90 років тому державний орган, який за час свого існування був інструментом протидії епідеміям, катастрофам та шкідливому впливу природного середовища.

Державна санітарно-епідеміологічна служба МОЗ України була централізованою системою органів, установ, закладів та підрозділів санітарно-епідеміологічного профілю Міністерства охорони здоров'я України, яка реалізовувала державну політику у сфері забезпечення санітарного та епідемічного добробуту населення та спрямовувала свою діяльність на профілактику інфекційних хвороб, професійних захворювань, масових неінфекційних захворювань (отруєнь), радіаційних уражень людей, запобігання шкідливому впливу на стан їхнього здоров'я і життя факторів середовища життєдіяльності.



Система охорони здоров'я України йде шляхом трансформаційних змін, адаптації до європейської спільноти. Найбільш помітні зміни системи охорони здоров'я в Україні відбулися в період 2011–2012 рр., коли акцент був перенесений з адміністративних послуг на просування здоров'я та освіти. У цей період структура санітарно-епідеміологічного нагляду була скорочена майже на 60%. Реформа розширила завдання служби з профілактичної роботи, що включало запобігання тютюнопалінню, обмежило частоту планових перевірок різних об'єктів господарювання, спростило процедуру ліцензування. Було збережено функції щодо санітарно-епідеміологічної безпеки населення, зокрема з точки зору харчових продуктів та безпеки води, професійного здоров'я, імунізації та загальної відповідальності МОЗ України.

Зміни відбувалися і в інших країнах пострадянського простору, таких як, Казахстан, Таджикистан, Азербайджан, де на тлі змін у системі охорони здоров'я була не зовсім зруйнована роль санітарно-епідеміологічної служби, контроль за інфекційною патологією було збережено, також посилено акцент на імунпрофілактику, а також створено нові вертикальні структури, на кшталт, «Національний центр здорового способу життя (National Centre for Healthy Life Style), або Республіканський Центр сприяння здоров'ю (Republican Health Promotion Centre), або Республіканський центр здорового способу життя та Інститут профілактичної медицини (Republican Centre for Healthy Life Style and Institution of Preventive Medicine). Ключовим завданням даних центрів є розробка національних та регіональних програм щодо пропаганди здорового способу життя, медична освіта та комунікаційна діяльність, у тому числі і з міжнародними організаціями. На жаль, тривалий час в Україні аналогічних структур створено не було, хоча Україна брала участь у декількох міжнародних програмах, таких як розвиток «шкіл сприяння здоров'ю» та «Клініки дружньої до молоді», запровадження програми щодо профілактики зловживання алкоголем та тютюнопаління, профілактики СНІД та туберкульозу.

Подальше реформування галузі охорони здоров'я знову стосувалося системи органів, що забезпечували санітарно-епідеміологічний контроль. Так, для оптимізації державних органів влади у 2015 році функції санітарно-епідеміологічного контролю було передано від Санітарно-епідеміологічної служби до Державної служби України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів, яка повноцінно розпочала діяльність від 2017 року (Деякі питання Державної санітарно-епідеміологічної служби: Постанова Кабінету Міністрів України від 29.03.2017 №348).



Також відбувся певний перерозподіл функцій між Держсанепідслужбою і Державною ветеринарною та фітосанітарною службою в галузі державного нагляду за безпекою та якістю харчових продуктів, а також відбулися зміни в законодавстві, які обмежують окремі заходи запобіжного нагляду. Для реалізації цієї мети було розроблено проєкт Указу Президента України «Про внесення змін до деяких Указів Президента України з питань санітарного та епідеміологічного благополуччя населення та безпечності харчових продуктів», який регламентує передавання деяких функцій державного контролю безпечності харчових продуктів Державній ветеринарній та фітосанітарній службі.

Керівна посада головного лікаря санітарно-епідеміологічної служби була спрощена. Однак, епідеміологічна ситуація в світі зазнала значних змін з огляду на пандемію коронавірусної хвороби, у зв'язку з чим, у лютому 2020 року було відновлено лише посаду головного державного санітарно-епідеміологічного лікаря, який мав координувати дії органів влади для запобігання поширенню коронавірусної хвороби COVID-19 на території України.

Умови сьогодення довели, що для забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя населення в країні має працювати визнана на законодавчому рівні структура із чітко визначеними функціями. Так, в період подальших змін в системі охорони здоров'я відбулося прийняття низки законодавчих актів спрямованих на розвиток системи громадського здоров'я, як сфери знань та організована діяльність суб'єктів системи громадського здоров'я щодо зміцнення здоров'я, запобігання хворобам, покращення якості та збільшення тривалості життя (Закон України «Про систему громадського здоров'я» від 06.09.2022 р.).

Цей Закон визначає правові, організаційні, економічні та соціальні засади функціонування системи громадського здоров'я в Україні з метою зміцнення здоров'я населення, запобігання хворобам, покращення якості та збільшення тривалості життя, регулює суспільні відносини у сфері громадського здоров'я та санітарно-епідемічного благополуччя населення, визначає відповідні права і обов'язки державних органів та органів місцевого самоврядування, юридичних і фізичних осіб у цій сфері, встановлює правові та організаційні засади здійснення державного нагляду (контролю) у сферах господарської діяльності, які можуть становити ризик для санітарно-епідемічного благополуччя населення.

Закон визначає основні завдання та оперативні функції системи громадського здоров'я.



Так, основними завданнями системи громадського здоров'я є організація та забезпечення виконання оперативних функцій громадського здоров'я.

Оперативними функціями системи громадського здоров'я в Україні є: 1) епідеміологічний нагляд, оцінка, спостереження та контроль за показниками і чинниками, що впливають на здоров'я населення; 2) моніторинг, готовність і своєчасність реагування на небезпечні чинники, події та надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я; 3) захист здоров'я населення; 4) зміцнення здоров'я населення, у тому числі вплив на детермінанти здоров'я; 5) розроблення, затвердження та імплементація процедур і політик, які позитивно впливають на детермінанти громадського здоров'я; 6) використання правових та управлінських інструментів для профілактики хвороб і покращення стану здоров'я населення; 7) ефективне запобігання виникненню хвороб та мінімізація їх випадків; 8) стратегічне керівництво в інтересах здоров'я та епідемічного благополуччя населення; 9) розбудова ефективної системи громадського здоров'я та її кадрове забезпечення; 10) організаційне та фінансове забезпечення системи громадського здоров'я, що передбачає рівний та справедливий доступ до послуг у сфері громадського здоров'я; 11) інформаційно-роз'яснювальна робота, комунікація та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я та благополуччя населення; 12) наукове забезпечення системи громадського здоров'я; 13) підтримка реалізації ініціатив, що позитивно впливають на здоров'я населення, на місцевому рівні.

В основу оперативних функцій громадського здоров'я в Україні покладено **оперативні функції, запропоновані ВООЗ** та Європейським регіональним комітетом ВООЗ на Шістдесят першій сесії в Баку (Азербайджан, 12–15 вересня 2011 р.). Ухвалено документ «Зміцнення потенціалу та служб громадської охорони здоров'я в Європі: рамкова основа дій».

У даному документі для Європейського регіону ВООЗ розроблено десять оперативних функцій громадського здоров'я (ОФГЗ), які є докладним контрольним переліком основних видів діяльності з охорони здоров'я населення та ресурсом для оцінки служб та потенціалу громадського здоров'я в межах загальнодержавного підходу. ОФГЗ постійно еволюціонують регулярно оновлюються, щоб відображати поточну оцінку та виклики охорони здоров'я.

Дані оперативні функції є загальними, однак вони є відправною точкою для різних країн європейського регіону для їх адаптації до проблем конкретних країн у галузі охорони здоров'я та наявних у держав ресурсів для виконання їх функцій у галузі суспільної охорони здоров'я.



У документі ВООЗ визначено десять оперативних функцій громадського здоров'я:

ОФГЗ 1. Епіднагляд за хворобами та оцінка стану здоров'я населення: Створення та функціонування систем епіднагляду для моніторингу захворюваності та поширеності хвороб та систем інформації в галузі охорони здоров'я для вимірювання захворюваності та показників стану здоров'я населення.

ОФГЗ 2. Виявлення пріоритетних проблем зі здоров'ям та загроз здоров'ю на рівні місцевих спільнот: моніторинг, виявлення та прогнозування біологічних, хімічних та фізичних загроз здоров'ю на робочому місці та у навколишньому середовищі; використання методів та інструментів оцінки ризику для вимірювання ризиків у галузі гігієни навколишнього середовища; випуск доступної інформації та попереджень для громадськості; планування та здійснення дій, спрямованих на зведення до мінімуму загроз здоров'ю.

ОФГЗ 3. Забезпечення готовності та планування на випадок надзвичайних ситуацій у галузі охорони здоров'я: готовність до управління надзвичайними ситуаціями, включаючи розробку відповідних планів дій; розробка систем для збору даних, профілактики та контролю захворюваності; та застосування інтегрального та орієнтованого на співпрацю підходу щодо різних органів влади, що беруть участь в управлінні.

ОФГЗ 4. Оперативні функції захисту здоров'я (в галузі гігієни навколишнього середовища, гігієни праці, безпеки харчових продуктів та ін.): Оцінки ризиків та дії, необхідні для забезпечення екологічної безпеки, безпеки праці та безпеки харчових продуктів. Органи охорони здоров'я здійснюють нагляд за правозастосуванням та контролем щодо дій, що впливають на здоров'я.

ОФГЗ 5. Профілактика захворювань: Профілактика захворювань націлена як на інфекційні, так і на неінфекційні захворювання та включає конкретні заходи, що здійснюються значною мірою на індивідуальному рівні. Цей термін іноді використовується на додаток до оперативних функцій щодо зміцнення та охорони здоров'я. Незважаючи на частий збіг між змістом та стратегіями, визначення профілактики хвороб дано окремо.

ОФГЗ 6. Зміцнення здоров'я: Зміцнення здоров'я — це процес надання людям можливості підвищити контроль над своїм здоров'ям та його детермінантами, і таким чином покращити його стан. Процес зміцнення здоров'я впливає на детермінанти як інфекційних, так і неінфекційних захворювань.



ОФГЗ 7. Забезпечення компетентних кадрів для громадської охорони здоров'я та надання індивідуальної медичної допомоги: інвестиції в кадри громадської охорони здоров'я та їх розвиток є важливою передумовою забезпечення та здійснення послуг та заходів у галузі охорони здоров'я. Кадри є найважливішим ресурсом надання послуг громадської охорони здоров'я. Ця оперативна функція включає освіту, підготовку, розвиток та оцінку кадрів з метою ефективного вирішення пріоритетних проблем громадської охорони здоров'я та належної оцінки заходів щодо охорони громадського здоров'я.

ОФГЗ 8. Основне стратегічне керівництво, фінансування та гарантування якості у громадській охороні здоров'я: розробка політики — це процес, що сприяє ухваленню поінформованих рішень з питань охорони здоров'я. Це процес стратегічного планування, в якому беруть участь усі внутрішні та зовнішні зацікавлені сторони, та який визначає бачення, місію, співмірні цілі та заходи у сфері охорони здоров'я на рівні країни, регіону та місцевому. Крім того, за останні десятиліття зросла важливість оцінки наслідків міжнародних змін в охороні здоров'я для стану здоров'я населення країни.

ОФГЗ 9. Основна комунікація на користь громадської охорони здоров'я: комунікація у сфері громадської охорони здоров'я націлена на підвищення медичної грамотності і поліпшення стану здоров'я індивідів і населення. Вона є мистецтвом і технікою інформування, надання впливу та мотивації індивідів, установ та аудиторій щодо важливих питань та детермінант здоров'я. Комунікація повинна також підвищувати можливості для доступу, розуміння та використання інформації з метою скорочення ризику, профілактики хвороб, зміцнення здоров'я, орієнтування в службах охорони здоров'я та їх використання, просування заходів політики в галузі охорони здоров'я та підвищення добробуту, якості життя та покращення здоров'я індивідів у місцевих спільнотах.

ОФГЗ 10. Наукові дослідження в галузі охорони здоров'я: наукові дослідження мають важливе значення для інформаційного забезпечення розробки політики та надання послуг. Ця оперативна функція включає: дослідження з метою збільшення бази знань на підтримку формулювання політики на основі фактичних даних на всіх рівнях; розробку нових методів досліджень, інноваційних технологій та рішень у галузі громадської охорони здоров'я.

Здійснення оперативних функцій громадського здоров'я в Україні передбачено *центрами контролю та профілактики хвороб*.



Визначено заходи щодо захисту здоров'я та забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя населення в системі громадського здоров'я:

Захист здоров'я та забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя населення в системі громадського здоров'я забезпечуються шляхом: визнання захисту населення від інфекційних та неінфекційних хвороб одним із пріоритетних напрямів діяльності органів державної влади та органів місцевого самоврядування; профілактики інфекційних та неінфекційних хвороб відповідно до епідемічної ситуації та прогнозу її змін на основі комплексного підходу — єдине здоров'я; затвердження та виконання медико-санітарних заходів і дотримання вимог санітарного законодавства; затвердження державних медико-санітарних нормативів та державних медико-санітарних правил; медико-санітарної регламентації та державної реєстрації небезпечних факторів; реєстрації, введення в обіг, застосування дезінфікуючих засобів, консервантів, інших хімічних речовин з біоцидними властивостями відповідно до закону; ліцензування видів діяльності, що є потенційно небезпечними для здоров'я населення; проведення наукових досліджень у сфері безпеки середовища життєдіяльності та санітарно-епідемічного благополуччя населення; забезпечення ефективної взаємодії органів державної влади, органів місцевого самоврядування, науково-дослідних установ з метою посилення спроможності системи громадського здоров'я щодо запобігання виникненню та реагування на небезпеку для здоров'я населення; формування та ведення відкритих і загальнодоступних інформаційних ресурсів, спрямованих на своєчасне інформування органів державної влади і органів місцевого самоврядування, юридичних та фізичних осіб про виникнення і поширення інфекційних та неінфекційних хвороб, уражень та отруєнь; виконання медико-санітарних заходів і дотримання фізичними та юридичними особами законодавства у сфері громадського здоров'я та санітарного законодавства; затверджені державні медико-санітарні нормативи та державні медико-санітарні правила; потенційні та реальні загрози для здоров'я і санітарно-епідемічного благополуччя населення; здійснення заходів з навчання правилам профілактики хвороб, виховання прихильності до здорового способу життя та дотримання вимог санітарного законодавства, навчання правилам профілактики декретованого контингенту населення, пропаганди здорового способу життя; здійснення державного нагляду (контролю) у сферах господарської діяльності, які можуть становити ризик для санітарно-епідемічного благополуччя населення; здійснення заходів щодо санітарної охорони території України; визначен-



ня відповідальності та заходів впливу за порушення вимог санітарного законодавства; встановлення заборони, припинення, обмеження, призупинення, вилучення, знищення, утилізації небезпечних для життя і здоров'я людини об'єктів, робіт, товарів, послуг, відсторонення від роботи або іншої діяльності осіб, які становлять загрозу для здоров'я населення.

14.2. Мережа та функції центрів контролю та профілактики хвороб

Мережа центрів контролю та профілактики хвороб формується як складова системи епідеміологічного нагляду та реагування на надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я з урахуванням комплексного підходу — здоров'я у всіх політиках.

Центри мають проводити оцінку ризиків для здоров'я та санітарно-епідемічного благополуччя населення регіону, за результатами такої оцінки організовувати профілактичні, обстежувальні, консультаційні та інші заходи, надавати рекомендації щодо усунення ризиків у сфері санітарно-епідемічного благополуччя населення; періодично аналізувати детермінанти здоров'я, заходи впливу на них і заходи, спрямовані на запобігання виникненню хвороб; розробляти заходи, щодо зменшення і подолання нерівності у сфері охорони здоров'я в регіоні; проводити моніторинг щодо зміцнення здоров'я населення, показників рухової активності, статевого, репродуктивного і психічного здоров'я у регіоні; організовувати навчання та проводити інформаційно-просвітницькі заходи з питань громадського здоров'я для посадових осіб органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, інших суб'єктів відносин у сфері громадського здоров'я; брати участь в розробці державних медико-санітарних нормативів та правил; брати участь в роботі комісій з розслідування гострих професійних захворювань в регіоні; епідеміологічних розслідуваннях надзвичайних ситуацій у сфері громадського здоров'я, тощо.

Захист здоров'я населення здійснюється органами громадського здоров'я та охоплює комплекс регуляторних, адміністративних, організаційних та інших заходів, спрямованих на забезпечення охорони навколишнього природного середовища, охорони праці, безпечності та якості харчових продуктів, безпечності нехарчової продукції, безпеки дорожнього руху, безпеки пацієнтів, біологічної безпеки та безпеки в інших визначених законом сферах, які стосуються громадського здоров'я.

Основні заходи, які сприяють досягненню цілей включають: удосконалення нормативно-правових питань щодо регуляції та контролю та здійс-



нення державного нагляду у сферах господарської діяльності, які можуть становити ризик для здоров'я та санітарно-епідемічного благополуччя населення (здійснюється відповідно до вимог Закону України «Про основні засади державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності» з урахуванням особливостей, визначених цим Законом). Передбачається здійснення заходів щодо реєстрації хімічних та біологічних небезпечних факторів; медико-санітарну регламентацію будь-якого небезпечного фактора, присутнього у середовищі життєдіяльності людини, встановлюються науково обґрунтовані параметри безпечності (державні медико-санітарні нормативи, а за необхідності — також державні медико-санітарні правила (регламенти) використання (застосування)). До основних заходів включено регламентацію медико-санітарних вимог щодо умов праці, виховання та навчання, безпечності для здоров'я і життя людини житлових приміщень, радіаційну безпеку та протирадіаційний захист населення, безпечності для здоров'я і життя людини ґрунтів, утримання територій населених пунктів, безпечності містобудівної діяльності, а також дотримання вимог щодо безпечності для здоров'я і життя людини атмосферного повітря, водних об'єктів та питної води.

Таким чином, розширення мережі центрів контролю та профілактики хвороб із широким спектром їх функцій здатен забезпечити епідеміологічний нагляд та реагування на надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я на підставі комплексного підходу з урахуванням регіональних особливостей.

14.3. Заходи щодо збереження здоров'я та сприяння здоровому способу життя

ВООЗ наголошує, що найбільш поширеними у світі є неінфекційні захворювання, а чинники, які призводять до їх виникнення є керованими поведінковими, основними з яких є: нездорове харчування, низький рівень фізичної активності, зловживання алкоголем та тютюнопаління.

Тож, в умовах сьогодення активне проведення профілактичних заходів щодо збереження здоров'я, формування здоров'я орієнтованої поведінки серед усіх верств населення є вкрай актуальним. Однак, ВООЗ повідомляє, що профілактичні заходи сьогодні не посідають провідні позиції у системах охорони здоров'я в світі, а серед причин такого становища вказується те, що: важливість профілактики ще тільки декларується; має місце недосконалість законодавчої бази; має місце слабе фінансування



профілактичних програм та конкретних заходів; знання щодо економічних наслідків проведення/не проведення профілактичних заходів є відсутніми; відсутні і фінансові стимули для медичних працівників, які займаються профілактичним напрямком.

Таким чином, сукупність значущих мотивів, науково-обґрунтованих знань та індивідуально скоригованої діяльності щодо збереження здоров'я може забезпечити дієвий позитивний результат з профілактики поширення неінфекційних захворювань.

Під егідою ВООЗ та ООН створюються документи, які мають стати керівними для країн з питань профілактики неінфекційних захворювань та підвищення рівня здоров'я всіх верств населення.

Наприклад, «Глобальний план дій з профілактики неінфекційних захворювань (НІЗ) та боротьби з ними на 2013–2020 рр.» визначив наступні *пріоритети*: підвищення пріоритету профілактичних заходів на всіх рівнях; зміцнення і орієнтування системи охорони здоров'я на профілактику НІЗ; охоплення всього життєвого циклу: від дитинства і протягом життя; використання для профілактики тільки перевірених, заснованих на фактах даних; дотримання міжсекторальної взаємодії в роботі; проведення моніторингу тенденцій і детермінант розвитку НІЗ з оцінкою результатів.

У 2019 р. Всесвітня асамблея охорони здоров'я подовжила дію Глобального плану дій щодо профілактики НІЗ та боротьби з ними на 2013–2020 роки до 2030 року та для прискорення прогресу в галузі профілактики НІЗ та боротьби з ними закликала розробити дорожню карту здійснення Плану на 2023–2030 роки. Дорожня карта сприяє вжиттю заходів для досягнення комплексу з дев'яти глобальних цілей, що дозволяють зробити максимальний внесок у профілактику та лікування НІЗ.

Актуальність попередження розвитку неінфекційних захворювань, формування орієнтованої на здоров'я поведінки та ціннісне ставлення до здоров'я визнані пріоритетами при реформуванні системи охорони здоров'я в Україні.

Так, на законодавчому рівні визначено, що Держава сприяє утвердженню здорового способу життя шляхом:

- поширення наукових знань з питань охорони здоров'я, організації медичного, екологічного, фізичного виховання та здорового харчування, просування інтегрованих, багатогалузевих/міждисциплінарних та орієнтованих на весь цикл життя підходів до боротьби з неінфекційними та інфекційними хворобами;



- формування культури здорового способу життя, екологічної культури і дбайливого ставлення до навколишнього природного середовища;
- розвитку матеріально-технічної бази масового спорту, створення умов для заняття фізичною культурою і туризмом;
- соціально-економічного заохочення осіб, які мають достатній рівень оздоровчої рухової активності, ведуть здоровий спосіб життя, характеризуються низьким ризиком захворювання на неінфекційні хвороби і належним чином дбають про збереження здоров'я своїх дітей;
- формування ціннісного ставлення юнацтва та молоді до власного здоров'я, фізичного розвитку та фізичної підготовленості з урахуванням вимог майбутньої професійної діяльності, тощо.

Засади профілактики хвороб. Органи державної влади та органи місцевого самоврядування в межах компетенції забезпечують планомірну науково обґрунтовану реалізацію функції профілактики хвороб з метою запобігання виникненню і поширенню інфекційних та неінфекційних хвороб, а також їх наслідків та ускладнень.

Профілактика інфекційних та неінфекційних хвороб є одним із пріоритетних напрямів діяльності органів державної влади та органів місцевого самоврядування.

У прийнятому Закону України «Про систему громадського здоров'я» (2022) Розділ V присвячено саме збереженню здоров'я населення та профілактиці хвороб. Визначається, що збереження здоров'я охоплює комплекс заходів, спрямованих на підвищення спроможності населення до контролю власного здоров'я та його детермінант, а також поліпшення показників здоров'я.

Профілактику хвороб поділяють на первинну, вторинну і третинну.

Первинна профілактика хвороб охоплює комплекс заходів, спрямованих на створення сприятливих умов життєдіяльності людини для запобігання виникненню і впливу факторів ризику хвороб. Первинна профілактика хвороб може бути масовою або індивідуальною. Держава забезпечує регулювання та реалізацію, зокрема, таких заходів первинної профілактики хвороб: (заходи імунопрофілактики, у тому числі профілактичні щеплення відповідно до календаря щеплень, та оцінки напруженості імунітету до вакцинокованих інфекцій; популяризація активного здорового способу життя з метою профілактики неінфекційних захворювань; профілактика за епідемічними показаннями та постекспозиційна профілактика у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охоро-



ни здоров'я; медичні огляди та обстеження, інші медико-санітарні заходи щодо первинної профілактики хвороб; консультування та інформаційно-просвітницька діяльність щодо поведінкових та медичних ризиків для здоров'я; профілактика хвороб на всіх рівнях медичної допомоги; заходи профілактики хвороб у межах надання медичної допомоги матерям та новонародженим.

Вторинна профілактика хвороб охоплює комплекс заходів, спрямованих на запобігання прогресуванню хвороб на ранніх стадіях та їх наслідкам, зокрема: заходи профілактики для раннього виявлення хвороб, у тому числі скринінг; консультування та інформаційно-просвітницька діяльність щодо раннього виявлення патологій; використання хіміопрфілактичних засобів для контролю факторів ризику хвороб.

Третинна профілактика хвороб охоплює комплекс заходів, спрямованих на контроль ускладнень після хвороб та реабілітацію хворих, зокрема: заходи щодо реабілітації та контролю хронічного болю; паліативна допомога; діяльність груп підтримки пацієнтів.

Законом України виокремлюють питання щодо профілактики неінфекційних хвороб. Наголошується, що органи державної влади та органи місцевого самоврядування в межах компетенції забезпечують регулювання і реалізацію медико-санітарних та інших заходів громадського здоров'я щодо профілактики неінфекційних хвороб, зокрема: усунення (мінімізація) поведінкових, виробничих та інших факторів ризику неінфекційних хвороб, у тому числі здійснення заходів збереження здоров'я у відповідних сферах; моніторинг та оцінка факторів ризику неінфекційних хвороб населення і професійних захворювань; медичні огляди, обстеження та інші заходи громадського здоров'я щодо раннього виявлення хронічних неінфекційних хвороб, у тому числі професійних захворювань; заходи щодо спостереження та оздоровлення осіб із хронічними неінфекційними хворобами, у тому числі медична реабілітація та забезпечення лікарськими засобами окремих груп населення у разі амбулаторного лікування; переведення на легшу роботу за станом здоров'я відповідно до встановленого законодавством порядку; епідеміологічні розслідування випадків масових неінфекційних хвороб; проведення специфічної імунопрофілактики.

Важливим аспектом збереження здоров'я популяції є забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя в країні через посилення функцій громадського здоров'я. Наріжним каменем для формування оперативних функцій громадського здоров'я кожної країни є десять



оперативних функцій, запропонованих ВООЗ для країн європейського регіону.

Посилення системи громадського здоров'я через розширення мережі та посилення функції центрів контролю та профілактики хвороб повною мірою забезпечить епідеміологічний контроль в Україні, контроль за чинниками оточуючого середовища та виробництва, сприятиме формуванню свідомого ставлення до здоров'я серед різних верств населення.

ТЕМА 15. ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ТИМЧАСОВОЇ ВТРАТИ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ У ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДАХ

15.1. Заходи соціального захисту населення

Соціальний захист є важливим інструментом для забезпечення справедливості та рівності в суспільстві, сприяє зниженню бідності та підвищує якість життя населення.

Соціальний захист — це система державних та соціальних програм, які мають на меті забезпечення економічної та соціальної підтримки громадян у важких життєвих ситуаціях, таких як безробіття, хвороба, інвалідність, втрата заробітку, старість, вагітність та догляд за дітьми чи хворими членами сім'ї. Соціальний захист має на меті забезпечити безпеку та добробут громадян у випадках, коли вони не можуть забезпечити себе самостійно через об'єктивні обставини.

У галузі охорони здоров'я найбільш поширеними складовими соціального захисту вважаються соціальні виплати у зв'язку із втратою працездатності, допомога особам з інвалідністю, соціальна допомога сім'ям з дітьми.

В більшості країн законодавство передбачає права та обов'язки як для працівників, так і для роботодавців у разі тимчасової непрацездатності.

Для встановлення ступеня втрати працездатності проводиться медична експертиза. *Медична експертиза* — це процес визначення стану здоров'я особи або групи осіб за допомогою медичних методів та досліджень з метою встановлення діагнозу, оцінки ступеня втрати працездатності, визначення причин захворювань або травм, встановлення медичної ефективності, розгляду страхових випадків тощо. Медична експертиза використовується в різних контекстах, включаючи правові, медичні, соціальні та страхові аспекти.

Відповідно до «Основ законодавства України про охорону здоров'я» (1992), існують такі види медичної експертизи: медико-соціальна експер-



тиза втрати працездатності; військово-лікарська; судово-медична і судово-психіатрична; патологоанатомічна та альтернативна.

Медико-соціальна експертиза втрати працездатності — це дослідження працездатності людини, що проводиться лікарями з метою визначення можливості виконувати їм свої професійні обов'язки.

Метою проведення медико-соціальної експертизи є визначення наявності факту, ступеня, причини тимчасової та стійкої втрати працездатності і необхідність, у зв'язку з цим, звільнення непрацездатного від роботи. Цей вид експертизи здійснюється лікувально-профілактичними установами при тимчасовій непрацездатності та медико-соціальними експертними комісіями (МСЕК) — за стійкої непрацездатності.

Метою проведення військово-лікарської експертизи є визначення придатності до військової служби призовників та військовозобов'язаних; встановлення причинного зв'язку захворювань, уражень і травм з військовою службою. Вона проводиться військово-лікарськими комісіями при військових комісаріатах, установах Міністерства оборони, Служби безпеки України та ін.

Судово-медична і судово-психіатрична експертизи призначаються особам, стосовно яких ведеться дізнання, а Міністерство охорони здоров'я України керує організацією груп експертів-фахівців, які проводять такі експертизи.

Метою патологоанатомічної експертизи є встановлення причини і механізму смерті хворого. Порядок і умови її проведення визначає МОЗ України.

Альтернативна експертиза проводиться в тому випадку, коли пацієнт або його родичі не згодні з висновком всіх вищезазначених експертиз, і вони звертаються до вищих інстанцій з проханням провести незалежну експертизу.

15.2. Види і ступені непрацездатності

Важливе місце в організації роботи органів соціального страхування і соціального забезпечення посідає *медико-соціальна експертиза працездатності*. Соціальних медиків здебільшого цікавить медико-соціальна експертиза працездатності людини.

Медико-соціальна експертиза — це дослідження працездатності людини, що проводять лікарі з метою визначення можливості цієї особи виконувати свої професійні обов'язки.



Під *працездатністю* необхідно розуміти такий стан організму, за якого сукупність фізичних і духовних можливостей людини дозволяє їй виконувати роботу певного обсягу і якості.

Непрацездатність — це стан організму, обумовлений хворобою, травмою, нещасним випадком, іншою причиною, коли виконання професійної діяльності є неможливим.

За тривалістю і ступенем втрати працездатності населення виділяють: тимчасову та стійку непрацездатність (інвалідність).

Тимчасова непрацездатність — це неможливість для працівника тимчасово виконувати роботу взагалі або за своєю спеціальністю у зв'язку із захворюванням, травмою або іншою причиною. Вона має зворотний характер.

Стійка непрацездатність або інвалідність — це тривала або постійна втрата працездатності, що виникла внаслідок хронічного захворювання або травми, які призвели до стійкого або незворотного порушення функцій організму.

Непрацездатність як тимчасову, так і стійку за ступенем тяжкості поділяють на: часткову і повну.

При повній непрацездатності особа внаслідок захворювання не може і не повинна виконувати ніяку роботу і потребує спеціального лікувального режиму.

Якщо ж непрацездатний, без шкоди для здоров'я і виробництва, може виконувати іншу або ж колишню роботу в інших умовах або не в повному обсязі, то така непрацездатність вважається *частковою*.

15.3. Завдання лікувально-профілактичних закладів при проведенні медико-соціальної експертизи непрацездатності

Експертиза тимчасової непрацездатності — це комплексна оцінка порушень функціонального стану організму та інших причин, якими вона обумовлена, що визначають факт тимчасової втрати працездатності, визначення строку непрацездатності, клінічного і трудового прогнозу щодо встановленого діагнозу.

Медико-соціальну експертизу тимчасової втрати працездатності проводять лікувально-профілактичні установи системи охорони здоров'я,

Під час здійснення експертизи тимчасової непрацездатності лікуючий лікар суб'єкта господарювання на підставі даних всебічного медичного обстеження пацієнта, враховуючи ступінь функціональних пору-



шень органів та систем, характер та перебіг патологічного процесу, умови праці:

- приймає рішення про формування (видачу) документів про тимчасову непрацездатність (формування медичних висновків про тимчасову непрацездатність відповідно до вимог Порядку формування медичних висновків про тимчасову непрацездатність, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 01 червня 2021 року №1066);
- здійснює комплексну оцінку порушень функціонального стану організму та інших причин, якими вона обумовлена, що визначають факт тимчасової втрати працездатності, встановлення строку непрацездатності, визначення клінічного та трудового прогнозу відповідно до встановленого діагнозу;
- представляє пацієнта ЛКК у складних випадках, якщо непрацездатність пацієнта триває 30 і більше днів, для вирішення питання про направлення такого пацієнта на медико-соціальну експертну комісію (далі — МСЕК) на огляд або консультацію, а у випадку наявності ознак стійкої втрати працездатності — незалежно від тривалості хвороби, відповідно до Положення про медико-соціальну експертизу, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 03 грудня 2009 року №1317.

У разі наявності у пацієнта стійкого чи захворювання необоротного характеру, а також, у разі безперервної тимчасової непрацездатності, що засвідчена медичними висновками, не пізніше ніж через 120 днів (а у випадках, коли випадок тимчасової непрацездатності переривався, то не пізніше, ніж через 156 днів) із дня її настання чи у зв'язку з одним і тим самим захворюванням, а у разі захворювання на туберкульоз — протягом 10 місяців від дня настання непрацездатності, лікуючий лікар суб'єкта господарювання ініціює питання перед ЛКК щодо направлення хворого на МСЕК шляхом заповнення форми первинної облікової документації №088/0 «Направлення на медико-соціально-експертну комісію (МСЕК)» відповідно до вимог Інструкції щодо заповнення форми первинної облікової документації №088/0 «Направлення на медико-соціально-експертну комісію (МСЕК)», затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року №110.

15.4. Лікарсько-консультативна комісія закладу охорони здоров'я

Лікарсько-консультативна комісія створюється при лікувально-профілактичних закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності,



які мають ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики. Лікарсько-консультативна комісія у своїй діяльності керується стандартами медичних технологій лікувально-діагностичного процесу та протоколами надання медичної допомоги за спеціальностями, іншими законодавчими та нормативно-правовими актами.

До основних завдань лікарсько-консультативної комісії належить: видача документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність особи; здійснення направлення хворих на огляд та обстеження до МСЕК для встановлення інвалідності; надання до МСЕК документів хворого, направленого на огляд та обстеження; вжиття заходів щодо перевірки та усунення недоліків у суб'єкта господарювання, що були виявлені Фондом соціального страхування України за результатом перевірки обґрунтованості медичних висновків про тимчасову непрацездатність (у разі звернення керівника суб'єкта господарювання).

У разі виявлення порушень щодо таких медичних висновків про тимчасову непрацездатність лікарсько-консультативна комісія виносить на своє засідання питання щодо обґрунтованості формування такого медичного висновку про тимчасову непрацездатність.

Лікарсько-консультативна комісія здійснює аналіз якості наданих медичних послуг у межах відповідного випадку тимчасової непрацездатності: період, на який сформовано медичний висновок/ки; обґрунтування потреби формування нового медичного висновку в разі продовження лікування в амбулаторних умовах після стаціонарного лікування; своєчасність направлення хворого до стаціонару за наявності медичних показань з урахуванням профілю захворювання; правильність оформлення медичної первинно-облікової документації; правильність відбору при направленні хворих до санаторно-курортних закладів, реабілітаційних центрів та реабілітаційних відділень санаторно-курортних і спеціалізованих закладів охорони здоров'я; якість надання медичної допомоги; якість ефективності спостереження, оздоровлення хворих, які часто і тривало хворіють; внесення відміток про порушення пацієнтом режиму лікування до медичного висновку про тимчасову непрацездатність; роботу лікуючого лікаря з вивчення і профілактики захворюваності та інвалідності.

Лікарсько-консультативна комісія надає керівнику суб'єкта господарювання за результатами вжиття заходів, аналіз якості експертизи тимчасової непрацездатності, пропозиції щодо відповідності фахівців займаним посадам, кваліфікаційним категоріям, про накладання дисциплінарних



стягнень та передачу справ до слідчих органів. Лікарсько-консультативна комісія бере участь у засіданнях МСЕК у встановленому порядку.

В окремих випадках, коли лікуючий лікар суб'єкта господарювання не може сформувати пацієнту медичний висновок або коли медичний висновок відповідно до вимог законодавства не є підтвердженням тимчасової непрацездатності особи, такому пацієнту видається інший документ, що засвідчує його тимчасову непрацездатність.

У такому випадку лікарі суб'єктів господарювання видають наступні документи, що засвідчують тимчасову непрацездатність особи, для подання за місцем вимоги:

- витяг з медичної карти амбулаторного чи стаціонарного хворого, де вказується період дії тимчасової непрацездатності, видається іноземцям, які тимчасово перебувають на території України і не працюють на підприємствах, в установах та організаціях України, якщо інше не передбачене міжнародними угодами;
- форму первинної облікової документації №095/о «Довідка №___ про тимчасову непрацездатність здобувача вищої освіти навчального закладу I-IV рівнів акредитації, про хворобу, карантин і інші причини відсутності дитини, яка відвідує загальноосвітній навчальний заклад, дошкільний навчальний заклад», затвердженою наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року №110, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за №696/21009, видають здобувачам вищої освіти закладів I-IV рівнів акредитації та учням професійно-технічних навчальних закладів;
- довідку довільної форми, засвідчену підписом лікаря і печаткою суб'єкта господарювання, видають особам, які проходять обстеження за направленням слідчих органів, прокуратури і суду;
- довідку довільної форми, засвідчену підписом лікаря і печаткою суб'єкта господарювання, видають: у разі тимчасової непрацездатності громадян, які шукають роботу, і безробітних, враховуючи період їх професійної підготовки і перепідготовки; особам, які проходять обстеження у суб'єктів господарювання за направленням військових комісаріатів; особам, які проходять додаткове наркологічне обстеження в умовах стаціонару відповідно до пункту 11 Інструкції про профілактичний наркологічний огляд та його обов'язкові обсяги, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 листопада 1997 року №339, зареєстрованої в Міністерстві юстиції України 11 грудня 1997 року за №586/2390; особам, які проходять діагностичне обстеження в закла-



дах охорони здоров'я незалежно від форми власності, якщо відсутні ознаки тимчасової непрацездатності.

Довідку довільної форми за підписом лікуючого лікаря, засвідчену печаткою суб'єкта господарювання (обов'язково має зазначатися час проведеної консультації) видають особам, які самостійно звернулись по консультаційну допомогу.

Форму первинної облікової документації №095-2/о «Довідка №__ про тимчасове звільнення від роботи по догляду за хворою дитиною», затвердженої наказом МОЗ України від 28 липня 2014 року №527, зареєстрованої в Міністерстві юстиції України 13 серпня 2014 року за №972/25749, (далі — форма №095-2/о) видають особі, яка доглядає за дитиною, яка продовжує хворіти, після закінчення максимального терміну, на який можуть формуватися медичні висновки в межах одного випадку тимчасової непрацездатності за категорією «Догляд за хворою дитиною», визначеного у пункті 9 розділу III Порядку формування медичних висновків про тимчасову непрацездатність в Реєстрі медичних висновків в електронній системі охорони здоров'я, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 01 червня 2021 року №1066.

Форма №095-2/о видається до одужання дитини від гострого захворювання або досягнення ремісії в разі загострення хронічного захворювання, з продовженням у порядку, визначеному Міністерством охорони здоров'я України;

Форму №147/о «Довідка для призначення і виплати державної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами жінкам, які не застраховані в системі загальнообов'язкового державного соціального страхування», затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 18 березня 2002 року №93, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 09 квітня 2002 року за №346/6634, жінкам, які не підлягають загальнообов'язковому державному соціальному страхуванню.

Лікуючий лікар формує медичний висновок в Реєстрі медичних висновків в електронній системі охорони здоров'я у разі тимчасової непрацездатності здобувача вищої освіти навчального закладу I–IV рівнів акредитації, хвороби, карантину та з інших причин відсутності дитини, яка відвідує загальноосвітній навчальний заклад, дошкільний навчальний заклад та особам, які проходять обстеження у суб'єктів господарювання за направленням військових комісаріатів,

ЛКК видає такі документи, що засвідчують тимчасову непрацездатність особи:



- форму рішення для встановлення причинно-наслідкового зв'язку захворювання з умовами праці відповідно до вимог, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 17 квітня 2019 року №337 «Про затвердження Порядку розслідування та обліку нещасних випадків, професійних захворювань та аварій на виробництві»;
- висновки або рекомендації щодо догляду за дитиною до досягнення нею шестирічного віку, а в разі, коли дитина хвора на цукровий діабет I типу (інсулінозалежний), до досягнення дитиною 16-річного віку.

15.5. Формування медичних висновків про тимчасову непрацездатність

З 01 жовтня 2021 року в Україні — для всіх закладів охорони здоров'я незалежно від форми власності та фізичним особам-підприємцям, які отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики впроваджено Порядок формування медичних висновків про тимчасову непрацездатність в Реєстрі медичних висновків в електронній системі охорони здоров'я (електронний лист непрацездатності).

Електронний лист непрацездатності — це документ в електронному форматі, що засвідчує тимчасову втрату працездатності людини та зберігається в електронному реєстрі листків непрацездатності, що адмініструється Пенсійним фондом України. Електронний лист непрацездатності формується автоматично в електронному реєстрі листків непрацездатності на основі згенерованого лікуючим лікарем Медичного висновку про тимчасову непрацездатність в медичній інформаційній системі.

Формування медичних висновків в Реєстрі здійснюють лікуючі лікарі суб'єктів господарювання. Не мають право на формування медичних висновків в Реєстрі: лікарі центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф; станцій переливання крові; закладів судово-медичної експертизи; бальнеологічних лікарень, грязелікарень, косметологічних і курортних поліклінік; лікуючі лікарі суб'єктів господарювання всіх форм власності при косметологічних втручаннях без медичних показань.

При проведенні медико-соціальної експертизи використовується ціла низка специфічних термінів:

- *Випадок тимчасової непрацездатності відповідно до медичних висновків* — тимчасова непрацездатність, що підтверджується формуванням одного або сукупністю декількох медичних висновків, пов'язаних між собою через посилання на запис в Реєстрі про попередній ме-



дичний висновок в межах однієї категорії медичних висновків, та триває безперервно від початку визначеного захворювання, травми або інших причин з можливим продовженням в одному або послідовно декількох суб'єктах господарювання до завершення дії останнього медичного висновку або до початку нового медичного висновку з відміткою про початок нового випадку тимчасової непрацездатності в межах такої ж категорії, що формується з приводу нового захворювання, травми або інших причин, які не пов'язані та не є наслідками попереднього;

- *Категорія медичного висновку* — складова, що використовується з метою їхньої класифікації щодо встановленого захворювання, травми тощо, для визначення особливостей процесу формування таких медичних висновків, а також є підставою для визначення причин непрацездатності застрахованої особи у відповідному Електронному реєстрі;
- *Тимчасова непрацездатність особи відповідно до медичного висновку (далі — тимчасова непрацездатність)* — це непрацездатність особи внаслідок захворювання, травми або інших причин (вагітність та пологи, карантин тощо), яка має тимчасовий зворотний характер під впливом лікування, реабілітації, інших заходів медичного характеру, та триває до відновлення працездатності або до закінчення причин, які унеможливають виконання роботи. Тимчасова непрацездатність об'єктується в календарних днях.

Формування медичних висновків в Реєстрі ідентифікованим пацієнтам здійснюється лікуючим лікарем при пред'явленні паспорта чи іншого документа, що засвідчує особу непрацездатного, відповідно до вимог Закону України «Про Єдиний державний демографічний реєстр та документи, що підтверджують громадянство України, посвідчують особу чи її спеціальний статус», і не може бути платною послугою в суб'єктів господарювання незалежно від форми власності.

Формування медичних висновків у Реєстрі неідентифікованим пацієнтам здійснюється у разі госпіталізації пацієнта, який з причин, обумовлених станом його здоров'я, не може надати відомості про себе, або у якого відсутні документи, що посвідчують його особу.

Обробка персональних даних у Реєстрі здійснюється з метою засвідчення лікуючим лікарем факту тимчасової втрати працездатності, встановлення строку непрацездатності, забезпечення передачі відомостей в Електронний реєстр листків непрацездатності для формування листка непрацездатності в Електронному реєстрі листків непрацездатності.



Медичний висновок містить такі відомості: номер запису в Реєстрі; посилання на запис про пацієнта в Реєстрі пацієнтів в електронній системі охорони здоров'я; посилання на запис про тимчасово непрацездатну особу в Реєстрі пацієнтів в електронній системі охорони здоров'я; посилання на запис про лікуючого лікаря у Реєстрі медичних працівників в електронній системі охорони здоров'я, яким встановлено факт тимчасової непрацездатності та який сформував та підписав медичний висновок; посилання на запис про суб'єкта господарювання в Реєстрі суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я в електронній системі охорони здоров'я, лікарем якого встановлено факт тимчасової непрацездатності особи та сформовано медичний висновок у Реєстрі; посилання на запис в Реєстрі медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я, на підставі якого здійснюється формування медичного висновку; дату та час формування і реєстрації медичного висновку в Реєстрі; вид медичного висновку («медичний висновок про тимчасову непрацездатність»); суть висновку лікуючого лікаря про тимчасову непрацездатність відповідно до медичного висновку, що містить: категорію медичного висновку: «Захворювання або травма загального характеру», «Догляд за хворою дитиною», «Догляд за хворим членом сім'ї», «Догляд за дитиною у разі хвороби особи, яка доглядає за дитиною», «Карантин», «Обсервація, самоізоляція під час дії карантину з метою запобігання поширенню гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2», «Переведення особи на легшу роботу», «Лікування в санаторно-курортному закладі», «Ортопедичне протезування», «Вагітність та пологи»; відмітку про наявність алкогольного та/або наркотичного сп'яніння як причини виникнення тимчасової непрацездатності (за необхідності); відмітку про зв'язок випадку тимчасової непрацездатності з професійною діяльністю пацієнта (за необхідності та може застосовуватися тільки для медичних висновків категорій «Захворювання або травма загального характеру», «Переведення особи на легшу роботу»); дату порушення режиму лікування та вид порушення режиму лікування: «відмова від огляду МСЕК», «відмова від госпіталізації», «невиконання рекомендацій лікаря», «самовільне залишення суб'єкта господарювання», «навмисне заподіяння шкоди своєму здоров'ю або симуляція хвороби» (за умови, що таке порушення встановлено лікуючим лікарем); відмітку про тимчасову непрацездатність, що виникла за кордоном (за необхідності); період дії медичного висновку (дата початку періоду дії, дата завершення періоду дії).



У момент формування в Реєстрі нового медичного висновку в електронній системі охорони здоров'я автоматично зазначається посилання на запис у Реєстрі про попередній медичний висновок за умови одночасного виконання таких умов:

- новий медичний висновок не містить відмітки про початок нового випадку тимчасової непрацездатності;
- запис у Реєстрі та новий медичний висновок містять посилання на один і той самий запис про пацієнта в Реєстрі пацієнтів в електронній системі охорони здоров'я;
- запис у Реєстрі та новий медичний висновок містять однакову категорію;
- дата завершення дії запису в Реєстрі така ж або пізніша, ніж дата, що на день передує даті початку дії нового медичного висновку;
- запис у Реєстрі є останнім (за датою та часом формування і реєстрації) серед інших записів у Реєстрі.
- відмітку про початок нового випадку тимчасової непрацездатності.

Медичні висновки будь-якої категорії вносяться до Реєстру на підставі медичних записів про медичний огляд, надання консультації або лікування та медичних записів при виписці пацієнта зі стаціонару в Реєстрі медичних записів, записів про направлення та рецептів (далі — медичні записи) за результатами проведеної експертизи тимчасової непрацездатності та висновку лікуючого лікаря про тимчасову непрацездатність особи (далі — висновок лікуючого лікаря).

Медичний висновок категорії «Захворювання або травма загального характеру» формується на підставі медичних записів про стан здоров'я (функцій організму) пацієнта та висновку лікуючого лікаря;

- На підставі медичного запису про виписку пацієнта зі стаціонару та висновку лікуючого лікаря, який здійснює направлення пацієнта для продовження лікування в реабілітаційному закладі, лікуючим лікарем реабілітаційного закладу може бути сформований медичний висновок категорії «Захворювання або травма загального характеру» для встановлення тимчасової непрацездатності на період лікування в реабілітаційному закладі після перенесених захворювань і травм.
- *Направлення для продовження лікування в реабілітаційному закладі здійснюється лікуючим лікарем з урахуванням медичних показань для проведення заходів з реабілітації у сфері охорони здоров'я на підставі об'єктивного стану хворого, результатів попереднього лікування, даних лабораторних, інструментальних, рентгенологічних, функціональних обстежень.*



- *Медичний висновок категорії «Догляд за хворою дитиною»* формується на підставі медичного запису про пацієнта віком до 14 років (або про дитину з інвалідністю віком до 18 років) та висновку лікуючого лікаря, яка здійснюватиме догляд за пацієнтом.
- *Медичний висновок категорії «Догляд за хворим членом сім'ї»* формується лікуючим лікарем на підставі медичного запису про пацієнта віком від 14 років та висновку лікуючого лікаря про тимчасову непрацездатність особи, яка здійснюватиме догляд за пацієнтом.
- *Медичний висновок категорії «Догляд за дитиною у разі хвороби особи, яка доглядає за дитиною»* формується лікуючим лікарем на період випадку тимчасової непрацездатності пацієнта на підставі медичного запису про пацієнта, вік якого має становити не менше 14 років, який фактично здійснює догляд за дитиною віком до 3 років або за дитиною з інвалідністю віком до 18 років, та висновку про тимчасову непрацездатність особи, яка здійснюватиме такий догляд.

Для медичних висновків категорій «Догляд за хворою дитиною», «Догляд за хворим членом сім'ї» або «Догляд за дитиною у разі хвороби особи, яка доглядає за дитиною» як посилання на запис про тимчасово непрацездатну особу в Реєстрі пацієнтів в електронній системі охорони здоров'я зазначається посилання на запис про ідентифіковану особу в Реєстрі пацієнтів в електронній системі охорони здоров'я, яка здійснюватиме догляд за пацієнтом.

Медичний висновок категорії «Карантин» формується на підставі медичного запису про медичний огляд, надання консультації або лікування, внесеного до електронної системи охорони здоров'я лікуючим лікарем, який надає медичну допомогу за лікарською спеціальністю «Інфекційні хвороби» або «Загальна практика – сімейна медицина», «Терапія», «Підліткова терапія», «Педіатрія».

Медичний висновок за категорією «Карантин» може формуватися в таких випадках: встановлення на підприємствах, установах, організаціях, тощо, протиепідемічних заходів, що здійснюються з метою запобігання поширенню особливо небезпечних інфекційних хвороб, локалізації та ліквідації їх осередків, спалахів та епідемій; встановлення медико-санітарного спостереження за особою, відповідно до Правил санітарної охорони території України.

Формування медичного висновку категорії «Карантин», за результатом проведення протиепідемічних заходів та надання медичної допомоги особі, здійснюється лікуючим лікарем за результатом отриманих лабо-



раторних досліджень пацієнта або на період перебування в обсервації, самоізоляції.

У разі перебування особи, стосовно якої є ризик поширення особливо небезпечної інфекційної хвороби, в обсерваторії під час здійснення медико-санітарного спостереження з метою її обстеження та здійснення медичного нагляду за нею, лікуючий лікар формує медичний висновок на період перебування особи в обсервації, в тимчасових закладах охорони здоров'я (спеціалізованих шпиталях), у закладах охорони здоров'я, а також під медичним наглядом у зв'язку з проведенням заходів, спрямованих на запобігання виникненню, ліквідації епідемії чи спалаху особливо небезпечних інфекційних хвороб.

При виявленні осіб, які можуть бути переносниками особливо небезпечних інфекційних хвороб, що має міжнародне значення, у тому числі включаючи осіб, які приїхали з ендемічних країн, лікуючий лікар формує медичний висновок на період перебування особи в обсервації, самоізоляції.

У разі надходження інформації від санітарно-карантинних підрозділів аеропорту, порту про виявлених/інфікованих хворих, лікуючий лікар суб'єкта господарювання формує медичний висновок пацієнту за результатом лабораторного дослідження або на період перебування особи в обсервації, самоізоляції.

Медичний висновок категорії «Обсервація, самоізоляція під час дії карантину з метою запобігання поширенню гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2» формується на підставі медичного запису про медичний огляд, надання консультації або лікування, внесеного до електронної системи охорони здоров'я, та висновку лікуючого лікаря про тимчасову непрацездатність на період перебування особи в самоізоляції, обсервації, в тимчасових закладах охорони здоров'я (спеціалізованих шпиталях), у закладах охорони здоров'я, а також на самоізоляції під медичним наглядом у зв'язку з проведенням заходів, спрямованих на запобігання виникненню та поширенню гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2.

Медичний висновок категорії «Переведення особи на легшу роботу» формується у зв'язку з професійним захворюванням, захворюванням на туберкульоз, або іншими захворюваннями, передбаченими законодавством, у зв'язку з якими рекомендується переведення особи на легшу роботу, а також для осіб, які є бактеріоносіями, за результатами експертизи тимчасової втрати працездатності та на підставі медичних записів про стан здоров'я (функцій організму) пацієнта, та висновку лікуючого лікаря



про тимчасову непрацездатність у випадку, якщо пацієнт непрацездатний за своїм місцем роботи, може повноцінно виконувати іншу роботу без порушення процесу лікування. Тимчасове переведення пацієнта на іншу роботу у зв'язку з професійним захворюванням призначається лікуючим лікарем відповідно до Переліку професійних захворювань.

Медичний висновок категорії «Ортопедичне протезування» формується на підставі медичного запису про лікування, внесеного до електронної системи охорони здоров'я, та висновку лікуючого лікаря суб'єкта господарювання, у якому пацієнту надається вторинна (спеціалізована) медична допомога у стаціонарних умовах за однією з лікарських спеціальностей «Ортопедична стоматологія», «Ортопедія і травматологія», «Дитяча ортопедія і травматологія».

Медичні висновки категорії «Вагітність та пологи» формуються на підставі медичного запису про медичний огляд пацієнтки, надання консультації або лікування, внесеного до електронної системи охорони здоров'я лікуючим лікарем та висновку лікуючого лікаря про тимчасову непрацездатність.

При формуванні медичних висновків категорії «Захворювання або травма загального характеру» для встановлення тимчасової непрацездатності на період лікування в реабілітаційному закладі після перенесених захворювань і травм.

Період дії медичного висновку категорії «Захворювання або травма загального характеру» у випадку, визначеному в абзацах другому, формується на весь період, визначений лікуючим лікарем для реабілітації, але не більше, ніж на строк, встановлений для направлення хворого для огляду до медико-соціальної експертної комісії.

Тимчасово непрацездатним особам, направленим на консультацію, обстеження, лікування до суб'єктів господарювання за межі адміністративного району, медичний висновок за категорією «Захворювання або травма загального характеру» формується лікуючим лікарем на необхідну кількість днів з урахуванням часу на проїзд пацієнта до такого суб'єкта господарювання, що не може перевищувати 1 календарного дня в межах України. Лікуючий лікар суб'єкта господарювання, який надав медичні послуги пацієнту за направленням іншого суб'єкта господарювання щодо продовження лікування, проходження обстеження, консультації, після завершення строку перебування пацієнта у закладі формує медичний висновок із урахуванням часу на доїзд у зворотному напрямку, що не може перевищувати 1 календарного дня в межах України.



Період дії медичного висновку. Період дії медичного висновку є періодом тимчасової непрацездатності (або періодом, на який непрацездатній особі рекомендовано переведення на легшу роботу) та визначається шляхом встановлення дати початку та дати завершення.

У момент формування в Реєстрі нового медичного висновку в електронній системі охорони здоров'я автоматично зазначається посилання на запис у Реєстрі про попередній медичний висновок за умови одночасного виконання таких умов:

- новий медичний висновок не містить відмітки про початок нового випадку тимчасової непрацездатності;
- запис у Реєстрі та новий медичний висновок містять посилання на один і той самий запис про пацієнта в Реєстрі пацієнтів в електронній системі охорони здоров'я;
- запис в Реєстрі та новий медичний висновок містять однакову категорію;
- дата завершення дії запису в Реєстрі така ж або пізніша, ніж дата, що на день передує даті початку дії нового медичного висновку;
- запис у Реєстрі є останнім (за датою та часом формування і реєстрації) серед інших записів у Реєстрі.

Не допускається формування медичного висновку, початок періоду дії якого починається раніше за дату його формування в електронній системі охорони здоров'я, окрім:

- випадків формування медичного висновку зі встановленою відміткою про тимчасову непрацездатність, що виникла за кордоном, для першого медичного висновку випадку тимчасової непрацездатності; медичного висновку категорії «Вагітність та пологи», що не був сформованим в 30 тижнів вагітності;
- ідентифікації неідентифікованої непрацездатної особи;

Медичний висновок категорії «Захворювання або травма загально-го характеру» формується особисто лікуючим лікарем в амбулаторних та стаціонарних умовах надання медичних послуг на період до наступного огляду або прогнозованого періоду завершення випадку тимчасової непрацездатності на період, який не може перевищувати 30 календарних днів.

У разі якщо тимчасова непрацездатність пацієнта продовжується та становить понад 30 календарних днів, випадок тимчасової непрацездатності може бути продовжений за результатом медичного огляду пацієнта лікуючим лікарем шляхом формування нового медичного висновку



без встановлення відмітки про початок нового випадку тимчасової непрацездатності.

У разі потреби продовження лікування в амбулаторних умовах після закінчення періоду лікування в стаціонарних умовах випадок тимчасової непрацездатності може бути подовжено на період до 3 календарних днів шляхом формування лікуючим лікарем нового медичного висновку на підставі медичного запису про виписку пацієнта зі стаціонару.

Період дії медичного висновку категорії «Захворювання або травма загального характеру» формується на весь період, визначений лікуючим лікарем для реабілітації, але не більше, ніж на строк, встановлений для направлення хворого для огляду до медико-соціальної експертної комісії з урахуванням часу на проїзд пацієнта до такого суб'єкта господарювання, що не може перевищувати 1 календарного дня в межах України. Лікуючий лікар суб'єкта господарювання, який надав медичні послуги пацієнту за направленням іншого суб'єкта господарювання щодо продовження лікування, проходження обстеження, консультації, після завершення строку перебування пацієнта у закладі формує медичний висновок із урахуванням часу на доїзд у зворотному напрямку, що не може перевищувати 1 календарного дня в межах України.

Тимчасово непрацездатним особам, направленим на консультацію, обстеження, лікування до суб'єктів господарювання за межі адміністративного району, медичний висновок за категорією «Захворювання або травма загального характеру» формується лікуючим лікарем на необхідну кількість днів з урахуванням часу на проїзд пацієнта до такого суб'єкта господарювання, що не може перевищувати 1 календарного дня в межах України. Лікуючий лікар суб'єкта господарювання, який надав медичні послуги пацієнту за направленням іншого суб'єкта господарювання щодо продовження лікування, проходження обстеження, консультації, після завершення строку перебування пацієнта у закладі формує медичний висновок з урахуванням часу на доїзд у зворотному напрямку, що не може перевищувати 1 календарного дня в межах України.

Період дії медичного висновку зі встановленою відміткою про тимчасову непрацездатність, що виникла за кордоном, встановлюється відповідно до дат тимчасової непрацездатності, зазначених у перекладених на державну мову та нотаріально засвідчених документах, що підтверджують тимчасову втрату працездатності під час перебування за межами України.



Випадок тимчасової непрацездатності за категорією «Догляд за хворою дитиною» не може перевищувати 14 календарних днів в амбулаторних умовах (для дитини віком до 14 років або дитини з інвалідністю до 18 років), для особи, яка здійснює догляд, окрім випадків необхідності сумісного перебування з пацієнтом під час його госпіталізації.

У випадках необхідності сумісного перебування особи період дії випадку тимчасової непрацездатності не може перевищувати тривалості перебування пацієнта у стаціонарі.

Випадок тимчасової непрацездатності за категорією «Догляд за хворим членом сім'ї» не може перевищувати 3 календарних днів при лікуванні в амбулаторних умовах. У виняткових випадках, з урахуванням тяжкості хвороби члена сім'ї, період дії такого випадку тимчасової непрацездатності може становити до 7 календарних днів.

Медичний висновок категорії «Вагітність та пологи» формується на період, який включає 70 календарних днів до пологів і 56 (у разі народження двох і більше дітей та у разі ускладнення пологів — 70) календарних днів після пологів. Медичний висновок категорії «Вагітність та пологи» формується в 30 тижнів вагітності. Для жінок, які належать до I — III категорій постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС, формується медичний висновок в 27 тижнів вагітності тривалістю 180 календарних днів (90 днів на період допологової тимчасової непрацездатності і 90 — на період післяпологової тимчасової непрацездатності).

При передчасних пологах до 30 тижнів вагітності період дії медичного висновку категорії «Вагітність та пологи» становить 140 календарних днів у разі народження живої дитини, а у випадку мертвонародження при таких пологах — 70 календарних днів.

У разі передчасних або багатоплідних пологів, виникнення ускладнень під час пологів або в післяпологовому періоді, на підставі медичного запису формується медичний висновок на 14 календарних днів, окрім передчасних пологів до 30 тижнів вагітності та жінок, яких віднесено до I — III категорій постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС.

Формування медичного висновку категорії «Вагітність та пологи» для жінок, постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС на 180 календарних днів, здійснюється лікуючим лікарем за умови пред'явлення такими пацієнтами посвідчення особи, яка постраждала внаслідок Чорнобильської катастрофи, виданого в порядку, затвердженому Кабінетом Міністрів України.



При формуванні медичного висновку категорії «Переведення особи на легшу роботу» період тимчасового переведення працівника у зв'язку із хворобою на іншу роботу може становити до двох місяців із дотриманням термінів продовження випадку тимчасової непрацездатності.

У разі якщо тимчасова непрацездатність пацієнта продовжується та становить понад два місяці, випадок тимчасової непрацездатності може бути подовжений за результатом медичного огляду пацієнта лікуючим лікарем шляхом формування нового медичного висновку без встановлення відмітки про початок нового випадку тимчасової непрацездатності.

Медичний висновок категорії «Лікування в санаторно-курортному закладі» формується лікуючим лікарем на весь період лікування та з урахуванням часу на проїзд пацієнта до такого суб'єкта господарювання, що не може перевищувати 1 календарного дня в межах України. Лікуючий лікар суб'єкта господарювання, який надав медичні послуги пацієнту за направленням іншого суб'єкта господарювання щодо продовження лікування, проходження обстеження, консультації, після завершення строку перебування пацієнта у закладі формує медичний висновок з урахуванням часу на доїзд у зворотному напрямку, що не може перевищувати 1 календарного дня в межах України за наявності показань для направлення на лікування в санаторно-курортний заклад:

- для осіб у разі догляду за дитиною, постраждалою внаслідок аварії на ЧАЕС для проходження санаторно-курортного лікування;
- для осіб, які виховують дитину з інвалідністю до 18 років, — за наявності показань про необхідність стороннього догляду під час лікування у санаторно-курортному закладі;
- для осіб, які віднесені до I категорії постраждалих внаслідок ЧАЕС.

Медичний висновок за категорією «Ортопедичне протезування» формується лікуючим лікарем на період протезування та з урахуванням часу на проїзд пацієнта до такого суб'єкта господарювання, що не може перевищувати 1 календарного дня в межах України. Лікуючий лікар суб'єкта господарювання, який надав медичні послуги пацієнту за направленням іншого суб'єкта господарювання щодо продовження лікування, проходження обстеження, консультації, після завершення строку перебування пацієнта у закладі формує медичний висновок із урахуванням часу на доїзд у зворотному напрямку, що не може перевищувати 1 календарного дня в межах України.



15.6. Особливості формування медичних висновків в окремих випадках

Формування медичних висновків здійснюється тільки після особистого огляду хворого лікуючим лікарем, про що робиться відповідний запис у Реєстрі медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я з обґрунтуванням тимчасової непрацездатності. Але на період проведення заходів, спрямованих на запобігання виникненню та поширенню гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, а також локалізацію та ліквідацію її спалахів та епідемій в Україні формування медичних висновків може здійснюватися лікарем, який надає первинну медичну допомогу, *на підставі звернення та опитування хворого за допомогою засобів телефонного зв'язку або інтернет-телефонії, засобів телемедичного зв'язку з обов'язковим відповідним записом* у Реєстрі медичних записів для формування медичних висновків за категоріями «Захворювання або травма загального характеру», «Обсервація, самоізоляція під час дії карантину з метою запобігання поширенню гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2», «Карантин».

У разі госпіталізації пацієнта, який з причин, обумовлених станом його здоров'я, не може надати відомості про себе, або у якого відсутні документи, що посвідчують його особу, такого пацієнта лікуючий лікар реєструє в Реєстрі пацієнтів в електронній системі охорони здоров'я як неідентифіковану. Для такого пацієнта формується медичний висновок на підставі медичних записів про неідентифікованого пацієнта.

При виникненні можливості провести ідентифікацію раніше неідентифікованого пацієнта лікуючий лікар після проведення такої ідентифікації формує новий медичний висновок ідентифікованому пацієнту на підставі медичного запису про неідентифікованого пацієнта.

Медичний висновок зі встановленою відміткою про тимчасову непрацездатність, що виникла за кордоном, формується лікарем, із яким у пацієнта укладено декларацію, на підставі медичних записів, внесених лікарем, відповідно до перекладених на державну мову та засвідчених, в установленому законодавством порядку, медичних документів, що підтверджують тимчасову непрацездатність, за категоріями:

«Захворювання або травма загального характеру», «Необхідність огляду за хворою дитиною», «Вагітність та пологи», «Ортопедичне протезування».



Такі медичні висновки формуються у разі: гострих захворювань і травм; загостренні хронічних захворювань; вагітності та пологів; оперативних втручаннях при невідкладних станах; лікування за кордоном за направленням Комісії МОЗ з питань направлення громадян для лікування за кордон.

У випадку, коли пацієнт повідомив лікуючому лікарю про те, що непрацездатність мала зв'язок із нещасним випадком, професійним захворюванням або аварією на виробництві, для категорій медичних висновків «Захворювання або травма загального характеру», «Переведення особи на легшу роботу» лікуючий лікар робить відмітку про зв'язок випадку непрацездатності з професійною діяльністю пацієнта.

У випадках, коли відповідно до вимог законодавства України пацієнту проводилися необхідні дослідження для визначення наявності в його організмі алкоголю (наркотичних засобів чи токсичних або отруйних речовин) та визначення ступеня його сп'яніння, а також лікуючим лікарем встановлено, що тимчасова непрацездатність настала внаслідок алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння або дій, пов'язаних з таким сп'янінням, що підтверджено результатами таких досліджень, у медичних висновках за категорією «Захворювання або травма загального характеру» лікуючий лікар робить відмітку про наявність алкогольного та/або наркотичного сп'яніння як причини виникнення непрацездатності.

Якщо лікуючим лікарем встановлено факт порушення пацієнтом призначеного режиму лікування (відмова від огляду МСЕК; відмова від госпіталізації; невиконання рекомендацій лікаря; самовільне залишення закладу охорони здоров'я; навмисне заподіяння шкоди своєму здоров'ю або симуляція хвороби), формується новий медичний висновок із зазначенням дати порушення режиму лікування та виду порушення режиму лікування.

Дозволяється формування лікуючим лікарем медичних висновків в Реєстрі не пізніше наступного робочого дня з дня, коли лікуючим лікарем було встановлено факт тимчасової непрацездатності особи, у разі:

- якщо медичне обслуговування здійснювалось не за місцем провадження господарської діяльності з медичної практики;
- недоступності електронної медичної інформаційної системи або неможливості обміну даними між електронною медичною інформаційною системою та центральною базою даних електронної системи охорони здоров'я через їхню технічну несправність, або у разі відсутності відповідної технічної можливості в електронній системі охорони здоров'я.



При виникненні технічної несправності в центральній базі даних електронної системи охорони здоров'я, що триває понад 1 календарний день, лікуючий лікар зобов'язаний внести медичний висновок до Реєстру не пізніше, ніж на наступний робочий день після усунення відповідної технічної несправності або після появи відповідної технічної можливості в системі, але у строк не більший, визначеного у технічних вимогах до електронної медичної інформаційної системи для її підключення до центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я.

У таких випадках період тимчасової непрацездатності особи, що міститься в медичному висновку і внесений до Реєстру після усунення технічних несправностей, має відповідати періоду, який був визначений лікарем під час встановлення факту тимчасової непрацездатності особи.

Повідомлення технічні несправності в центральній базі даних електронної системи охорони здоров'я, усунення технічних несправностей або про появу відповідної технічної можливості в центральній базі даних електронної системи охорони здоров'я оприлюднюються на вебсайті електронної системи охорони здоров'я.

ТЕМА 16. ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ СТІЙКОЇ ВТРАТИ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ (ІНВАЛІДНОСТІ)

16.1. Процедура та критерії експертизи постійної втрати працездатності

Медико-соціальна експертиза — визначення ступеня втрати здоров'я, ступеня обмеження життєдіяльності особи, викликаного стійким розладом функцій організму, групи інвалідності, причини і часу її настання.

Поняття «інвалідність» має медичний, юридичний і соціальний аспекти. За встановленням інвалідності йде припинення роботи або зміна умов і характеру праці і призначення різних видів державного соціального забезпечення (пенсія, працевлаштування, професійне навчання, протезування та ін.), гарантоване законодавством.

Медико-соціальна експертиза проводиться медико-соціальною експертною комісією (МСЕК) та лікарсько-консультативною комісією (ЛКК).

Медико-соціальну експертизу стійкої втрати працездатності, або інвалідності, проводять медико-соціальні експертні комісії (МСЕК), які з 1992 року підпорядковані МОЗ України.



Види і склади МСЕК. МСЕК за територіальним принципом поділяються на:

- вищі МСЕК: республіканська, обласні і центральні міські;
- первинні МСЕК: міські, міжрайонні та районні.

Міські, міжрайонні та районні МСЕК організують з розрахунку одна МСЕК на 100 тисяч дорослого населення.

Центральні міські та обласні організуються з розрахунку одна МСЕК на 5 міських, міжрайонних та районних МСЕК.

За профілем первинні (районні, міжрайонні та міські МСЕК) поділяються на загальні та спеціалізовані.

Вищі (центральні міські, обласні, регіональні) — на загальні і спеціальні.

До складу МСЕК загального профілю (міські, міжрайонні, районні) входять три лікаря експерта (терапевт, хірург, невролог — один з них є головою комісії), 1 лікар реабілітолог, психолог, представник фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійного захворювання.

До складу спеціалізованого МСЕК (міські, міжрайонні і районні) — 3 лікаря експерта (два лікаря провідного профілю і один терапевт або невропатолог — один з них є головою комісії), 1 лікар реабілітолог, психолог і представник фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійного захворювання.

У центральні міські, обласні, республіканські комісії загального профілю входять 4 лікаря експерта (терапевт, хірург, невропатолог і кваліфікований фахівець з організації та управління охороною здоров'я — він же є головою МСЕК), 1 лікар реабілітолог, юрист, економіст і представник фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійного захворювання.

До складу спеціального МСЕК (центральні міські, обласні, регіональні) — зі встановлення причинного зв'язку захворювань, інвалідності і смерті з дією іонізуючого випромінювання та інших шкідливих чинників внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС, входять:

- експертно-консультативна група — це висококваліфіковані фахівці різних медичних спеціальностей, які пройшли підготовку з радіаційної медицини;
- безпосередньо члени експертної комісії. Членами експертної комісії є досвідчені фахівці установ центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я України, які пройшли підготовку з радіаційної медицини.

Склад членів експертно-консультативної групи та членів комісії затверджує Міністерство охорони здоров'я, Міністерство з питань надзви-



чайних ситуацій та у справах захисту населення від наслідків Чорнобильської катастрофи.

Протягом двох років склад членів експертних комісій повинен оновлюватися на 30%, а експертно-консультативна група повинна бути замінена повністю.

Розгляд медичних справ експертними комісіями проводиться при особистому зверненні та напряму спеціалізованого закладу охорони здоров'я при наявності посвідчення постраждалого внаслідок Чорнобильської катастрофи.

Експертиза медичних документів повинна здійснюватись після повного і всебічного медичного обстеження потерпілого, проведення необхідних досліджень, визначення клініко-функціонального діагнозу.

Експертні комісії керуються в своїй роботі затвердженим наказом МОЗ України від 17.05.97 р №150 переліком хвороб і відповідною інструкцією із застосування цього переліку хвороб, при яких може бути встановлений причинний зв'язок їх, а також інвалідності і смерті від дії іонізуючого випромінювання та інших шкідливих чинників аварії на Чорнобильській АЕС.

Висновки експертних комісій про причини захворювань постраждалих являються підставою для підприємств, установ, організацій, незалежно від форм власності та видів їх діяльності, для надання цим особам пільг, передбачених чинним законодавством.

Передбачено створення спеціальних експертних комісій окремо для дорослих і дітей.

В цілому МСЕК загального та спеціалізованого профілю проводять огляд громадян, які частково або повністю втратили здоров'я внаслідок захворювання, травм, вроджених дефектів, які обмежують їх життєдіяльність, а також ті, які згідно чинного законодавства мають право на соціальну допомогу.

16.2. Функції, завдання та основні документи МСЕК

Функціональними обов'язками МСЕК є встановлення:

- ступеня обмеження життєдіяльності людини, стану працездатності, групи, причини і часу настання інвалідності внаслідок загального або професійного захворювання, трудового каліцтва;
- ступеня втрати працездатності (у відсотках);
- причинного зв'язку інвалідності у колишніх військовослужбовців з перебуванням на фронті чи з виконанням інших обов'язків військової служби;



- причинного зв'язку інвалідності із захворюваннями або каліцтвами, які виникли в дитинстві, уродженими дефектами;
- ступеня втрати здоров'я, групи, причини зв'язку і часу настання інвалідності громадян, постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи;
- ступеня стійкої втрати працездатності для направлення потребуючих в будинки для людей похилого віку та інвалідів;
- медичних показань і протипоказань на право отримання інвалідами автомобілів з ручним керуванням.

Основні завдання МСЕК — виявлення причин, встановлення груп інвалідності, надання трудових рекомендацій інвалідам. Іноді після огляду хворого, МСЕК може санкціонувати продовження листка непрацездатності для завершення лікування.

МСЕК має право:

- направляти осіб, що звертаються для встановлення інвалідності, в лікувально-профілактичні заклади для проведення огляду з метою уточнення діагнозу і призначення відповідного лікування;
- направляти державним органам необхідні матеріали для вжиття заходів впливу щодо посадових осіб підприємств, установ і організацій, які порушують права людей з інвалідністю;
- за письмовою заявою особи, яка звертається для встановлення інвалідності, допускати довіреного представника на засідання комісії.

Основними документами при організації та проведенні МСЕК є: акт освідчення в МСЕК; книга протоколів засідань МСЕК; статистичний талон до акту оглядів в МСЕК; щорічний звіт обласної, центральної, міської МСЕК (Форма № 37 — здоров); звіт про причини інвалідності, показання до медичної і соціально-трудової реабілітації (Форма 14).

16.3. Направлення для огляду громадян у МСЕК

Направлення для освідчення громадян в МСЕК видають лікарсько-консультативні комісії (ЛКК) відповідних закладів охорони здоров'я за формою, затвердженою центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я, після клінічних обстежень, які підтверджують стійкий або необоротний характер захворювання, і в тому випадку, якщо хворий був непрацездатним 120–156 днів (4–5 місяців) протягом останнього року стосовно одного і того самого захворювання або 10 місяців при захворюванні на туберкульоз або професійне захворювання.



Хворий може бути направлений на МСЕК раніше зазначених строків у разі явного несприятливого прогнозу.

Документами, необхідними для проходження огляду МСЕК є:

- направлення на МСЕК — облікова форма № 088/о, в якій відображена динаміка захворювання, ефективність проведеного лікування, наводять дані клінічного, лабораторного і додаткових методів дослідження, висновки консультантів. При заповненні направлення слід звертати особливу увагу на формулювання діагнозу. Він повинен бути обов'язково повним, із зазначенням ступеня порушення функцій і типу перебігу захворювання. Крім медичних даних, долучають відомості про зміну професії або умов роботи за останній рік;
- листок непрацездатності і паспорт.

В окремих випадках можливе також пред'явлення трудової книжки (та її копії), виписок з історії хвороб і амбулаторної картки, для окремих категорій (військовослужбовці, працівники СБУ, МВС та ін.) — свідчення про хвороби, інші документи.

МСЕК проводить освідчення хворих за місцем проживання.

Якщо хворий за станом здоров'я не може з'явитись на МСЕК, огляд проводять удома або в стаціонарі, де він перебуває на лікуванні.

При недоцільності продовження періоду тимчасової непрацездатності, лікарняний листок закривають датою огляду.

Хворого направляють на МСЕК з відкритим лікарняним листом. Лікарі-експерти МСЕК оформляють «Акт огляду у МСЕК».

Якщо хворий на МСЕК визнаний працездатним, лікарняний лист закривають днем огляду.

У разі визнання хворого інвалідом листок непрацездатності закривають днем направлення на МСЕК, в цьому випадку лікар заповнює графу «Приступити до роботи» фразою: з такого то числа визнаний інвалідом певної групи та інвалідність реєструється днем надходження документів у МСЕК.

16.4. Основні причини та види інвалідності

Основними причинами інвалідності в Україні є: хвороби системи кровообігу (перше місце), злоякісні новоутворення (друге місце) і травми (третє місце).

Вони повторюють структуру загальної смертності населення. Залежно від причини, що призвела до інвалідності, розрізняють наступні



її види: інвалідність внаслідок загального захворювання; інвалідність з дитинства; нещасний випадок на виробництві (трудова каліцтво чи інше ушкодження здоров'я); професійне захворювання пов'язане з трудовою діяльністю; поранення, контузії, каліцтва та інші захворювання.

Найбільш частим видом інвалідності є інвалідність від загального захворювання. До цього виду інвалідності належать всі випадки, що не відносяться до нижчезазначених видів.

Інвалідність з дитинства встановлюється підліткам до 18 років, якщо захворювання, яке призвело до інвалідності, виникло до цього віку і до початку роботи за наймом. Найбільш частою причиною інвалідності з дитинства є вроджені дефекти розвитку і травми. Причинний зв'язок інвалідності з хворобами, перенесеними в дитинстві, встановлюється за наявності документів закладів охорони здоров'я, які свідчать про початок захворювання або перенесену травму до 18-річного віку (для тих, хто вчиться — після 18-річного віку).

Інвалідність внаслідок нещасного випадку на виробництві (трудова каліцтво чи інше ушкодження здоров'я) визначається на підставі акту про нещасний випадок складеного за місцем роботи або за рішенням суду про факт травмування на виробництві. Інвалідність внаслідок трудового каліцтва може бути результатом травми, отриманої безпосередньо на робочому місці; поза місцем роботи при виконанні виробничого завдання або під час відрядження при виконанні виробничого завдання; по дорозі на роботу або з роботи; в разі виконання державних або громадських обов'язків; в разі виконання дій щодо порятунку людського життя, охорони правопорядку.

Причиною інвалідності внаслідок професійного захворювання пов'язаного з трудовою діяльністю є:

- захворювання, яке виникло під впливом несприятливих факторів, власних даній професії, або несприятливих умов праці;
- захворювання, перебіг якого ускладнився під впливом професійного чинника.

Віднесення захворювання до професійного проводять відповідно до списку професійних захворювань, затвердженого МОЗ та Міністерства праці.

Перелік установ, які мають право встановлювати остаточний діагноз професійних захворювань, переглядається кожні 5 років і затверджується центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я.



Інвалідність внаслідок поранення, контузії, каліцтва та інші захворювання у колишніх військовослужбовців визначається при наявності його причинного зв'язку зі службою в армії в наступних випадках: під час військової служби; не пізніше трьох місяців після звільнення з військової служби; пізніше трьох місяців після демобілізації, але внаслідок поранення, контузії, каліцтва або захворювання, яке мало місце під час військової служби.

Дія спеціальної МСЕК щодо встановлення причинного зв'язку захворювань, інвалідності і смерті з дією іонізуючого випромінювання та інших шкідливих чинників внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС, регламентується наказом центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я та Міністерством з питань надзвичайних ситуацій та у справах захисту населення від наслідків Чорнобильської катастрофи від 30.05.97 р №166/129. У наказі затверджене положення про систему експертизи зі встановлення причинного зв'язку хвороб, інвалідності і смерті з дією іонізуючого випромінювання та інших шкідливих чинників внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС. Розгляд медичних справ експертними комісіями проводиться при особистому зверненні та напрямку спеціалізованого лікувально-профілактичного закладу за наявності посвідчення постраждалого внаслідок Чорнобильської катастрофи.

Експертиза медичних документів повинна здійснюватися після повного і всебічного медичного обстеження потерпілого, проведення необхідних досліджень, визначення клініко-функціонального діагнозу.

16.5. Групи інвалідності, що встановлюються МСЕК

Порядок огляду осіб, встановлення групи інвалідності, склад і повноваження медико-соціальних експертних комісій, процедура оскарження їх рішень встановлюється Положенням про медико-соціальну експертизу, затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2009 року № 1317 зі змінами.

Висновки експертних комісій про причини захворювань постраждалих є підставою для підприємств, установ, організацій, незалежно від форм власності та видів їх діяльності, для надання цим особам пільг, передбачених чинним законодавством. Під час огляду у МСЕК, комісія визначає одну з груп інвалідності.

Підставою для встановлення I групи інвалідності є стійкі, функціональні порушення в організмі значно вираженої важкості, зумовлені за-



хворюванням, травмою або уродженою вадою, що призводять до значного обмеження життєдіяльності особи, неспроможності до самообслуговування і спричиняють виникнення потреби у постійному сторонньому нагляді, догляді або допомозі.

До I групи належать особи з найважчим станом здоров'я, які повністю не здатні до самообслуговування, потребують постійного стороннього нагляду, догляду або допомоги, абсолютно залежні від інших осіб у виконанні життєво важливих соціально-побутових функцій або які частково здатні виконувати окремі елементи самообслуговування.

Критеріями встановлення I групи інвалідності є ступінь втрати здоров'я, що спричиняє обмеження однієї чи декількох категорій життєдіяльності особи значного III ступеня: нездатність до самообслуговування чи повна залежність від інших осіб; нездатність до пересування чи повна залежність від інших осіб; нездатність до орієнтації (дезорієнтація); нездатність до спілкування; нездатність контролювати свою поведінку; значні обмеження здатності до навчання; нездатність до окремих видів трудової діяльності.

До підгрупи А I групи інвалідності належать особи з виключно високим ступенем втрати здоров'я, який спричиняє виникнення потреби у постійному сторонньому нагляді, догляді або допомозі інших осіб і фактичну нездатність до самообслуговування.

Критеріями встановлення підгрупи А I групи інвалідності є ступінь втрати здоров'я, що спричиняє повну нездатність до самообслуговування та повну залежність від інших осіб (необхідність постійного стороннього нагляду, догляду або допомоги).

До підгрупи Б I групи інвалідності належать особи з високим ступенем втрати здоров'я, який спричиняє значну залежність від інших осіб у виконанні життєво важливих соціально-побутових функцій і часткову нездатність до виконання окремих елементів самообслуговування.

Критеріями встановлення підгрупи Б I групи інвалідності є ступінь втрати здоров'я, що спричиняє втрату можливості самостійного задоволення з допомогою технічних засобів і за умови відповідного облаштування житла більшості життєво необхідних фізіологічних та побутових потреб.

Особи з інвалідністю I групи із значно вираженим обмеженням життєдіяльності можуть навчатися та проводити різні види трудової діяльності за умови їх забезпечення засобами компенсації фізичних дефектів або порушених функцій організму, здійснення реабілітаційних заходів, створення за необхідності спеціальних умов праці, у тому числі вдома.



Підставою для встановлення II групи інвалідності є стійкі, функціональні порушення в організмі вираженої важкості, зумовлені захворюванням, травмою або вродженою вадою, що призводять до значного обмеження життєдіяльності особи, при збереженій здатності до самообслуговування та не спричиняють потреби в постійному сторонньому нагляді, догляді або допомозі.

Критеріями встановлення II групи інвалідності є ступінь втрати здоров'я, що спричиняє обмеження у вираженому II ступені однієї чи декількох категорій життєдіяльності особи:

- обмеження самообслуговування II ступеня — здатність до самообслуговування з використанням допоміжних засобів і/або за допомогою інших осіб;
- обмеження здатності до самостійного пересування II ступеня — здатність до самостійного пересування з використанням допоміжних засобів і/або за допомогою інших осіб;
- обмеження здатності до навчання II ступеня — нездатність до навчання або здатність до навчання тільки у спеціальних навчальних закладах або за спеціальними програмами вдома;
- обмеження здатності до трудової діяльності II ступеня — нездатність до провадження окремих видів трудової діяльності чи здатність до трудової діяльності у спеціально створених умовах з використанням допоміжних засобів і/або спеціально обладнаного робочого місця, за допомогою інших осіб;
- обмеження здатності до орієнтації II ступеня — здатність до орієнтації в часі і просторі за допомогою інших осіб;
- обмеження здатності до спілкування II ступеня — здатність до спілкування з використанням допоміжних засобів і/або за допомогою інших осіб;
- обмеження здатності контролювати свою поведінку II ступеня — здатність частково чи повністю контролювати свою поведінку тільки за допомогою сторонніх осіб.

До II групи інвалідності можуть належати також особи, які мають дві хвороби або більше, що призводять до інвалідності, наслідки травми або вроджені вади та їх комбінації, які в сукупності спричиняють значне обмеження життєдіяльності особи та її працездатності.

II група інвалідності встановлюється учням, здобувачам вищої освіти навчальних закладів I–IV рівня акредитації денної форми навчання, які вперше здобувають відповідний освітньо-кваліфікаційний рівень, у разі



наявності в них ознак інвалідності за період їх навчання. Після закінчення навчального закладу видається довідка про придатність їх до роботи у результаті набуття професії.

Особи з інвалідністю II групи з вираженим обмеженням життєдіяльності можуть навчатися та провадити різні види трудової діяльності, зокрема шляхом створення відповідних умов праці із забезпеченням засобами компенсації фізичних дефектів чи порушених функцій організму, здійснення реабілітаційних заходів.

Підставою для встановлення III групи інвалідності є стійкі, помірної важкості функціональні порушення в організмі, зумовлені захворюванням, наслідками травм або вродженими вадами, що призвели до помірно вираженого обмеження життєдіяльності особи, в тому числі її працездатності, але потребують соціальної допомоги і соціального захисту.

Критеріями для встановлення III групи інвалідності є ступінь втрати здоров'я, що спричиняє обмеження однієї чи декількох категорій життєдіяльності у помірно вираженому I ступені:

- обмеження самообслуговування I ступеня — здатність до самообслуговування з використанням допоміжних засобів;
- обмеження здатності самостійно пересуватися I ступеня — здатність до самостійного пересування з більшим витрачанням часу, часткового пересування та скорочення відстані;
- обмеження здатності до навчання I ступеня — здатність до навчання в навчальних закладах загального типу за умови дотримання спеціального режиму навчального процесу і/або з використанням допоміжних засобів, за допомогою інших осіб (крім персоналу, що навчає);
- обмеження здатності до трудової діяльності I ступеня — часткова втрата можливостей до повноцінної трудової діяльності (втрата професії, значне обмеження кваліфікації або зменшення обсягу професійної трудової діяльності більше ніж на 25 відсотків, значне утруднення в набутті професії чи працевлаштуванні осіб, які раніше ніколи не працювали та не мають професії);
- обмеження здатності до орієнтації I ступеня — здатність до орієнтації в часі, просторі за умови використання допоміжних засобів;
- обмеження здатності до спілкування I ступеня — здатність до спілкування, що характеризується зниженням швидкості, зменшенням обсягу засвоєння, отримання та передавання інформації;
- обмеження здатності контролювати свою поведінку I ступеня — здатність частково контролювати свою поведінку за особливих умов.



Особи з інвалідністю III групи з помірним обмеженням життєдіяльності можуть навчатися та виконувати різні види трудової діяльності за умови забезпечення у разі потреби засобами компенсації фізичних дефектів чи порушених функцій організму, здійснення реабілітаційних заходів.

Кожна група інвалідності визначається на певний термін із зазначенням терміну переогляду. Повторний огляд осіб працездатного віку може бути через 1–3 роки. Направлення на переогляд раніше визначеного терміну може бути лише в разі потреби переогляду групи внаслідок погіршення стану хворого.

У ряді випадків група інвалідності встановлюється безстроково, без зазначення строку переогляду, в разі: пенсійного віку інваліда; наявності стійких незворотних морфологічних і функціональних порушень; неефективності реабілітаційних заходів; несприятливого клінічного і трудового прогнозу.

У разі незгоди громадянина з рішенням районної, міжрайонної, міської МСЕК він має право подати протягом місяця письмову заяву до республіканської, обласної, центральної міської МСЕК або до МСЕК, в якій він проходив огляд, чи до відповідного управління охорони здоров'я.

Комісія, яка проводила огляд, або управління охорони здоров'я надсилають в *триденний термін* з дня отримання заяви всі наявні документи разом із заявою на розгляд республіканської, обласної, центральної міської МСЕК, які протягом місяця (з дня подання заяви) проводять переогляд хворого і приймають відповідне рішення.

Рішення Республіканської, обласної, центральної міської комісії може бути оскаржене в центральному органі виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я України.

МОЗ щодо виявлення фактів порушення законодавства про медико-соціальну експертизу доручає Центральній медико-соціальній експертній комісії центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, обласної комісії іншої області повторно розглянути з урахуванням усіх наявних обставин питання, з приводу якого оскаржується рішення, а також використовує інші заходи впливу щодо забезпечення дотримання законодавства під час введення медико-соціальної експертизи.

В особливо складних випадках Центральна медико-соціальна експертна комісія центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, республіканська, обласна, центральна міська комісія можуть направити осіб, які звертають-



ся для встановлення інвалідності, для проведення медико-соціального експертного обстеження в клініку Українського державного науково-дослідного інституту медико-соціальних проблем інвалідності (м. Дніпро) та Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів (м. Вінниця). Після обстеження зазначені науково-дослідні установи складають консультативні висновки, які для комісії мають рекомендаційний характер.

Рішення комісії може бути оскаржене в суді в установленому законодавством порядку. Справи щодо оскарження рішень медико-соціальної експертної комісії підлягають розгляду в порядку цивільного судочинства (пункт 10 постанови Пленуму Вищого спеціалізованого суду України з розгляду цивільних і кримінальних справ від 1 березня 2013 року № 3).

16.6. Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ)

Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я відома як МКФ, і є класифікацією доменів здоров'я і доменів, пов'язаних зі здоров'ям. Домен — це практичний і значимий набір взаємопов'язаних фізіологічних функцій, анатомічних структур, дій, завдань і сфер життєдіяльності.

Домени описані з позицій організму, індивіда і суспільства за допомогою двох основних переліків: *функції і структури організму та домени соціальної активності та участі в суспільному житті*.

З огляду на те, що функціональне здоров'я індивіда залежить від зовнішніх умов, міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я містить перелік факторів навколишнього середовища, які взаємодіють з усіма цими категоріями. Як класифікація, міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я системно групує різні домени індивіда з певною зміною здоров'я (наприклад, домен вказує, що індивід виконує або здатний виконувати у зв'язку із захворюванням або розладом). Функціонування є загальним терміном для констатації позитивного або нейтрального аспектів функцій організму, активності й участі, аналогічно термін обмеження життєдіяльності відноситься до всіх порушень, обмеженням активності і можливості участі. Крім того, міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я містить перелік факторів навколишнього середовища, які взаємодіють з усіма цими категоріями.



Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я є стандартом ВООЗ в області вимірювання стану здоров'я та інвалідності як на рівні індивіда, так і на рівні населення. Цей документи був офіційно схвалений всіма країнами-членами ВООЗ на п'ятдесят четвертій сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я 22 травня 2001 року (резолюція WHA 54,21). На відміну від своєї попередниці, МКФ була схвалена для застосування в країнах-членах ВООЗ в якості міжнародного стандарту для опису і виміру ступеня порушень здоров'я.

МКБ — XI і МКФ доповнюють одна одну, отже є рекомендація застосувати обидві класифікації одночасно. У МКБ — XI захворювання, розлади або інші зміни здоров'я забезпечуються діагнозом, який доповнюється інформацією МКФ про функціонування. Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я використовується для формулювання реабілітаційного діагнозу, який пов'язаний зі станом пацієнта на момент огляду. Реабілітаційний діагноз є переліком проблем пацієнта, які визначають функціонування пацієнта та наявні значущі проблеми. ВООЗ рекомендує використовувати міжнародну класифікацію функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я для управління процесом медичної реабілітації. Спільна інформація, стосовно діагнозу та функціонування дає більш широкую і детальну картину здоров'я людей або популяцій, яка може бути використана при прийнятті рішень.

Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я пропонує розглядати поняття «здоров'я» та «інвалідність» у новому вимірі: *кожна людина може зазнати погіршення стану здоров'я, що передбачає певний рівень обмеження його можливостей.*

Згідно міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я, *обмеження можливостей або працездатності не є явищем, характерним лише для невеликої групи населення.* Таким чином, обмеження можливостей або працездатності визнається в якості універсального людського досвіду.

Зміщуючи фокус від причини захворювання до його наслідків, міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дозволяє здійснювати оцінку різних рівнів здоров'я за універсальною шкалою здоров'я та інвалідності.

Більш того, міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я враховує соціальні аспекти інвалідності і не розглядає інвалідність лише в якості «медичної» або «біологічної» дисфункції.



Включаючи контекстуальні фактори, серед яких фактор навколишнього середовища, міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дозволяє враховувати вплив навколишнього середовища на життєдіяльність людини.

Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я — це багатоцільова класифікація, розроблена для використання в різних дисциплінах і областях (Табл. 16.1). Її специфічні цілі можуть бути визначені наступним чином:

- Забезпечити наукову основу для розуміння і вивчення показників здоров'я і показників, пов'язаних зі здоров'ям, результати втручань і фактори, які це визначають;
- Сформувати спільну мову для опису показників здоров'я і показників, пов'язаних зі здоров'ям, з метою поліпшення взаєморозуміння між різними користувачами: працівниками охорони здоров'я, дослідниками, адміністраторами та суспільством, включаючи людей з обмеженнями життєдіяльності;
- Зробити інформацію легкою для порівняння в різних країнах, сферах охорони здоров'я, службах та в часі;
- Забезпечити систематизовану схему кодування для інформаційних систем здоров'я.

Ці цілі виявилися взаємопов'язаними, оскільки необхідність застосування МКФ змусила створити багатозначну і практичну систему, якою можуть користуватись різні споживачі в управлінні охороною здоров'я, при контролі його якості та оцінці ефективності в різних культурах.

Міжнародну класифікацію функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я використовують для різних цілей, наприклад: як статистичний інструмент для збору та накопичення інформації (наприклад, при популяційних дослідженнях, епідеміологічному моніторингу або при створенні інформаційних систем); як інструмент досліджень для оцінки результатів втручань, якості життя або факторів навколишнього середовища; як клінічний інструмент для оцінки потреб, порівняння варіантів терапії, оцінки професійної придатності, реабілітації та оцінки результатів втручань; як інструмент соціальної політики для планування заходів соціального захисту, компенсацийних систем, їх політики і реалізації; як інструмент навчання для розробки навчальних планів, пропаганди і проведення громадських акцій.

Оскільки міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я, безумовно, є класифікацією здоров'я і всіх обста-



вин, пов'язаних зі здоров'ям, вона використовується і в таких областях, як страхування, соціальний захист, працевлаштування, освіта, економіка, соціальна політика, законодавство, гігієна. Вона прийнята в ООН як одна з соціальних класифікацій, на яку посилаються і в якій реалізуються «Стандартні правила щодо створення рівних можливостей для осіб з обмеженнями життєдіяльності». Таким чином, міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я є зручним інструментом для реалізації прийнятих міжнародних документів з прав людини, а також національного законодавства.

Таблиця 16.1

Однорівнева міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ)

Класи «складових здоров'я»			
Функції організму	Структура організму	Активність і участь	Фактори навколишнього середовища
1. Розумові 2. Сенсорні і біль 3. Голоси та мовлення 4. Серцево-судинної, крові, імунної та дихальної систем 5. Травної, ендокринної систем і метаболізму 6. Урогенітальні і репродуктивні 7. Нейром'язові, скелетні і пов'язані з рухом 8. Шкіри і пов'язані з нею структур	1. Нервова система 2. Око, вухо і пов'язані з ними структури 3. Беруть участь в голосоутворенні та мовленні 4. Серцево-судинної, імунної та дихальної систем 5. Ті, що стосуються травної системи, метаболізму і ендокринної системи 6. Ті, що стосуються урогенітальної і репродуктивної систем 7. Зміни, пов'язані з рухом 8. Шкіра та пов'язані з нею структури	1. Навчання та застосування знань 2. Загальні завдання і вимоги 3. Спілкування 4. Мобільність 5. Самообслуговування 6. Побутове життя 7. Міжособистісні взаємодії і відносини 8. Головні сфери життя 9. Життя в спільнотах, громадське життя	1. Продукція та технології 2. Природне оточення і зміни навколишнього середовища, здійснені людиною 3. Підтримка і взаємозв'язок 4. Установки 5. Служби, адміністративні системи і політика



16.7. Реабілітація осіб з обмеженими можливостями

Важливе значення для відновлення працездатності людини відіграють реабілітаційні заходи. Комітет ВООЗ (1980) визначив *реабілітацію* як активний процес, метою якого є досягнення повного відновлення порушених внаслідок захворювання або травми функцій, або, якщо це неможливо — оптимальна реалізація фізичного, психічного і соціального потенціалу інваліда, найбільш адекватна інтеграція його в суспільство.

Таким чином, реабілітація включає заходи щодо запобігання інвалідності під час захворювання і допомогу індивіду у досягненні максимальної фізичної, психічної, соціальної, професійної та економічної повноцінності, на яку він буде здатний в рамках існуючого захворювання. Серед інших медичних реабілітаційних заходів особливе місце посідають функціональні можливості людини в його повсякденному житті після виписки з медичної установи.

Згідно з міжнародною класифікацією ВООЗ, прийнятої в Женеві у 1980 році, виділяють такі рівні медико-біологічних і психо-соціальних наслідків хвороби та травми, які повинні враховуватися при проведенні реабілітації: *ушкодження* (impairment англ.) — будь-яка аномалія або втрата анатомічних, фізіологічних, психологічних структур або функцій; *порушення життєдіяльності* (disability англ.) — виникають в результаті пошкодження, втрати або обмеження можливості здійснювати повсякденну діяльність в манері або межах, що вважаються нормальними для людського суспільства; *соціальні обмеження* (handicap англ.) — виникають в результаті пошкодження і порушення життєдіяльності обмеження і перешкоди для виконання соціальної ролі, яка вважається нормальною для даного індивідуума.

До видів реабілітації відносяться: медична, соціальна, професійна, крім цього виділяють спеціальну реабілітаційну підготовку дітей.

Відповідно до індивідуальної програми реабілітації людини з інвалідністю МСЕК для кожної розробляє рекомендації за участі лікуючого лікаря.

МСЕК визначає за станом здоров'я конкретної людини з інвалідістю сприятливі види трудової діяльності і умови роботи для відновлення порушених функцій організму, перевіряє відповідність умов праці своїм висновкам.



РОЗДІЛ 4

УПРАВЛІННЯ ТА КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ В УКРАЇНІ

ТЕМА 17. ЯКІСТЬ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ. ЛІЦЕНЗУВАННЯ ТА АКРЕДИТАЦІЯ. МЕТОДИКА ПРОВЕДЕННЯ ЕКСПЕРТНИХ ОЦІНОК ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ

17.1. Забезпечення якості та безпеки медичної практики, допомоги пацієнтам та регулювання медичної сфери

На сучасному етапі розвитку системи охорони здоров'я якість медичної допомоги вважається основною цільовою функцією й одночасно критерієм діяльності системи охорони здоров'я від нижчої її ланки — установи охорони здоров'я, до вищої — Міністерства охорони здоров'я України.

Якість медичної допомоги є основною вимогою, поставленою сьогодні перед охороною здоров'я в Україні і в усьому світі, а також найважливішим фактором, що впливає на ефективність галузі. Всесвітня Організація Охорони Здоров'я (ВООЗ) у своїх рекомендаціях зазначає, що «діяльність із забезпечення якості має керуватися міркуваннями ефективності, продуктивності і ризику заради поліпшення медичної допомоги, яка принесла б оптимальні результати». У зв'язку з цим методи вивчення якості мають бути найбільш адекватними для виявлення і використання ознак якості з метою ефективного вирішення проблем медичної допомоги і подальшого вдосконалення системи охорони здоров'я. Таким вимогам, поряд з іншими методами, здебільшого відповідає широко відомий метод експертної оцінки.

Проблема якості в охороні здоров'я є комплексною, складною і пов'язана з великою кількістю чинників: соціальних, економічних, організаційних, кадрових, технічних, інформаційних, медичних та інших. Водночас успішне вирішення питань якості діяльності установ охорони здоров'я більш ніж на дві третини визначає високий рівень кінцевих результатів, підвищує ефективність проведених заходів у сфері охорони здоров'я.



Значна кількість медичних втручань, в тому числі в різних країнах Європейського союзу, здійснюється на рівні нижчому за передбачуваний. Виявлено, що багато клінічних процедур — недоцільні і нерентабельні, а 20–30% медичних втручань є неефективними (непотрібними або шкідливими). Реєструються надзвичайно великі відмінності в результатах медичної допомоги не тільки між країнами або регіонами однієї країни, а й між окремими установами та лікарями.

В Україні рівень якості медичної допомоги, за даними експертних оцінок, є досить низьким — інтегральний показник якості лікування становить приблизно 56%. Населення невдоволене якістю надання медичної допомоги, про що свідчать результати соціологічних опитувань — більше 75% опитаних оцінює якість послуг з охорони здоров'я як низьку. Низька якість медичної допомоги обмежує можливості впливу на здоров'я населення та призводить до марнотратного витрачання обмежених коштів системи.

Таким чином, проблема забезпечення та оцінки якості медичної допомоги населенню є однією з найважливіших для будь-якої системи охорони здоров'я і обумовлює необхідність використання найбільш об'єктивних методів оцінки якісних характеристик її діяльності.

17.2. Державне регулювання якості медичної допомоги

Ефективне управління якістю медичної допомоги неможливе без створення нормативно-правової бази, яка регламентує надання медичної допомоги на всіх рівнях.

Нормативно-правова база галузі — це система взаємопов'язаних нормативно-правових актів від закону до нормативно-технічного документа, обов'язкових до виконання всіма установами охорони здоров'я, незалежно від форми власності.

Законодавчі акти забезпечують контроль і управління якістю медичної допомоги в Україні:

- Наказ МОЗ України від 05.02.2016 № 69 «Про організацію клініко-експертної оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування»;
- Наказ МОЗ України від 18.12.2013 № 1110 «Про утворення клініко-експертної комісії Міністерства охорони здоров'я України»;
- «Про організацію клініко-експертної оцінки якості медичної допомоги» (Наказ МОЗ України від 06.08.2013 № 693);



- «Про порядок контролю якості медичної допомоги» (Наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 752);
- «Про затвердження Плану заходів МОЗ України по виконанню Концепції управління якістю медичної допомоги в області охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року» (Наказ МОЗ України від 21.09.2012 № 732);
- «Про затвердження Галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року» (Наказ МОЗ України від 16.09.2011 № 597 зі змінами згідно наказу МОЗ України від 23.05.2014 № 355);
- Наказ МОЗ України від 02.11.2011 № 743 «Індикатори якості медичної допомоги»;
- «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги в області охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року» (Наказ МОЗ України від 01.08.2011 № 454);
- Наказ МОЗ України АМН України від 11.03.2011 № 141/21 «Про затвердження методичних рекомендацій» Уніфікована методика розробки індикаторів якості медичної допомоги»;
- Доручення Президента України по реформуванню системи охорони здоров'я, що направлена на підвищення якості та доступності медичної допомоги для громадян України від 19 листопада 2010 року;
- «Про затвердження Уніфікованої методики по розробці клінічних посібників, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на принципах доказової медицини (частина перша)» (Наказ МОЗ України та АМН України від 19.02.2009 № 102/18);
- «Про Порядок контролю та управління якістю медичної допомоги» (Наказ МОЗ України від 26.03.2009 № 189);
- «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 26.03.2009 № 189 «Про порядок контролю та управління якістю медичної допомоги».
- «Про затвердження Порядку державної акредитації закладу охорони здоров'я» (Постанова КМУ № 765 від 15.07.1997).

Для удосконалення системи контролю якості в структурі Міністерства охорони здоров'я було створено самостійний підрозділ — департамент інспектування та контролю якості медичних послуг.

17.3. Визначення понять «якість» та «якість медичної допомоги»

Якість є парною категорією з кількістю, кількість на певному етапі переходить в якість (закон взаємопереходу Гегеля).



Якість — це властивість товару або послуги, як соціально-економічної категорії (В.З. Кучеренко, І.С. Мільнікова).

Якість — це сукупність характеристик об'єкта, що стосуються його здатності задовольняти встановлені та передбачувані потреби (міжнародний стандарт серії ISO 8402: 1994).

Якість — це ступінь, на якому сукупність власних характеристик об'єкта відповідає вимогам (міжнародні стандарти ISO серії 9000, 2000 р.).

Якість — це сукупність властивостей об'єкта, які дозволяють йому задовольняти різні рівні потреб та знаходяться в постійному русі, зміні, перетворенні.

Якість медичної допомоги — це зміст взаємодії лікаря і пацієнта, заснований на кваліфікації професіонала. Це здатність медичного спеціаліста зменшувати ризик прогресування захворювання, яке є у пацієнта, а також запобігати виникненню нового патологічного процесу, оптимально використовуючи ресурси медицини та забезпечуючи задоволеність пацієнта системою охорони здоров'я (ВООЗ, 1986).

Якість медичної допомоги — це точне (відповідно до стандартів) виконання різних видів медичного втручання, які вважаються безпечними, доступні фінансово для даного суспільства і здатні позитивно вплинути на рівень смертності, захворюваності, непрацездатності та нераціонального харчування (ВООЗ, 1998).

Якість медичної допомоги — це сукупність характеристик, що підтверджують відповідність наданої медичної допомоги потребам пацієнта, його очікуванням, сучасному рівню медичної науки і технології. Це задоволення потреб та розумних очікувань пацієнта.

Є цілком очевидним, що поняття «якість медичної допомоги» можуть розуміти і трактувати по-різному залежно від того, з позиції чиїх інтересів оцінюються підсумки медичної діяльності. Так, для пацієнта найважливішим, швидше за все, буде те, наскільки результати лікування виправдали його сподівання й очікування. Для лікаря — якою мірою фактичний підсумок його роботи відповідає тому стану пацієнта, на який він (лікар) розраховував, визначаючись з характером патофізіологічних відхилень і плануючи схему лікування. Для лікарів-консультантів суміжних спеціальностей особливо важливим буде оцінити, наскільки повно при розробці схеми лікування були враховані різні супутні захворювання і фізіологічні особливості пацієнта. Для клінічного фармаколога — наскільки грамотно й ефективно була підібрана комбінація ліків та інших методів впливу з урахуванням їх сумісності і взаємовпливу. Для експертів системи зовніш-



нього контролю — чи відповідає реальний результат роботи медичного персоналу (спеціаліста) певним технологічним і економічним стандартам, передбаченим для даного захворювання.

17.4. Класичний підхід в забезпеченні якості медичної допомоги, запропонований А. Донабедіаном

Американський дослідник А. Донабедіан (1919–2000) у 1966 році запропонував підхід до забезпечення й оцінки якості медичної допомоги, який приніс йому світове визнання. А. Донабедіан виділив три головні напрямки роботи щодо забезпечення якості медичної допомоги: вдосконалення структури, процесу та результату. Взаємозв'язок *структури, процесу та результату* отримав назву «тріада Донабедіана»:

Ресурси (структура) — включають оцінку рівня організації роботи персоналу та його кваліфікацію; рівня матеріально-технічного забезпечення та його відповідність стандарту лікувально-профілактичної допомоги; оцінку рівня фінансування та медикаментозного забезпечення.

Процес (технології) — включають стандарти технологій лікування, діагностики, профілактики (надання медичної допомоги). Якість процесу встановлюється на основі того, що саме, в якому порядку та в який термін має бути виконано, виходячи з ретельно оброблених стандартів медичної допомоги (клінічних протоколів).

Результати включають стандарт лікування, профілактики, діагностики, реабілітації, навчання тощо. Результат — це зміна поточного і майбутнього стану здоров'я пацієнта порівнюючи з попереднім. При цьому необхідно обов'язково врахувати соціальні та психологічні атрибути здоров'я. Оцінка медичної допомоги повинна проводитись на основі проміжних та кінцевих результатів, пов'язуючи оплату з цією оцінкою. Якщо результат буде головним критерієм якості, то для всієї системи і для кожного її учасника головною метою діяльності буде не тільки об'єм послуг, суворе дотримання стандартів процесу надання медичної допомоги, а й позитивні зміни стану здоров'я пацієнта.

Оціночні критерії якості медичної допомоги. До основних критеріїв якості медичної допомоги прийнято відносити наступні її характеристики:

Доступність медичної допомоги — це вільний доступ до служб охорони здоров'я незалежно від географічних, економічних, соціальних, культурних, організаційних чи мовних бар'єрів. Доступність медичної допомоги є найважливішою умовою надання медичної допомоги населенню в усіх



країнах світу, що відображає як економічні можливості держави в цілому, так і можливості конкретної людини.

Своєчасність медичної допомоги — це надання медичної допомоги за потреби, тобто за медичними показаннями, швидко і за відсутності черги. Своєчасність надання допомоги конкретизує і доповнює критерій її доступності та здебільшого забезпечується високоефективними діагностичними процедурами. Це дозволяє розпочати лікування вчасно, використовуючи високий рівень підготовки лікарів і стандартизацію процесу надання допомоги.

Ефективність та дієвість — відповідність фактично наданої медичної допомоги оптимальному для конкретних умов результату. Ефективна охорона здоров'я повинна забезпечувати оптимальну (при наявних ресурсах), а не максимальну медичну допомогу, відповідати стандартам якості і нормам етики. ВООЗ визначає оптимальну медичну допомогу так: це належне проведення (відповідно до стандартів) всіх заходів, які є безпечними і прийнятними в сенсі витрачених коштів, існуючих в даній системі охорони здоров'я.

Адекватність — це показник відповідності технології медичного обслуговування потреб та очікувань населення в рамках прийнятної для пацієнта якості життя. Адекватність включає характеристики доступності та своєчасності медичної допомоги, яка розуміється як можливість отримання споживачем необхідної йому допомоги в потрібний час, в зручному для нього місці, в достатньому обсязі та з прийнятними витратами.

Наступність і безперервність медичної допомоги — це координація діяльності в процесі надання пацієнту медичної допомоги в різний час, різними фахівцями і лікувальними установами. Наступність при наданні медичної допомоги значною мірою забезпечується стандартними вимогами до медичної документації, технічного оснащення, процесу і персоналу. Така координація діяльності медпрацівників гарантує стабільність процесу лікування і його результату.

Безпека медичної допомоги — критерій гарантії безпеки для життя і здоров'я пацієнта і відсутності шкідливих впливів на хворого і лікаря в конкретному медичному закладі з урахуванням санітарно-епідеміологічної безпеки.

Орієнтованість на пацієнта, його задоволеність — означає участь пацієнта в прийнятті рішень при наданні медичної допомоги і задоволеність її результатами. Цей критерій відображає права пацієнтів не тільки на якісну медичну допомогу, а й на уважне та чуйне ставлення медперсо-



налу і включає необхідність інформованої згоди на медичне втручання і дотримання інших прав пацієнтів.

Науково-технічний рівень застосовуваних методів лікування, діагностики та профілактики — дозволяє оцінити ступінь повноти надання допомоги з урахуванням сучасних досягнень в області медичних знань та технологій.

Економічність — означає співвідношення між фактичним впливом заходів з охорони здоров'я та їх вартістю.

На оцінку якості медичної допомоги впливає також дотримання етичних норм і правил, можливість вибору споживачем постачальників медичних послуг, справедливість при розподілі медичної допомоги та пільг серед населення.

Індикаторами якості в медицині можуть бути: частка (відсоток) випадків повторної госпіталізації; частка (відсоток) лікарів та лікувально-профілактичних закладів, що виконують клінічні рекомендації; рейтинги задоволеності пацієнтів медичною допомогою.

17.5. Стандартизація в системі забезпечення якості медичної допомоги

Першочергове значення для управління якістю має стандартизація, спрямована на досягнення оптимального ступеня впорядкування в охороні здоров'я шляхом розробки і встановлення вимог, норм, правил, характеристик умов, продукції, технологій, робіт, послуг, що застосовуються в охороні здоров'я.

Стандартизація є пріоритетним напрямком сучасного розвитку охорони здоров'я більшості економічно розвинених країн світу. В Україні об'єктами стандартизації в охороні здоров'я мають бути всі складові медичного обслуговування: організаційні технології; медичні послуги, технологія виконання медичних послуг; технічне забезпечення виконання медичних послуг; кваліфікація медичного, фармацевтичного, допоміжного персоналу; економічні аспекти охорони здоров'я; виробництво, умови реалізації, якість лікарських засобів та медичної техніки; обліково-звітна документація, яка використовується в системі охорони здоров'я, інформаційні технології та інші.

Стандарти можуть бути *рекомендаційними та законодавчими*.

Серед стандартів виділяють стандарти ресурсів охорони здоров'я, стандарти медичних служб і закладів, технологічні стандарти, стандарти програм медичної допомоги, медико-економічні стандарти, комплексні стандарти та інші.



Завдання стандартів: підвищити якість медичної допомоги, зменшити дублювання роботи, скоротити тривалість лікування, підвищити безпеку хворих і захист медичних працівників від необгрунтованих звинувачень, забезпечити можливість оцінки необхідних ресурсів. Науково-медична інформація високого рівня доказовості узагальнена в клінічних посібниках (клінічних рекомендаціях), які є джерелом стандартів медичної допомоги.

Стандарт — це нормативний документ, який визначає перелік правил, норм і вимог для досягнення оптимального ступеня впорядкування в охороні здоров'я.

Стандарт розробляється збалансовано з фінансовими ресурсами системи охорони здоров'я окремої країни, ґрунтуючись на «золотому стандарті», прийнятому в розвинених країнах.

Уніфікована методика з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (маршрутів пацієнта) на засадах доказової медицини передбачає створення і впровадження:

- на державному рівні — клінічних настанов/рекомендацій (КР), стандарту медичної допомоги (СМД) й уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги (УКПМД);
- на регіональному рівні — локального протоколу медичної допомоги (клінічного маршруту пацієнта).

Клінічні рекомендації — це документ, що містить систематизовані положення про медичну та медико-соціальну допомогу, розроблені з використанням методології доказової медицини на основі підтвердження їх надійності та доведеності, який має на меті надання допомоги лікарю і пацієнту в прийнятті раціонального рішення в різних клінічних ситуаціях.

Стандарт медичної допомоги (медичний стандарт) — це сукупність норм, правил і нормативів, а також показників (індикаторів) якості надання медичної допомоги відповідного виду, які розробляються з урахуванням сучасного рівня розвитку медичної науки і практики. Це нормативний документ державного рівня, який розробляється на основі клінічних настанов з урахуванням можливостей системи охорони здоров'я і затверджується Міністерством охорони здоров'я.

Клінічний протокол медичної допомоги (Клінічний протокол) є уніфікованим документом, який визначає вимоги до діагностичних, лікувальних, профілактичних та реабілітаційних методів надання медичної допомоги та їх послідовності. Це нормативний документ державного рівня, який розробляється на основі клінічних настанов з урахуванням мож-



ливостей системи охорони здоров'я (у разі наявності стандарту медичної допомоги — відповідно до нього). Покроково визначає процес надання медичної допомоги, обсяг і її результати при певному захворюванні. Затверджується він Міністерством охорони здоров'я.

Локальний протокол медичної допомоги (клінічний маршрут пацієнта) — це нормативний документ регіонального рівня, спрямований на забезпечення надання безперервної, ефективної та економічно доцільної медичної допомоги при певних захворюваннях та інших патологічних станах відповідно до уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги. Він забезпечує координацію та упорядкування за часовим графіком технологій та методів надання медичної допомоги багатодисциплінарного змісту, регламентує реєстрацію медичної інформації і ведення клінічного аудиту. Утверджується генеральним директором закладу охорони здоров'я.

Існує образний вислів, що розкриває суть відмінностей між клінічними рекомендаціями, медичним стандартом і клінічним протоколом: рекомендації і стандарти відповідають на питання «Що повинно бути зроблено?», а протокол на питання «Як повинно бути виконано?».

17.6. Акредитація та ліцензування. Контроль якості медичної допомоги

У більшості країн світу, в тому числі і в Україні, контроль якості роботи медичних установ забезпечується їх ліцензуванням й акредитацією.

Акредитація (від лат. — «надання довіри»). Державна акредитація закладу охорони здоров'я — це офіційне визнання статусу закладу охорони здоров'я, наявності в ньому умов для надання певного рівня медико-санітарної допомоги, підтвердження його відповідності встановленим стандартам, нормам, правилам і гарантії високої якості професійної діяльності. Акредитації підлягають всі заклади охорони здоров'я України. Її проводять 1 раз на три роки, незалежно від форми власності.

Для організації та проведення акредитації закладів охорони здоров'я розробляють стандарти якості акредитації.

Ліцензування — це процес, за допомогою якого державні органи надають дозвіл суб'єктам підприємницької діяльності (особі або організації, юридичним і фізичним особам всіх форм власності), зазвичай після перевірки відповідності мінімальним обов'язковим стандартам, займатися професійною діяльністю у сфері охорони здоров'я. Також це засіб контролю держави за дотриманням вимог законодавства, щодо ліцензова-



них видів діяльності. Процедура ліцензування заснована на всебічному аналізі стану установ, їх кадрів, оснащення, роботи. Ліцензія підтверджує певний мінімально необхідний стандарт якості установи для участі в наданні медичних послуг.

Сертифікація (від лат.) — «підтвердження довіри», «правильно роблю» — формальне визнання відповідності встановленим стандартам, затверджене зовнішньою оцінкою уповноваженого аудитора.

Контроль якості медичної допомоги може бути внутрішнім (відомчим) — його проводять адміністрації лікувально-профілактичних установ і медичні асоціації, а також зовнішнім (позавідомчим) — його проводять громадські асоціації.

Система внутрішнього (відомчого) контролю якості передбачає: розрахунок та аналіз показників, що характеризують якість й ефективність медичної допомоги; виявлення і аналіз недоліків, лікарських помилок та інших чинників, що викликають негативний вплив і призводять до зниження якості та ефективності медичної допомоги; підготовку рекомендацій щодо попередження лікарських помилок і недоліків в роботі, а також поліпшення якості та ефективності медичної допомоги; вивчення задоволеності пацієнтів, їх взаємодію з системою охорони здоров'я; вибір раціональних управлінських рішень та проведення оперативних заходів, що коригують контроль їх реалізації.

Зовнішній (позавідомчий) контроль відображено на Рис. 17.1.



Рис. 17.1. Зовнішній позавідомчий контроль



Зовнішній контроль якості медичної допомоги — це контроль дотримання державних вимог щодо якості медичної допомоги. Зовнішній контроль якості медичної допомоги може бути попереджувальним або поточним.

Попереджувальний зовнішній контроль — це контроль, спрямований на забезпечення певних гарантій якості. Здійснюється шляхом ліцензування господарської діяльності з медичної практики, державної акредитації закладів охорони здоров'я та атестації лікарів та молодших медичних спеціалістів.

Поточний зовнішній контроль — це контроль, спрямований на визначення ступеня відповідності діяльності і конкретних результатів роботи закладів охорони здоров'я державним вимогам медичних стандартів, нормативів і клінічних протоколів медичної допомоги.

В охороні здоров'я необхідно забезпечити або контролювати якість: медичних установ; фахівців; послуг (профілактичних, діагностичних, лікувальних, реабілітаційних та ін.); предметів медичного призначення (ліків, перев'язувальних засобів, обладнання, різних пристосувань і ін.); медичної інформації (медична література, різноманітні інформаційно-пошукові системи з використанням ЕОМ, нові методи, методики, ідеї тощо).

Якість медичних працівників визначається системою медичної освіти, атестації та сертифікації фахівців, створенням економічних стимулів висококваліфікованої і якісної роботи.

За допомогою ліцензування, акредитації та сертифікації держава, за участі професійних асоціацій та представників зацікавлених організацій, можна певною мірою організувати управління якістю в охороні здоров'я.

Найбільш актуальною і важкою проблемою залишається контроль якості медичної допомоги (або обслуговування). **Медичні послуги** — це різні види діяльності в галузі охорони здоров'я, які задовольняють потреби в профілактиці, діагностиці, лікуванні та реабілітації — це особливий вид товару. Медичні послуги, як товар, мають ряд властивостей, які вкрай ускладнюють контроль їх якості. Це невідчутність послуг до моменту отримання (їх можна заздалегідь оцінити за допомогою органів чуття або технічних засобів), невіддільність від джерела, будь то людина або машина (послуга реально існує тільки під час її надання фахівцями, без виконавця відсутня і послуга), незбереженість (послуга існує тільки при взаємодії виробника і споживача, зберегти її після закінчення цієї взаємодії не можна). Мінливість якості пов'язана з трьома попередніми властивостями.



Вітчизняний і зарубіжний досвід дозволяє виділити 3 підходи до контролю якості в охороні здоров'я:

- структурний;
- процесуальний;
- за кінцевим результатом (МКР, інтегральний коефіцієнт ефективності медичного обслуговування та інші).

Структурний підхід реалізується в ліцензуванні та акредитації медичних установ, атестації та сертифікації фахівців. У підсумку, установи, медикаменти, матеріали, обладнання, фахівці забезпечують високоякісні медичні послуги.

Велике значення для структурного підходу до контролю якості в установах охорони здоров'я має управління кадрами, тобто їх підбір, підготовка, організація праці і стимулювання.

Процесуальний підхід повинен доповнювати структурний підхід до контролю якості та вимагає участі експертів.

Контроль якості за кінцевим результатом точніше було б назвати контролем ефективності, як елемента якості. Оцінюючи можливості контролю якості в охороні здоров'я за кінцевим результатом, необхідно відповісти на питання, яким має бути результат. Планування кінцевого результату діяльності вимагає реальної оцінки факторів, які на нього впливають. На кінцевий результат в охороні здоров'я впливає величезна кількість некерованих факторів. Нині, на жаль, планування результату і його оцінка недосконалі і базуються швидше на професійній інтуїції, а не на об'єктивних методах.

Методика оцінки якості лікування. В 1996 році Г.Н. Царик запропонував для оцінки якості лікування використовувати рівень якості лікування хворого (РЯЛх).

Ця методика складається з оцінки якості діагностики і лікування хворого, оцінки якості лікувальної роботи лікаря і оцінки лікувальної роботи установи в цілому.

Контроль якості медичної допомоги населенню проводиться на всіх рівнях її надання: лікар, структурний підрозділ КНП (відділення), комунальне неприбуткове підприємство в цілому та інші.

Ступені контролю якості: перший — завідувач структурного підрозділу; другий — заступник генерального директора КНП з лікувальної роботи; третій — експертна комісія КНП; четвертий — експертна комісія департаменту охорони здоров'я миськради; п'ятий — експертна комісія департаменту охорони здоров'я обласної адміністрації.



На першому і другому ступенях контроль якості лікування проводять у хворих, які закінчили лікування (в поліклініці або стаціонарі). Перший ступінь контролю здійснюється завідувачем відділення. Він оцінює якість лікування хворих (вибірково) та якість лікувальної роботи лікаря. Для цього використовують стандарти якості лікування хворих, розроблені експертною комісією. Щомісяця завідувач відділення аналізує до 30% медичних карт амбулаторних пацієнтів і всі медичні карти стаціонарних хворих. Порівнюючи результати щодо стандартів якості лікування, він визначає рівень якості лікування хворих і рівень якості роботи лікаря.

Другий ступінь контролю здійснює медичний директор КНП. Він аналізує якість лікування хворих (не менше 20% історій хвороб та 10% амбулаторних карт), якість експертної оцінки лікування, яке провів завідувач відділення, а також діяльність відділення в цілому за моделлю кінцевих результатів. Результати цього контролю оформлюють протоколом, який може бути розглянутий на 3-му ступені контролю.

Третій ступінь контролю передбачає оцінку якості медичної допомоги населенню, яка надається КНП. Цю роботу виконує експертна комісія, яка має в складі: медичного директора КНП, заступників директора з експертизи тимчасової непрацездатності і заступника з планово-фінансових питань. Очолює комісію генеральний директор. Комісія оцінює роботу різних підрозділів за їх МКР, а також роботу КНП в цілому по МКР цього закладу. Такий контроль може проводитись один раз у квартал, два рази на рік, один раз в кінці року (в залежності від показників діяльності).

Четвертий ступінь контролю здійснюється експертною комісією департаменту охорони здоров'я міської ради у складі провідних фахівців, заступника директора департаменту охорони здоров'я, економіста, завідувача організаційно-методичним відділом (кабінетом). Очолює комісію начальник департаменту охорони здоров'я. Комісія оцінює діяльність кожного КНП за моделлю кінцевих результатів (МКР).

П'ятий ступінь контролю здійснюється експертною комісією департаменту охорони здоров'я обласної адміністрації.

До системи контролю якості надання медичної допомоги відносяться також штрафні санкції, які вводяться тоді, коли виявляються завищення показників в оцінці якості лікування, в роботі підрозділів або КНП в цілому. Вони можуть бути економічними та адміністративними.

Контроль якості медичної допомоги проводять з метою виявлення недоліків в її наданні, розробці заходів щодо їх усунення шляхом прийняття



необхідних управлінських рішень. Кінцевий результат цього — підвищення якості медичної допомоги, поліпшення стану здоров'я населення.

Розглянемо методику розрахунку кількісних показників якості надання медичної допомоги хворому та якості лікувальної роботи лікаря — перший ступінь контролю. Для засвоєння цієї методики потрібно ознайомитись з основними термінами та їх тлумаченням.

Стандарт якості лікування (СЯЛ) — це перелік оптимально необхідних при даному захворюванні (або клініко-статистичної групи захворювань) лабораторно-інструментальних обстежень, основних лікувальних заходів, оглядів хворих іншими фахівцями, які мають бути зроблені в процесі лікування, при цьому повинні бути досягнуті критерії одужання (нормалізація або позитивні зрушення в лабораторних аналізах, функціональних дослідженнях, стану здоров'я та ін.). Стандарт якості лікування розробляється експертною комісією кваліфікованих фахівців для кожного типу лікувально-профілактичного закладу, для лікування хворих в амбулаторно-поліклінічних або стаціонарних умовах та інше.

Якість лікувальної роботи лікаря оцінюється за рівнем якості лікування хворих.

Рівень якості лікування хворих (РЯЛх) — це показник, який дає числову оцінку лікувально-діагностичного процесу з урахуванням кінцевого результату і визначає ступінь досягнення стандарту якості лікування (СЯЛ). Для визначення рівня якості лікування хворого на основі стандартів якості, за допомогою експертів розробляються шкали оцінки діагностичних заходів (ОДЗ), оцінки діагнозу (ОД), оцінки лікувально-оздоровчих заходів (ОЛЗ), оцінки стану здоров'я пацієнта після закінчення лікування і реабілітації (ОЯ).

Шкала оцінки стану здоров'я пацієнта після закінчення лікування та реабілітації (ОЯ) — це градуйована у відсотках (%) шкала, яка визначає ступінь виконання лікувально-профілактичних заходів відносно стандарту якості з урахуванням критеріїв одужання та виконання набору діагностичних заходів (Табл. 17.1).



Таблиця 17.1.

**Шкала оцінки стану здоров'я пацієнта
після закінчення лікування та реабілітації (ОЯ, %)**

№ п/п	Оцінка стану здоров'я	Оцінка в %
1.	Очікувані результати лікувально-профілактичного процесу та реабілітації практично відсутні	0
2.	Незначне поліпшення стану здоров'я при явних відхиленнях результатів параклінічних досліджень від нормативних значень	50,0
3.	Очікуваних результатів лікувально-профілактичного процесу та реабілітації досягнуто, проте спостерігаються помірні відхилення результатів параклінічних досліджень від нормативних значень	75,0
4.	Отримані результати лікувально-профілактичного процесу та реабілітації повністю відповідають очікуваним результатам	100,0

Шкала оцінки діагностичних заходів (Табл. 17.2) — це градуйована у відсотках (%) шкала, яка визначає ступінь виконання лабораторно-інструментальних заходів щодо стандарту якості.

Таблиця 17.2.

Шкала оцінки діагностичних заходів (ОДЗ, %)

№ п/п	Повнота обстеження	Оцінка в %
1.	Діагностичне обстеження не проведено	0
2.	Виконано окремі малоінформативні обстеження	25,0
3.	Обстеження проведено наполовину	50,0
4.	Обстеження проведено майже повністю	75,0
5.	Обстеження проведено повністю	100,0

Оцінка якості лікування і набору заходів за цими шкалами проводиться експертом — завідувачем відділенням.

На основі цих оцінок розраховується рівень якості лікування хворого за формулою:



$$\text{РЯЛ}_x = \frac{\text{ОЯ} + \text{ОДЗ}}{200} \quad (17.1)$$

де, РЯЛ_x – рівень якості лікування хворого; ОЯ – оцінка стану здоров'я пацієнта у відсотках (за шкалою); ОДЗ – оцінка діагностичних заходів у відсотках (по шкалі); 200 – сума максимальних значень оцінок якості лікування та набору заходів.

Рівень якості лікувальної роботи лікаря (РЯЛР_n) – це показник, який складається з рівнів якості лікування хворих, що відібрані завідуючим відділення для експертної оцінки.

Він оцінюється за формулою:

$$\text{РЯЛР}_n = \frac{\text{РЯЛ}_x 1 + \text{РЯЛ}_x 2 + \text{РЯЛ}_x 3 + \dots}{n} \quad (17.2)$$

де РЯЛР_n – рівень якості лікувальної роботи лікаря; $\text{РЯЛ}_x 1$, $\text{РЯЛ}_x 2$, $\text{РЯЛ}_x 3$ – це рівні якості лікування окремих хворих; n – кількість хворих.

Рівень якості лікувальної роботи КНП складається з рівнів якості лікувальної роботи лікарів:

$$\text{РЯЛР}_{\text{кнп}} = \frac{\text{РЯЛР}_n 1 + \text{РЯЛР}_n 2 + \text{РЯЛР}_n 3 + \dots}{n} \quad (17.3)$$

де $\text{РЯЛР}_{\text{кнп}}$ – рівень якості лікувальної роботи КНП; $\text{РЯЛР}_n 1$, $\text{РЯЛР}_n 2$, $\text{РЯЛР}_n 3 \dots$ – рівні якості лікувальної роботи кожного лікаря КНП; n – кількість лікарів.

При оцінці якості надання медичних послуг населенню необхідно правильно користуватися критеріями, які характеризують якість. Регіональне бюро ВООЗ для Європи дає такі визначення:

- *ефективність* – співвідношення між фактичною дією служби і максимальним впливом, який ця служба чи програма може здійснити в ідеальних умовах;
- *економічність* – співвідношення між фактичним впливом служби або програми та її вартістю;
- *адекватність* – відповідність фактичного обслуговування його цілям і методам реалізації.
- *науково-технічний рівень* – застосування наявних медичних знань і техніки при наданні медичної допомоги.



Необхідно також використовувати такі терміни якості, як:

- *своєчасність* — визначається як співвідношення між часом отримання адекватної допомоги від моменту виникнення потреби і мінімальним часом, який знадобився б службі охорони здоров'я для надання такої допомоги в ідеальних умовах;
- *доступність* — співвідношення між числом пацієнтів, які своєчасно отримують адекватну допомогу і загальним числом тих, хто потребує її;
- *достатність* — мінімальний набір лікувально-профілактичних заходів, необхідних для надання адекватного обсягу медичної допомоги та найбільшою її ефективністю.

Оцінка якості медичної допомоги за моделлю кінцевих результатів (МКР).

Для забезпечення контролю якості за кінцевим результатом широко використовується *модель кінцевих результатів (МКР)*, яка включає показники результативності, яких необхідно досягти і показники дефектів.

Модель кінцевих результатів (МКР) — це система (комплекс) показників здоров'я населення та діяльності закладів охорони здоров'я, яких необхідно досягти (норматив), щоб відповідати сучасному рівню якості надання медичної допомоги.

Показники, яких необхідно досягти, визначаються експертним шляхом органом управління охорони здоров'я, на основі аналізу статистичних даних, для кожного типу лікувально-профілактичних закладів та їх структурних підрозділів: відділення, поліклініки, стаціонару, лікарні в цілому, а також для регіону (район, місто, область).

Модель кінцевих результатів складається з показників результативності та показників дефектів.

Показники результативності в МКР — це показники, прийняті в якості нормативу, мають кількісну характеристику з одиницею виміру, оцінку показників в балах й оцінку однієї одиниці відхилення показника діяльності КНП від нормативного. Оцінка нормативу в балах проводиться експертно, відповідно до його значення серед інших показників.

Показники дефектів — це показники, які погіршують діяльність КНП, їх не повинно бути. У моделі кінцевих результатів на них немає нормативу. Але в МКР вписуються найбільш поширені в КНП дефекти в роботі, а саме: скарги на незадовільне медичне обслуговування, відмова в госпіталізації, деонтологічні скарги та інші, проставляється оцінка в балах однієї одиниці дефекту. У таблиці 17.3 наведено схему моделі кінцевих результатів.



Таблиця 17.3.

Типова модель кінцевих результатів діяльності закладів охорони здоров'я адміністративної території (розрахунковий варіант)

№ п/п	Назва показника	Одиниця виміру	Нормативний показник	Знак «+» «-»	Оцінка в балах		Досягнутий показник результативності	Оцінка досягнутих показників в балах
					Норматива	Однієї одиниці відхилення		
			НП		ОНП	0		
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Показники результативності								
1.	Смертність	‰	12,5	-	5,0	1	13,1	4,4
2.	Смертність грудних дітей	‰	15,0	-	5,0	1	15,8	4,1
3.	Перинатальна смертність	‰	18,0	-	4,0	0,5	18,6	3,7
4.	Поширеність захворювань	‰	1450,0	-	3,0	0,01	1420,0	3,3
5.	Первинна захворюваність	‰	550,0	-	3,0	0,02	540,0	3,2
6.	Лікарняна летальність	%	0,7	-	2,0	0,3	0,8	1,97
7.	Первинний вихід на інвалідність	Випадків на 10 000 працюючих	37,0	-	4,0	0,5	37,6	3,7
8.	Реабілітація людей з інвалідністю	% числа людей з інвалідністю	14,0	+	3,0	0,5	14,8	3,4



1	2	3	4	5	6	7	8	9
9.	Захворюваність з тимчасовою втратою працездатності	Днів на 100 працюючих	1025,0	-	3,0	0,03	1100,0	0,75
10.	Перша група здоров'я дітей	% не хворіючих до 1 року	36,0	+	5,0	0,2	38,0	5,4
					Σ=37,0			Σ=33,92
Показники дефектів								
1.	Виявлено хворих в тяжких стадіях: туберкульозу	о/ооо				1	1,0	1
	онкозахворювань	о/ооо				0,1	8,0	0,8
	профзахворювань	о/ооо				0,3	1,0	0,3
2.	Обґрунтовані скарги: деонтологічні	Скарг на 10 000 населення				3,0	0,0	0
	на низьку якість медичного обслуговування					1,0	2,0	2
3.	смертність від абортів	На 10 000 жінок				0,5	1,0	0,5
4.	Захворювання дітей: на поліомієліт	На 10 000 дітей				1,0	1,0	1
	на туберкульозний менінгіт					2,0	0,0	0
								Σ=5,6

Коефіцієнт досягнутого результату (КДР) — це розрахунковий коефіцієнт, що характеризує ступінь досягнення моделі кінцевих результатів. Може мати значення від 0 до 1 або від 0 до 100%.

Оцінка в балах досягнутих показників результативності проводять за формулою (графа 9):



$$\text{ОДПР}_{\text{КНП}} = \text{ОНП} \pm (\text{ДПР}_{\text{КНП}} - \text{НП}) \times \text{О} \quad (17.4)$$

– смертність: за даними КНП складає 13,1‰, далі з моделі кінцевих результатів беремо норматив цього показника – 12,5‰, оцінку його в балах – 5, оцінку в балах однієї одиниці відхилення – 1 та знак. Всі ці дані підставляємо у формулу:

$$\text{ОДПР}_{\text{КНП}} = 5 - (13,1 - 12,5) \times 1 = 5 - (0,6) \times 1 = 4,4 \quad (17.5)$$

– смертність грудних дітей: по даним КНП – 15,9‰, МКР норматив – 15,0‰, оцінка в балах – 5, оцінка в балах однієї одиниці відхилення – 1, знак «-»

$$\text{ОДПР}_{\text{КНП}} = 5 - (15,9 - 15,0) \times 1 = 5 - (+0,9) \times 1 = 4,1 \quad (17.6)$$

Таким чином оцінюються в балах всі показники діяльності КНП, та заносяться в МКР, графа 9.

В нашому прикладі оцінка в балах досягнутих показників результативності (ОДПР) мала такі значення:

4,4; 4,1; 3,7; 3,3; 3,2; 1,97; 3,7; 3,4; 0,75; 5,4.

Їх сума склала 33,92.

Розраховуємо сумарний нормативний показник за МКР:

$$\sum \text{ОНП} = 5,0 + 5,0 + 4,0 + 3,0 + 3,0 + 2,0 + 4,0 + 3,0 + 3,0 + 5,0 = 37,0 \quad (17.7)$$

Оцінка в балах показників дефектів проводиться за формулою:

$$\text{ОПД} = \text{П} \times \text{О} \quad (17.8)$$

– виявлено хворих в тяжких стадіях:

а) туберкульоз – 1 хворий, за МКР оцінка однієї одиниці відхилення = 1

$$\text{ОПД} = 1 \times 1,0 = 1,0 \quad (17.9)$$



б) онкозахворювань — 8 хворих, за МКР оцінка однієї одиниці виміру = 0,1

$$\text{ОПД} = 8 \times 0,1 = 0,8 \quad (17.10)$$

Також проводиться оцінка в балах всіх дефектів роботи.

В нашому прикладі оцінка в балах дефектів мала такі значення:

1; 0,8; 0,3; 0; 2; 0,5; 1; 0, які занесені в МКР графі 9.

Їх сума склала 5,6.

Після цього проводиться розрахунок коефіцієнта досягнутого результату діяльності закладу охорони здоров'я району за формулою:

$$\text{КДР} = \frac{\sum \text{ОДПР}_{\text{КНП}} - \sum \text{ОПД}}{\sum \text{ОНП}} \quad (17.11)$$

$$\text{КДР} = \frac{33,92 - 5,6}{37,0} = 0,765 \text{ або } 76,5\% \quad (17.12)$$

Далі проводять оцінку рівня досягнення МКР та роблять висновок. Таким чином, виходячи з розрахованого коефіцієнта досягнутого результату можна сказати, що медичний заклад досяг бажаного рівня медичного обслуговування населення (згідно моделі кінцевих результатів) тільки на 76,5%. До недоліків роботи, що впливають на результати діяльності, необхідно віднести значний рівень захворюваності з тимчасовою втратою працездатності, низьку якість діагностики, що призвело до запущених стадій хвороб, деонтологічні та інші скарги.

Пропозиції: На зборах медичних працівників лікувально-профілактичного закладу району провести обговорення досягнутих результатів роботи. Розробити заходи щодо підвищення якості лікувальної роботи та ліквідації виявлених недоліків, прийняти управлінські рішення.

17.7. Принципи та загальні методичні рекомендації з проведення експертної оцінки якості медичної допомоги населенню

Експертна оцінка є найбільш доцільним методом вивчення якості та ефективності медичної допомоги, оскільки переважна частина відо-



бражуючих цих ознак може бути виявлена лише шляхом експертизи, тобто при безпосередньому вивченні медичних документів або шляхом огляду експертами хворих.

Для об'єктивного висновку експертам необхідно використовувати стандартні схеми обстеження, лікування та реабілітації хворих за кожною нозологічною формою, переліком показань для госпіталізації, лікування в поліклініці, вдома, в санаторії, профілакторії, інструктивними вказівками з проведення профілактичних оглядів різних груп населення тощо. За відсутності відповідних документів, затверджених МОЗ України, розробку стандартних схем, переліків показань і рекомендацій повинні забезпечити фахівці департаментів охорони здоров'я обласної адміністрації та міської ради спільно із співробітниками кафедр медичних ЗВО, клініками профільних НДІ за участі досвідчених фахівців, завідувачів відділень. В умовах розвитку системи медичного страхування такими стандартними схемами є стандарти якості діагностики, лікування, реабілітації та оцінки ефективності.

Вивчення матеріалів при проведенні експертної оцінки слід проводити в певній, логічно зумовленій послідовності, що вимагає включення до програми експертизи основних питань, з попередніх етапів надання лікувально-профілактичної допомоги або ж представляють весь шлях проходження хворого від моменту захворювання. Типовим прикладом такої програми послідовного проведення експертами певних заходів є система контролю якості медичної допомоги, що включає п'ять рівнів: перший — завідувач структурним підрозділом; другий — медичний директор КНП; третій — експертна рада КНП; четвертий — експертна рада департаменту охорони здоров'я обласної адміністрації та міської ради; п'ятий — експертна комісія МОЗ України.

Періодичність експертних оцінок залежить від мети та завдань їх проведення, але здебільшого визначається станом організації та управління, якістю профілактичної роботи, лікувально-діагностичного процесу, кваліфікацією медичних кадрів, раціональністю їх використання, рівнем й ефективністю впровадження нових методів та ін. Так, на першому і другому ступенях наведеної системи контролю якості медичної допомоги експертиза проводиться щодня, на третьому ступені — щомісяця, на четвертому — щоквартально.

Ефективність результатів експертної оцінки вище при комплексному підході до застосування цього методу, а також в комплексі з іншими методами (статистичним, соціально-гігієнічним, соціологічним та ін.). Екс-



пертну оцінку якості медичної допомоги рекомендується проводити після загальної характеристики та аналізу статистичних показників, отриманих з матеріалів офіційної обліково-звітної документації.

В якості оціночних критеріїв ефективності лікування хворих необхідно приймати не суб'єктивні показники (наприклад, одужання, поліпшення стану, без змін, погіршення стану, смерть хворого, а результати об'єктивних лікарських, інструментальних та лабораторних досліджень, представлених в комплексі. Для оцінки кінцевих результатів діяльності закладів охорони здоров'я, їх структурних підрозділів та окремих лікарів проводиться інтегральна оцінка результативності роботи з використанням моделей кінцевих результатів (МКР) та обчисленням коефіцієнту досягнення результатів (КДР).

При експертній оцінці слід передбачити не лише виявлення дефектів в роботі медичних служб та їх причин, а і глибоко вивчати фактори, що визначають позитивні зміни в якості та ефективності надання лікувально-профілактичної допомоги населенню.

ТЕМА 18. АНАЛІЗ ЧИННИКІВ ВПЛИВУ НА ДІЯЛЬНІСТЬ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

18.1. Чинники впливу на стратегії, ресурси та розвиток закладів охорони здоров'я

В умовах реформування закладів охорони здоров'я відбуваються зміни, що призводять до поліпшення якості надання медичної допомоги населенню. В цьому процесі потрібно завжди зважати на фактори та чинники, що впливають на процеси надання медичної допомоги в цілому і в кожному окремому випадку. Сьогодні існує багато факторів впливу на діяльність закладів охорони здоров'я. Серед головних чинників можна виділити вплив держави, суспільства, економічні зміни та соціальні аспекти розвитку. Діяльність закладів охорони здоров'я визначається державним регулюванням, управлінням місцевими громадами та підпорядкуванням НСЗУ.

Процес реформування системи охорони здоров'я України відбувається швидкими темпами та підпорядковується міжнародним законам забезпечення якості медичної допомоги. На якість надання медичної допомоги впливають фактори і чинники, що є частиною життя населення країни.



Якість медичної допомоги залежить від стану економіки країни, від соціуму, в якому знаходяться заклади охорони здоров'я та від інших факторів, що мають безпосередній вплив на систему охорони здоров'я в цілому.

Факторами, що впливають на якість та ефективність надання медичних послуг є: економічне та соціокультурне середовище, технологічне, а також, безпосереднє оточення закладу охорони здоров'я.

Економічне середовище. Аналіз економічного середовища допомагає зрозуміти, як формуються і як розподіляються ресурси на охорону здоров'я. Доступ закладу охорони здоров'я до ресурсів — це одна з важливих умов його існування. Тому *для закладу важливі такі чинники:* розмір валового національного продукту; частка витрат на охорону здоров'я у відсотках ВВП; рівень інфляції; рівень малозахищених верств населення; співвідношення державної та приватної власності; інвестиційна активність; забезпеченість основними фондами охорони здоров'я, фізичної культури та соціального забезпечення.

Соціокультурне середовище. Вплив на роботу закладів охорони здоров'я можуть надавати такі чинники соціокультурного середовища, як ставлення людей до свого здоров'я. В Україні поступово формується імідж здорової людини. Мешканці країни воліють більше грошей витратити на профілактику захворювань. Крім загального ставлення до здоров'я, на роботу закладів охорони здоров'я *можуть впливати такі чинники:* демографічна ситуація в країні (тенденції народження/смертності, зміни у віковій структурі); рівень захворюваності; шкідливі звички (п'яцтво, наркотики, токсикоманія, схильність до самолікування, звертання до шарлатанів); рівень життя та освіти. До соціокультурного чинника макросередовища іноді відносять стан навколишнього середовища, який безпосередньо впливає на рівень захворюваності та частоту звернень до закладів охорони здоров'я.

Технологічне оточення. Розвиток техніки, біотехнологій, генної інженерії впровадження нових методів діагностики, профілактики, лікування, темпи розробки нових фармацевтичних препаратів, сканерів, лінійних прискорювачів, комп'ютерних томографів — це далеко не всі технологічні чинники, що впливають на роботу закладів охорони здоров'я. Галузь охорони здоров'я є наукомісткою, тому в ній дуже важливо, скільки держава витрачає на розвиток медичної техніки, фармацевтичне виробництво, науково-дослідні розробки в галузі. Комерційні заклади охорони здоров'я переважно виконують посередницькі функції щодо впровадження нових технологій. Крім вищезазначеного, на заклади охорони здоров'я істотно



впливає стан патентно-ліцензійного захисту нових лікарських засобів, медичної техніки та інструментарію; нові тенденції в трансферті технологій.

Аналіз безпосереднього оточення закладу охорони здоров'я. Безпосереднє оточення закладу охорони здоров'я це ті чинники навколишнього середовища, з якими заклад знаходиться в постійному взаємообумовленому контакті. Тобто не тільки чинники безпосереднього оточення впливають на заклад охорони здоров'я, а й сам заклад впливає на характер цієї дії.

До чинників безпосереднього оточення закладів охорони здоров'я відносять: споживачів; постачальників; конкурентів; регулюючі органи.

Регулюючі органи — виступають елементами безпосереднього оточення, оскільки мають відповідний статус, згідно якого реалізує право контролюючого органу, що впливає на практичну діяльність закладів охорони здоров'я. Регулюючі органи в системі охорони здоров'я створюються урядом поділяються на загальні та специфічні. *До загальних відносять:* МОЗ України; МОЗ республіки Крим, департаменти охорони здоров'я обласних державних адміністрацій; генеральні директори КНП; департаменти охорони здоров'я міських рад.

До специфічних регулюючих органів відносять служби здійснення державного санітарно-епідемічного нагляду, нагляду за протипожежною безпекою, тощо.

Сьогодення встановлює низку умов для ефективної діяльності закладів охорони здоров'я. Нові умови функціонування та конкуренції на ринку надання медичних послуг надають можливість визнати та звернути більше уваги на чинники, що впливають на діяльність медичних установ.

Постійне зростання витрат на охорону здоров'я, пов'язане з появою нових медичних технологій і ліків, змінами в структурі захворюваності, а також демографічними проблемами, що є загальною тенденцією для розвинених країн світу. До чинників, які впливають на діяльність закладів охорони здоров'я відносяться: високий матеріальний та моральний знос основних фондів; низький рівень використання сучасних медичних та інформаційних технологій; недостатня увага до питань профілактики з боку лікарів і населення; обмеженість впливу населення на розвиток системи охорони здоров'я.

18.2. Основні напрямки поліпшення діяльності медичних закладів

Поліпшення діяльності закладів охорони здоров'я має велике соціальне, економічне та глобальне значення. Це сприяє забезпеченню належного



стану здоров'я населення, підвищує якість медичних послуг, сприяє економічному розвитку, відповідальному ставленню до громадян, забезпеченню соціальної стабільності та вирішенню важливих глобальних проблем.

Поліпшення діяльності закладів охорони здоров'я є критично важливим з багатьох причин. Якісна та ефективна медична допомога сприяє збереженню і покращенню здоров'я населення. Це веде до зменшення захворюваності, смертності та інвалідності. Охорона здоров'я допомагає пацієнтам швидше відновитися та повернутися до нормального життя після хвороби чи травми. Здорове населення працює більш продуктивно та ефективно, що сприяє економічному зростанню країни. Забезпечення якості медичної допомоги знижує соціальну нерівність і конфліктність, покращує соціальний клімат і стабільність. Заклади охорони здоров'я мають бути відповідальними перед своїми пацієнтами та громадою в цілому. Якісні медичні послуги, правильна діагностика та лікування призводять до кращих результатів лікування пацієнтів. Здоровоохоронні заходи можуть допомагати виявити, контролювати та запобігти розповсюдженню інфекцій та епідемій. Розробка нових методів діагностики, лікування та підходів до охорони здоров'я може сприяти науковому прогресу, що має вплив на підвищення рівня здоров'я населення в цілому. До того ж, якісна та ефективна медична допомога сприяє довірі пацієнтів до медичних закладів та фахівців.

Поліпшення діяльності закладів охорони здоров'я може бути досягнуто шляхом реалізації різних заходів та стратегій. Наприклад, основними напрямками для поліпшення діяльності медичних закладів можуть бути:

Модернізація технологій та обладнання: інвестування в сучасні медичні технології та обладнання може покращити точність діагностики, лікування та моніторингу пацієнтів.

Професійний розвиток персоналу: забезпечення можливостей для навчання, підвищення кваліфікації та розвитку навичок медичного персоналу допомагає підвищити якість медичної допомоги.

Покращення системи управління: впровадження ефективних систем управління, включаючи управління якістю, фінансами та ресурсами, може підвищити ефективність діяльності.

Збільшення доступності медичних послуг: розширення мережі закладів охорони здоров'я та забезпечення доступності медичних послуг для різних верств населення може знизити нерівності в охороні здоров'я.

Розвиток профілактичних програм: запровадження програм з профілактики захворювань та ранньої діагностики може допомогти зменшити



навантаження на систему охорони здоров'я та поліпшити стан здоров'я населення.

Залучення до співпраці громади: співпраця з громадою може сприяти забезпеченню населення необхідними медичними послугами та підвищити задоволення пацієнтів.

Покращення інформаційних систем: використання сучасних інформаційних систем для ведення медичної документації, моніторингу пацієнтів та аналізу даних може сприяти ефективнішому управлінню та прийняттю рішень.

Стимулювання досліджень та інновацій: фінансування наукових досліджень та інновацій може сприяти розвитку нових методів діагностики, лікування та підходів до охорони здоров'я.

Збільшення транспарентності та відкритості: відкрите спілкування з пацієнтами, передача інформації про якість послуг та результати лікування може сприяти довірі до медичних закладів.

Ці заходи можуть варіюватись залежно від потреб, ресурсів та конкретних викликів, з якими стикаються медичні заклади.

Чинниками, що впливають на діяльність закладів амбулаторно-поліклінічної допомоги є: зростання захворюваності населення; збільшення питомої ваги пацієнтів похилого віку (зумовлене поступовим зростанням СОТЖ) із множинною хронічною патологією; звичка пацієнтів звертатися безпосередньо до лікарів-спеціалістів; стабільність місця проживання пацієнтів, зручність транспортних зв'язків та наявність особистого транспорту у лікаря.

Тому, до заходів, спрямованих на поліпшення надання медичної допомоги у закладах амбулаторно-поліклінічної допомоги відносять: зниження диспропорції кадрового забезпечення лікарями-спеціалістами та лікарями первинної ланки; поширення використання в амбулаторних умовах процедур, які раніше використовувалися лише після госпіталізації з одночасним розвитком стаціонарозамінних форм, тобто «профілактика» госпіталізації; підвищення рівня завершення лікування хворих на первинній ланці у лікарів загальної практики — сімейної медицини; приведення у відповідність співвідношення грошових витрат на надання амбулаторної та стаціонарної допомоги; подальший розвиток сімейної медицини; запровадження системи донозологічного моніторингу рівня здоров'я; створення комплексної системи професійної підготовки та перепідготовки кадрів за спеціальністю «сімейна медицина» з її державним регулюванням.



До чинників, що впливають на діяльність закладів стаціонарної допомоги: надмірність, дублювання та розпорошеність ресурсів стаціонарів; завищена кількість лікарняних ліжок та диспропорція у їх використанні за видами медичної допомоги; значна кількість необґрунтованих госпіталізацій і тривале перебування хворих у стаціонарах.

Заходи, спрямовані на поліпшення надання медичної допомоги у закладах стаціонарної допомоги: формування мережі госпітальних округів; зменшення необґрунтованої госпіталізації хворих, яким можливо надавати допомогу в амбулаторних закладах; зменшення тривалості перебування хворих в стаціонарах цілодобового перебування; впровадження новітніх технологій, малоінвазивного втручання; розвиток стаціонарозамінних форм надання медичної допомоги; реформування вторинної та третинної медичної допомоги (створення відділень невідкладної допомоги, модернізація діагностичної бази у лікарнях інтенсивного лікування тощо).

Чинники, що впливають на діяльність закладів екстреної медичної допомоги: недостатня доступність екстреної медичної допомоги в сільській місцевості; значна питома вага необґрунтованих викликів та виїздів бригад екстреної медичної допомоги; низький рівень «престижності» спеціальності лікаря екстреної медичної допомоги; складний графік роботи, важкі та іноді небезпечні умови праці при низькій заробітній платі; низький рівень обізнаності населення про наявність служби невідкладної допомоги при поліклініках.

Заходи, спрямовані на поліпшення надання медичної допомоги у закладах екстреної медичної допомоги: створення центрів екстреної медичної допомоги служби медицини катастроф; створення центральних оперативно-диспетчерських служб, які базуються на автоматизованій системі організації системної медичної допомоги; створення мережі пунктів постійного та тимчасового базування бригад екстреної (швидкої) допомоги для забезпечення нормативу доїзду до місця виклику; зменшення необґрунтованого обслуговування в системі екстреної медичної допомоги; виділення радіочастот для служб швидкої медичної допомоги, обладнання автомобілів GPS — навігацією; встановлення архіваторів мовлення; збереження спеціалізованих бригад швидкої медичної допомоги до створення госпітальних округів й організації в них відділень невідкладної медичної допомоги.

Чинники, що впливають на діяльність закладів акушерсько-гінекологічної допомоги: стан репродуктивного здоров'я жіночого, а також і чоловічого населення; негативні тенденції стану здоров'я дівчат-підлітків



та жінок фертильного віку, що зумовлює значну частоту екстрагенітальних захворювань у вагітних; низький економічний стан сім'ї (нестача житла, неякісне харчування); недоліки при спостереженні за перебігом вагітності (пізніе взяття на облік вагітної, недообстеження); доступність та якість акушерсько-гінекологічної допомоги, особливо в сільській місцевості.

Заходи, спрямовані на поліпшення надання медичної допомоги у закладах акушерсько-гінекологічної допомоги: широка інформаційно-просвітницька робота з питань репродуктивного здоров'я, планування сім'ї, удосконалення діяльності центрів планування сім'ї; впровадження національного проєкту «Нове життя — нова якість охорони материнства та дитинства», яке передбачає створення перинатальних центрів; державні гарантії щодо заохочення материнства; пропагування здорового способу життя, боротьба з ВІЛ/СНІДом; широке залучення сімейних лікарів до медичного нагляду за жінками фертильного віку; подальше удосконалення роботи медико-генетичної служби з метою раннього виявлення відхилень стану плоду з подальшою її корекцією; виявлення груп ризику вагітних щодо перинатальної патології з проведенням моніторингу їх стану здоров'я; клінічного аудиту стосовно повноти виявлення і якості лікування жінок у регіонах, що характеризуються негативною динамікою показників їх репродуктивного здоров'я; переорієнтація діяльності стаціонарних закладів на рекомендовані ВООЗ перинатальні технології, які передбачають ранню виписку породіль із пологових стаціонарів; створення трирівневої медичної допомоги вагітним, роділлям та новонародженим відповідно до ступеня ризику акушерської та перинатальної патології; посилення профілактики абортів з метою зменшення кількості небажаних вагітностей; розробка заходів щодо зменшення материнської смертності та перинатальних втрат.

Чинники, що впливають на діяльність закладів лікувально-профілактичної допомоги дітям: збільшення кількості дітей, спричинене зростанням народжуваності; збільшення кількості дітей, що живуть в неповних сім'ях, без батьківського піклування; погіршення стану здоров'я дітей (у т.ч. психоемоційного, інтелектуального, фізичного розвитку); низький рівень грудного вигодовування дітей; зменшення охоплення дітей імунопрофілактикою.

Заходи, спрямовані на поліпшення надання медичної допомоги у закладах: впровадження сімейних форм виховання дітей, які залишилися без батьків; збереження та подальший розвиток санаторного лікування як форми оздоровлення дітей з відновленням функціональних резервів



організму дитини; затвердження охорони дитинства як стратегічного загальнонаціонального пріоритету з метою забезпечення реалізації прав дитини на життя, охорону здоров'я, освіту, соціальний захист і загальний розвиток; збільшення кадрового і матеріально-технічного потенціалу неонатологічної та педіатричної служби в цілому; підвищення якості та забезпечення доступності надання лікувально-профілактичної допомоги дітям; удосконалення профілактичної роботи педіатричних закладів шляхом збільшення охоплення профілактичними оглядами дитячого населення; впровадження основного принципу перинатології — ставлення до плоду як до пацієнта, що можливо в умовах перинатальних центрів; переорієнтація перинатальної служби на рекомендовані ВООЗ перинатальні технології; впровадження ініціативи ВООЗ і ЮНІСЕФ «Лікарня, доброзичлива до дитини»; поліпшення діяльності спеціалізованих будинків дитини для медико-соціального захисту хворих дітей-сиріт.

18.3. Основні підходи до розробки заходів з поліпшення надання медичної допомоги

Адміністративно-командний підхід до забезпечення якості у системі охорони здоров'я, заснований на принципах контролю, що діяв до останнього часу, не відповідає організаційно-правовим та економічним умовам функціонування галузі і має бути замінений підходом, що базується на принципі управління процесом.

Безперервне підвищення якості передбачає комплексний, інтегрований і динамічний підхід до покращання якості, спрямований на поліпшення результатів роботи системи в цілому, постійну модифікацію і вдосконалення самої системи, а не виявлення і покарання працівників, практика або результати роботи яких не відповідають встановленим нормам.

Невід'ємною складовою процесу вдосконалення якості є клінічний аудит. Клінічний аудит має на меті покращання процесів та результатів допомоги пацієнтам через систематичний перегляд складових медичної допомоги у порівнянні з визначеними критеріями та впровадження змін там, де допомога або її результати не досягають очікуваного рівня. Складові структури, процесу та результату медичної допомоги відбираються та систематично оцінюються. Необхідні зміни впроваджуються на індивідуальному, командному або інституційному рівні надання медичної допомоги.

Сьогодні аналіз результатів роботи закладів охорони здоров'я базується на затверджених державними органами облікових і звітних доку-



ментах (статистичні дані та річні звіти про діяльність) та на результатах окремих досліджень, що є недостатнім для оцінки якості медичної допомоги та визначення напрямків її покращання. Цілеспрямований вплив на якість та ефективність медичної допомоги потребує розробки індикаторів (як статистичних показників, так і показників, отриманих під час експертної оцінки), які б дозволяли забезпечити об'єктивне оцінювання, моніторинг та конкретне визначення проблем забезпечення якості.

Першочергове значення для управління якістю має стандартизація, спрямована на досягнення оптимального ступеня впорядкування в охороні здоров'я шляхом розробки і встановлення вимог, норм, правил, характеристики умов, продукції, технологій, робіт, послуг, що застосовуються в охороні здоров'я. Стандартизація є пріоритетним напрямом сучасного розвитку охорони здоров'я. В Україні створено умови для імплементації європейських підходів щодо розробки медико-технологічних документів на основі найкращих клінічних настанов, адаптованих до умов вітчизняної системи охорони здоров'я, а також розвивається формулярна система забезпечення лікарськими засобами закладів охорони здоров'я. Саме тому пріоритетною є розробка та затвердження медико-технологічних документів надання медичної допомоги на принципах доказової медицини та відміна чинності документів, що не відповідають зазначеним принципам. Розвиток формулярної системи забезпечення лікарськими засобами закладів охорони здоров'я має створити передумови для використання найбільш ефективних, безпечних та економічно-доцільних лікарських засобів.

ТЕМА 19. МЕНЕДЖМЕНТ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я МЕТОДИКА ПРИЙНЯТТЯ УПРАВЛІНСЬКОГО РІШЕННЯ

19.1. Менеджмент як інструмент забезпечення оптимального функціонування системи охорони здоров'я

Менеджмент в охороні здоров'я є надзвичайно важливим, оскільки він сприяє ефективній організації та управлінню системою охорони здоров'я через *раціональне використання ресурсів*, фінансових та людських. Ефективний менеджмент допомагає *покращувати якість допомоги*: саме він визначає процеси надання медичної допомоги, включаючи розробку протоколів, стандартів та процедур, що позитивно впливає на якість та безпеку послуг. Завдяки ефективності менеджменту можливо *опти-*



мізувати процеси: ефективний менеджмент допомагає вдосконалювати робочі процеси, зменшувати зайві адміністративні завдання та забезпечувати потік інформації та пацієнтів; *управляти персоналом*: менеджмент допомагає підбирати, навчати та мотивувати кваліфікований медичний персонал, що впливає на якість та доступність медичної допомоги; *стратегічно планувати*: менеджмент допомагає розробляти довгострокові стратегії та плани розвитку системи охорони здоров'я, забезпечуючи її стабільність і здатність адаптуватися до змін; *впроваджувати новітні технології*: менеджмент сприяє впровадженню новітніх медичних технологій та інформаційних систем для поліпшення діагностики, лікування та моніторингу пацієнтів; *забезпечувати доступність та рівність*: ефективний менеджмент допомагає забезпечити доступність медичних послуг для різних верств населення та зменшити соціальні нерівності; *реагувати на невідкладні ситуації*: менеджмент розвиває плани реагування на екстрені ситуації, а саме, епідемії, надзвичайні ситуації та кризи тощо.

Ефективне і раціональне управління в охороні здоров'я є необхідною і важливою складовою медико-санітарного забезпечення населення. На жаль, в Україні сьогодні немає єдиної методологічної школи з підготовки менеджерів для системи охорони здоров'я, де були б чітко визначені кваліфікаційні вимоги до управлінських посадових осіб і сучасних посадових документів. В практичній діяльності керівника та органів управління ще не знайшли широкого застосування методики системного підходу й аналізу, що не сприяє розвитку управлінської науки.

Нині часто використовуються терміни: *управління і менеджмент, менеджер і керівник*. Зовнішніх відмінностей між ними начебто немає. І менеджер, і керівник виконують одну й ту саму управлінську роботу, але різниця в тому, що вони відрізняються один від одного рівнем професіоналізму. А це обов'язково відіб'ється на результатах їхньої професійної діяльності.

Керівник — загальне поняття для абстрактного управління людьми (в бізнесі, науці, армії). *Менеджер* є більш вузьким, для управління людьми у бізнесі. У контексті бізнесу обидва терміни взаємозамінні.

Проте, ідея про розподіл ролей менеджерів на «адміністраторів» та «організаторів» має право на життя.

Менеджери — це професіонали-керівники, які мають спеціальну освіту (диплом), і відповідно досконало володіють наукою управління та забезпечують ефективну практичну реалізацію наукового менеджменту.

Менеджер (від англ. *Manage* — «управляти») — фахівець з управління виробництвом і обігом товарів, найманий керівник. Менеджери орга-



нізуюють роботу на фірми, керуючи її виробничою діяльністю. Менеджер є посадовою особою фірми, компанії, в якій він працює, і входить до середнього і вищого керівного складу фірми. Менеджери зазвичай поділяються на три страти: старші, середні і нижчі, що вказує на широку соціальну й економічну нерівність в межах даної категорії. Вищі ешелони включають високооплачуваних виконавчих директорів багатонаціональних корпорацій, а нижчі — диспетчерів, які отримують штат підлеглих, зайнятих ручною працею, з яким вони працюють і яких контролюють.

Керівники (управлінці) — це особи, що обіймають керівні посади, але не мають спеціальної підготовки.

Керівник — це особа, на яку офіційно покладено функції управління колективом й організацію його діяльності. Він несе юридичну відповідальність за функціонування групи (колективу) перед інстанцією, яка його призначила і має в своєму розпорядженні чіткі певні можливості санкціонування — покарання і заохочення підлеглих для впливу на їх виробничу (наукову, творчу та ін.) активність. Керівник має формально регламентовані права і обов'язки, а також представляє групу (колектив) в інших організаціях; працівники, які обіймають посади керівників та їх заступників підприємств, установ, організацій, структурних одиниць, підрозділів; головні фахівці, майстри, виконроби. В системі охорони здоров'я: генеральні директори, медичні директори, заступники з різних напрямків, завідувачі відділами та відділеннями.

У сучасній літературі існує безліч визначень управління і менеджменту, але найбільш оптимальними, на нашу думку, є наступні:

Управління — це планомірна діяльність організованої системи, спрямована на оптимальне функціонування і розвиток об'єкта управління.

Менеджмент — це сукупність раціональних науково обґрунтованих методів та організаційних важелів управління системою (організацією).

19.2. Менеджмент як наука: закони і методи управління

Наука управління (менеджменту) — це самостійна наука, яка вивчає закони, принципи, методи, функції управління, а також організаційно-технологічні та технічні заходи, що забезпечують ефективне управління окремими виробничими системами і колективами при мінімальних витратах часу, людської праці та енергії.

Предметом вивчення науки управління є організована система, процес управління та їх складові.



Управління як наука і сфера діяльності людини створюється, діє і розвивається на основі власних економічних законів і принципів.

Економічні закони — необхідні, стійкі, повторювані, причинно-обумовлені зв'язки і взаємозалежності економічних явищ в процесі виробництва, розподілу й обміну матеріальних благ і послуг на різних щаблях розвитку людського суспільства. Найважливішим критерієм класифікації економічних законів є тривалість їх дії. У зв'язку з цим виділяють загальні, особливі і специфічні закони.

– *загальні економічні закони*, що діють протягом всієї історії людства, на всіх стадіях суспільного розвитку: закон збільшення потреб; закон економії часу (закон зростання продуктивності праці); закон відповідності виробничих відносин рівню і характеру розвитку продуктивних сил та ін.;

– *особливі економічні закони* — це закони, що діють у певні історичні епохи, тобто в рамках способів виробництва: закон вартості; закон попиту, закон пропозиції та ін.;

– *поодинокі (специфічні) економічні закони* — ті, що діють в межах одного способу виробництва.

Економічні закони, як і закони природи, мають об'єктивний характер, але ця об'єктивність має дещо інший характер, ніж у випадку з природою. Хоча економічні закони об'єктивні в тому сенсі, що вони не залежать від індивідуальної або суспільної свідомості, їх дія опосередкована діяльністю людей.

Методи управління — це сукупність способів, прийомів, за допомогою яких здійснюється вплив на об'єкт управління, а також виконуються різноманітні функції управління підприємством. В управлінні виділяють: організаційні, економічні, адміністративно-правові та соціально-психологічні методи управління, які відрізняються способами і результативністю впливу на персонал. До них належать: історичний; логічний; багаторівневий; комплексний; системний; експериментальний та ін.

19.3. Наукові школи менеджменту: засновники, періоди, внесок у розвиток теорії управління. Моделі менеджменту

Вивчаючи розвиток теорії і практики менеджменту, доцільно виділити певні історичні школи.

Засновником «Класичної школи» («Школи наукового менеджменту» або «Раціональної школи») (1903) вважають американського інженера,



основоположника наукової організації праці та менеджменту *Фредеріка В. Тейлора (Frederick Winslow Taylor, 1856–1915)*. Його книги «Управління фабрикою» (1903) та «Принципи наукового управління» (1911) — були першими працями, присвяченими науці управління. Фредеріка Тейлора називають «батьком наукового менеджменту». Представники цієї школи заклали наукові основи менеджменту (1885–1920). Роботи *Френка Банкера Гільбрета (Frank Bunker Gilbreth, 1868–1924)*, *Ліліан Моллер Гілбрет (Lillian Moller Gilbreth, 1878–1972)*, *Генрі Лоренса Ганта (Henry Laurence Gantt, 1861–1919)*, *Гаррінгтона Емерсона (Harrington Emerson, 1853–1931)*, *Генрі Форда (Henry Ford, 1863–1947)* та інших поповнили скарбницю ідей Фредеріка Тейлора.

У 1920-х роках минулого століття почала формуватися «*Неокласична або адміністративна школа управління*», ідеї якої панували до 1950-х років. Засновником цієї школи був французький гірничий інженер, адміністратор і підприємець, керівник французької компанії з видобутку вугілля *Анрі Файоль (Henri Fayol, 1841–1925)*. Він описав принципи і функції управління. Адміністративна школа, що активно розвивалася від 1920-х років до середини ХХ століття поповнювалась роботами *Ліндала Фаунса Урвіка (Lyndall Fownes Urwick, 1891–1983)*, консультанта з питань управління в Англії, *Джеймса Муні (James Mooney, 1861–1921)*, віце-президента компанії «Дженерал Моторс» та ін. Метою школи було створення універсальних принципів управління, що сприяли б успіху організації.

На початку 1930-х років виникла нова школа в менеджменті «*Школа людських відносин*» (1930), засновниками якої були американські соціологи і психологи *Мері Паркер Фоллетт (Mary Parker Follet, 1868–1933)*, *Джордж Елтон Мейо (George Elton Mayo, 1880–1949)* і *Абрахам Маслоу (Abraham Maslow, 1908–1970)*. Згодом сформувався так званий *поведінковий* напрям школи основні ідеї якого обстоювали *Кріс Арджирис (Chris Argyris, 1923–2013)*, *Ренсіс Лайкерт (Rensis Likert, 1903–1981)*, *Дуглас Мак-Грегор (Douglas McGregor, 1906–1964)* та ін.

Представники *школи людських відносин* усвідомлювали роль людського фактора як основного елемента ефективної організації (на відміну від попередніх шкіл). Експериментальним шляхом Е. Мейо відкрив новий напрям в теорії управління встановивши, що чітко розроблені робочі операції і гарна винагорода не завжди ведуть до зростання продуктивності праці. Більш пізні дослідження (А. Маслоу та ін. психологів) дозволили зрозуміти причини цього явища. Мотивами вчинків людей є не економічні сили, а різні потреби, які можуть бути лише частково задоволені за допо-



могою грошей, дуже важливими є — спілкування, повага, прагнення до самовираження тощо.

Ще одним напрямом в теорії менеджменту є *«Емпірична школа управління»* яка виникла також у 30-ті роки ХХ століття. Засновниками і представниками даної школи були насамперед видатні менеджери-практики, президенти компаній та інші особи, безпосередньо зайняті в управлінській практиці.

Головним напрямком досліджень емпіричної школи було вивчення змісту праці і функцій керівників. Вибір такого напрямку досліджень пов'язаний з тим, що емпірики акцентували увагу на професіоналізації управління, тобто перетворення управлінської праці на самостійний специфічний вид — особливу професію.

У 1950-х роках сформувалася школа, що отримала назву *«Школи соціальних систем»*, засновником якої був професор Гарвардського університету Честер Барнард (*Chester Irving Barnard, 1886–1961*). Ч. Барнард — один із засновників *«теорії систем»*, він же і застосував вперше теорію систем в управлінні. Представники школи соціальних систем використовували методологію системного аналізу і загальної теорії систем у своїх теоретичних розробках.

Системний підхід до побудови організації управління дозволив теоретикам цього напрямку створити концепції, які і дотепер використовуються при формуванні матричних організаційних структур управління, успішно застосовуються у великих проектних і дослідницьких організаціях.

Одним з найвидатніших представників школи соціальних систем є професор Технологічного інституту Карнегі, лауреат Нобелівської премії з економіки Герберт Саймон (*Herbert A. Simon, 1916–2001*). Інститут Карнегі тривалий час залишався науковим центром школи соціальних систем.

Водночас (на початку 1950-х років) з метою примирення класичних теорій менеджменту з вченнями, заснованими на доктрині людських відносин американським соціологом Дугласом Мак-Грегором (*Douglas McGregor, 1906–1964*), та ін. була висунута нова теорія, що отримала назву *«Теорії сучасного капіталістичного менеджменту»* або *«Нова школа управління»*. Нова школа менеджменту формувалась на досягненнях в області електронно-обчислювальної техніки, економіко-математичних методів та імітаційного моделювання. Ідейно-змістовний розділ був зроблений попередниками (зокрема, Г. Саймоном і його колегами), але поворот нова школа зробила в бік підвищення раціональності управлінських рішень, (замість задоволеності, за Г. Саймоном) але вже на новому



якісному рівні. Якщо в рамках школи соціальних систем, використовувався і вдосконалювався системний підхід силами філософів, соціологів, економістів, практиків і теоретиків управління, то і в новій школі системний підхід залишався стрижневим, але мозковим штабом виступали фахівці в галузі кібернетики, дослідження операцій, системотехніки, математики, програмісти.

Моделі менеджменту. Сукупність ідей, що лежать в основі системи управління організацією, називається моделлю менеджменту.

На формування моделі менеджменту впливають релігійні, географічні та політичні чинники. *В управлінській науці виділяються наступні моделі менеджменту:* азійська модель; японська модель; західна модель (американський, англійський і німецький менеджмент).

Характерними особливостями азійської моделі менеджменту є: внутрішні і міжфірмові відносини, що будуються на довірі та взаєморозумінні керівників компаній; порівняно високий рівень освіти персоналу; орієнтація на довіру партнерів один до одного; усвідомлення спільного внеску в розвиток організації.

Японський менеджмент передбачає: проведення робочого часу лише у форменому одязі; обов'язкове нагородження за успіхи в праці; функціонування і розвиток «гуртків якості»; організація загальної ідальні для керівників та робітників; використання практики довічного найму.

В основі *Західної моделі менеджменту* лежать такі принципові положення: індивідуальна відповідальність; самоствердження керівників окремих підрозділів на підприємстві. Західна модель менеджменту характеризується: відсутністю у співробітників почуття відданості своїй роботі; єдиноначальність керівника в ухваленні рішення (підлеглі тільки допомагають йому вибрати рішення на основі аналізу витрат виробництва, збуту); розмежування ділових і особистих відносин.

У західному менеджменті виділяються американський, англійський і німецький менеджмент.

Американський менеджмент передбачає наступне: менеджери діють прямолінійно; менеджери вдаються до наказу при узгодженні рішення на переговорах; менеджери не роблять довгих відступів, а одразу переходять до самої суті питання.

Англійський менеджмент орієнтується: на витрати виробництва (прагнення до їх постійного скорочення); розробку нових наукоємних виробів, ретельне проведення науково-дослідних і дослідно-конструкторських розробок; гнучкість у використанні технологічних процесів.



Німецький менеджмент має певні особливості: йому притаманна далекоглядність, з високою дисципліною; тривалим процесом впровадження нововведень і модернізацією виробництва; здійсненням керівництва компанією двома структурами: правлінням і наглядовою радою.

Важливим в розвитку науки управління було впровадження здобутків «Школи соціальних систем» та «Теорії систем в управлінні».

19.4. Теорія системної методології в управлінні

Системний менеджмент — сукупність методів управління, заснованих на поняттях теорії управління системами. Відповідно до концепції системного менеджменту, управління — це діяльність, спрямована на досягнення SMART-цілей заздалегідь запланованими ресурсами.

Цілісна динамічна система — це сукупність компонентів, елементів, дій, взаємодія яких породжує нові якості непритаманні системі. Суть вчення зводиться до того, що будь-яку організовану структуру необхідно розглядати як систему зі своїми принципами, властивостями, функціями, і законами.

Сьогодні в літературі можна знайти велику кількість класифікацій систем. Найбільш визнаною є класифікація, запропонована англійськими авторами в книзі «Інформаційні системи в управлінні виробництвом» (1982), в якій виділені види динамічних систем:

1. *Концептуальні системи* — сукупність концепцій, характеристик, задумів, теорій, моделей та ін.;

2. *Емпіричні системи* — конкретні оперативні системи, що включають людей, а також, матеріали, техніки, ресурси та інші матеріальні, реальні предмети;

3. *Природні системи* — пов'язані з природою, у виникненні яких люди не брала участі (сонячна система, живі організми);

4. *Штучні системи* — створені людиною;

5. *Соціальні системи* — складаються з людей, суспільства, організмів, установ, партій;

6. *Відкриті системи* — взаємодіють з навколишнім середовищем, іншими системами, живими організмами (обмін речовин, організації, установи передового досвіду та ін.). Характерною рисою відкритих систем є прагнення до більшого ступеня самоорганізації і розвитку;

7. *Замкнуті системи* — зовсім або майже не взаємодіють з навколишнім середовищем та іншими системами;



8. *Постійні системи* — існуючі протягом тривалого часу;
9. *Тимчасові системи* — системи, створені на певний період часу, а потім ліквідуються;
10. *Стабільні системи* — властивості і функції яких істотно не змінюються або змінюються у рамках повторюваних циклів;
11. *Статичні системи* — такі, в яких відсутній або майже відсутній рух;
12. *Динамічні системи* — в них безперервно й активно відбувається рух та зміни.

З позиції класифікації, охорона здоров'я є комплексною, складною, концептуальною, емпіричною, соціальною системою.

Система управління має елементи, пов'язані між собою різноманітними зв'язками. Їх кількість завжди обмежена, вони складають єдине ціле, а від їх якості й особливостей взаємодії залежать властивості системи управління. Ці властивості проявляються одночасно, комплексно.

Основними з них є наступні:

- *Структура системи* — це внутрішня будова будь-якої системи, яка характеризує взаємозв'язок, співвідношення і субординацію елементів;
- *Організація системи* — виражає цілеспрямовану взаємодію елементів системи, забезпечуючи цим її функціонування і розвиток;
- *Управління системою* — планомірна діяльність керованої системи, спрямована на здійснення оптимального функціонування і розвиток об'єкта управління;
- *Функціонування системи* — це здатність переходу системи з одного стану в інший, що відбувається в певному середовищі і часі при зовнішній і внутрішній взаємодії системи з навколишнім середовищем;
- *Інверсійність системи* — якість системи не зводиться до простого підсумовування якостей її компонентів. Оскільки компоненти мають самостійність і вступають у взаємодію між собою, при цьому їх якість не обов'язково підсумовується, а їх взаємодія може збільшувати або зменшувати якість;
- *Респонсивність системи* — здатність системи адекватно реагувати на управлінські розпорядження. Респонсивність може бути: стратегічною, тактичною або оперативною, і структурною.

Стратегічна респонсивність — означає здатність системи змінювати її кінцеві цілі. Наприклад, повна зміна профілю закладу охорони здоров'я.

Тактична або оперативна респонсивність — це здатність переходити від однієї короточасної задачі до іншої, наприклад, впровадити нові методи обстеження, лікування, керування.



Структурна респонсивність — припускає здатність системи видозмінювати структуру без шкоди для системи в цілому.

- *Інертність* системи — це неможливість довільно, за власним бажанням і в короткий термін змінити технологічну структуру системи;
- *Емерджентивність* системи — це здатність системи здобувати нові цілеспрямовані властивості, непридатні її елементам, що розглядаються окремо.

Структурними частинами будь-якої системи управління, в тому числі соціальної є: *суб'єкт управління (керівник); об'єкт управління (організація); блок наукового регулювання або служби інформаційного забезпечення.*

Суб'єкт менеджменту — це людина або група людей, які створюють управлінський вплив в рамках організації і з метою реалізації її цілей і завдань.

Об'єкт менеджменту — це все те, на що орієнтовані управлінські впливи суб'єкта менеджменту. Об'єктами менеджменту можуть виступати персонал організації, її конкуренти, фінанси організації, виробництво, збут, постачальники ресурсів, інформація тощо. Об'єкти і суб'єкти менеджменту в сукупності утворюють систему управління організації.

Блок наукового регулювання або служби інформаційного забезпечення. Суб'єкт і об'єкт менеджменту взаємодіють із зовнішнім середовищем. При цьому суб'єкт впливає на об'єкт менеджменту, а разом вони впливають на зовнішнє середовище. Натомість зовнішнє середовище також впливає на суб'єкт і об'єкт, змушуючи їх реагувати на нові реалії. Дані взаємодії відбуваються за допомогою блоку наукового регулювання або служби інформаційного забезпечення.

19.5. Види менеджменту

Менеджмент — це різноманітні форми, прийоми і методи управління персоналом і виробництвом. В період формування менеджменту у нього був один неподільний об'єкт. З плином часу з цього об'єкта виділилися кілька інших, які дали поштовх розвитку декількох напрямків. Нині сформувались види менеджменту, характерні для певних країн, які відображають їх специфіку.

Види менеджменту можуть бути різними, і їх кількість продовжує зростати. У реальному виробництві апробуються нові моделі, фахівці використовують нові терміни та визначення. Види менеджменту — це окремі сфери діяльності управління, покликані вирішувати різноманітні завдання.



За об'єктами управління виділяють організаційний, стратегічний, тактичний і оперативний менеджмент.

Організаційний менеджмент стоїть біля витоків створення структури, механізму управління, вироблення комплексу управлінських функцій, правил і стандартів.

Стратегічний менеджмент реалізує довгострокові цілі в управлінській діяльності після їх попередньої установки. Потенціал людських ресурсів, переорієнтація потреб споживача на ефективну організацію виробництва — це основа стратегічного менеджменту. Існують різні моделі стратегічного менеджменту.

Тактичний менеджмент подібий до стратегічного, він розробляється в процесі розвитку стратегії. Рівень організації таких методів управління — середня ланка управління, і відрізок часу для прогнозування — набагато коротший.

Оперативний менеджмент вирішує завдання, що виникають в процесі виробництва. Він заснований на розподілі робіт і ресурсів, відстеженні ходу виконання завдань в поточний момент часу.

Залежно від функціональної приналежності виділяють такі види менеджменту, як:

1. *Маркетинг-менеджмент.* Вивчає фінансові ринки, створює нові канали збуту, формує цінову політику.

2. *Виробничий менеджмент* дозволяє контролювати виробничі процеси організації, здійснювати основну діяльність підприємства за допомогою координації дій і процесів.

3. *Менеджмент в галузі збуту* — це процес організації збуту продукції, участь в оформленні господарських договорів на поставку продукції.

4. *Менеджмент персоналу* — це якісне планування використання трудових ресурсів, їх підбір, розстановка, навчання. Сюди ж відноситься розробка системи мотивації та стимулювання персоналу організації.

5. *Фінансовий менеджмент* — це розробка цілей і завдань управління фінансами організації, планування фінансової діяльності організації, розробка методів для ефективного управління фінансовими ресурсами організації. Фінансовий менеджмент включає ризик-менеджмент і податковий менеджмент.

6. *Інноваційний менеджмент* — організовує роботу з нововведеннями, координує використання наукових відкриттів. Цей вид управління бере до уваги творчу атмосферу в колективі, формує особливий настрій працюючих, готових до постійного експериментування й освоєння нових технологій.



7. *Інвестиційний менеджмент* — це робота з управління інвестиціями, раціональне вкладення капіталу для отримання прибутку в майбутньому.

8. *Екаутінг-менеджмент* — це управління, засноване на ретельному зборі інформації, її обробки й аналізі, з подальшим порівнянням показників інших організацій зі схожим видом діяльності.

9. *Адаптивний менеджмент* ставить собі за мету адаптацію до мінливих умов зовнішнього середовища. Наприклад, брокерські контори — яскравий приклад адаптивної системи.

10. *Антикризовий менеджмент* — це управління процесами, супутніми процедурі банкрутства організації. Наприклад, управління протягом дії конкурсного виробництва або при укладенні мирної угоди.

Виділяють також:

1. *Системний менеджмент* — сукупність методів управління, заснованих на поняттях теорії управління системами. Відповідно до концепції системного менеджменту, управління — це діяльність, спрямована на досягнення SMART-цілей заздалегідь запланованими ресурсами.

2. *Ситуаційний менеджмент* ґрунтується на ситуаційному підході до управління. Вибір форм і методів управління залежить від умов, в яких він здійснюється. При цьому необхідно враховувати обставини, що змінюються (конкурентне середовище, глобалізація, політичні амбіції тощо), і співвідносити їх з основними внутрішніми характеристиками самої організаційної структури (стилем керівництва, місією, рівнями управління, мікрокліматом та ін.).

Ситуаційний менеджмент прагне створити середовище, в якому співробітники зможуть досягти поставлених цілей. Для цього здійснюються постійний контроль, збір інформації, аналіз, ідентифікація, оцінка та реагування на будь-яку зміну в провідних секторах зовнішнього середовища: економічному, технологічному, соціальному, політичному та ін.

3. *Проектний менеджмент. Проектування* — це заходи зі складання і розробки починання від виникнення концепції до втілення її в реальність. Для втілення ідеї в життя складається план, який являє собою сценарій всіх подальших дій з розбивкою за тимчасовими відріzkами і здійснюваними процесами. Процеси можуть проводитись як паралельно, незалежно один від одного, так і в тісному взаємозв'язку.

Проектний менеджмент — це професійна діяльність людини, суть якої полягає в тому, щоб використовувати найсучасніші знання, методи, засоби, технології для оптимального розподілу ресурсів і впливу на людей з метою досягнення необхідного результату. Традиційне операційне



управління не здатне оперативно змінюватись і інтегруватись в умови зовнішнього середовища, що стрімко розвиваються і змінюються.

Проектне управління проводять виходячи з етапів життєвого циклу починання:

- *Ініціація* (попереднє оцінювання термінів, необхідних ресурсів, постановка завдань й аналіз ризиків).

- *Планування* (пошук інвестора, розрахунок бюджету, цільових показників, ризиків і розкладу дій).

- *Реалізація* (контроль за виконанням плану і досягненням проміжних результатів, поетапне фінансування, внесення необхідних змін до плану).

- *Закриття* (оцінка ступеня виконання поставлених завдань, витраченого часу, прибутковості задуму, робота над помилками).

Крім цього може бути: *атакуючий менеджмент, вірусний, комунікаційний, механістичний, проблемно-орієнтований, що перетворює, прогностичний, пульсуючий, розкутий, раціональний, сигнальний, ефективний і селф-менеджмент.*

19.6. Принципи, функції та рівні управління. Принципи управління

Важливе значення в управлінні мають загальні принципи управління, які є сполучною ланкою між фундаментальними засадами теорії управління — законами управління і управлінської практики. Загальні принципи управління безпосередньо впливають із законів управління і відображають об'єктивну реальність.

Загальні принципи управління це правила, якими керуються при управлінні об'єктами різної галузевої приналежності або специфіки, тобто вони притаманні всім системам управління, тому називаються загальними.

Вперше управлінські принципи були сформульовані засновником неокласичної або адміністративної школи управління *Анрі Файолем (1841–1925)*. Він створив доктрину адміністративного управління, основні положення якої виклав у своїй книзі «Administration Industrielle et Generale» або «Загальне і промислове управління» (1916). На його думку, створення універсальних принципів управління є запорукою успіху організації.

У цій доктрині представлено систему принципів управління (адміністрування), яка включала: *поділ праці* (підвищення кваліфікації і рівень виконання роботи); *владу* (право давати команди і нести відповідальність за результати); *дисципліну* (дотримання робітниками і менеджерами правил і домовленостей, існуючих в організації); *єдність розпоряд-*



ження, або єдиноначальність (виконання розпоряджень тільки одного керівника і підзвітність тільки одному керівникові); єдність керівництва або напряду (один керівник і один план для групи людей, що діють для досягнення єдиної мети); підпорядкування індивідуальних інтересів загальним; винагороду персоналу (оплата повинна відображати стан організації і стимулювати роботу персоналу); централізацію (рівень централізації і децентралізації повинен залежати від ситуації і вибирати його слід так, щоб він давав найкращі результати); скалярний ланцюг (чітка побудова цільової послідовності команд від керівництва до підлеглих); порядок (кожен повинен знати своє місце в організації); справедливість (до робітників слід ставитись справедливо і по-доброму); стабільність персоналу (кадри повинні знаходитись в стабільній ситуації); ініціативу (менеджери повинні стимулювати висування ідей підлеглими); корпоративний дух (слід створювати дух єдності і спільних дій, згуртовувати колектив).

Принципи сформовані Анрі Файолем в подальшому розвивались сучасними «школами управління» як основоположні принципи менеджменту.

До основних сучасних загальних принципів управління належать: принцип єдності політики й економіки; науковість; системність і комплексність; принцип єдиноначальності в управлінні і колегіальність у виробленні рішень; принцип централізації і децентралізації; принцип пропорційності в управлінні; принцип єдності розпорядництва в управлінні; принцип економії часу; принцип пріоритету функцій управління над структурою при створенні організації і навпаки, пріоритет структури над функціями управління в діючих організаціях; принцип делегування повноважень; принцип зворотного зв'язку; принцип економічності; принцип ефективності; принцип мотивації.

Ця група принципів відображає вимоги, щодо систем управління і в цілому до управлінської діяльності.

Функції управління. Ефективне управління включає творче рішення проблем, мотивацію співробітників і забезпечення того, щоб трудові колективи досягли своєї мети і завдань. У зв'язку з чим в установах повинні бути способи управління (функції) системою. Дослівно функція означає в перекладі з латинської (*fundio*) — «виконання, здійснення».

В управлінні функції розглядають як конкретні форми управлінського впливу на діяльність системи, які визначають змістовну частину ділових взаємовідносин.



Кожна з функцій управління включає перелік необхідних знань і умінь, які формують управлінські операції і дають змогу виконувати управлінські процедури.

Будь-яка функція управління реалізується в комплексі управлінських завдань. Різниця завдань і функцій проявляється в тому, що функції — це повторюваний вид діяльності організації, а завдання — це діяльність, яка має на досягнення необхідних результатів заданий час.

Всього в управлінні виділяють 5 класичних функцій, серед них цілепокладання, планування, організація, мотивація і контроль. Крім того до функцій належать: кадрове забезпечення, регулювання, доорганізація, прийняття управлінського рішення; адміністрування; представництво; складання та укладання договорів тощо.

Ці функції відокремлюють процес управління від інших бізнес-функцій, маркетингу, бухгалтерського обліку та фінансів.

Цілепокладання — це нормативне вираження об'єктивних потреб системи і засобів їх задоволення в результаті скоординованих дій учасників колективної праці.

Функція цілепокладання полягає у визначенні перспективних напрямків розвитку організації і встановленні відповідних цілей. Це одна з найвідповідальніших управлінських функцій. Неправильність вибору провідної мети зводить нанівець всі наступні зусилля. Саме тому здатність керівника перспективно мислити і сприяти виконанню функції цілепокладання призведе до результату, який відрізняє успішний проєкт від неуспішного.

Планування. Функція планування включає визначення мети і визначення найбільш ефективного курсу дій, необхідного для досягнення цієї мети, вона дозволяє організації працювати безперебійно.

Як правило, планування передбачає гнучкість, оскільки планувальник повинен координувати свої дії з усіма рівнями управління і керівництва в організації. Планування також має спиратись на знання ресурсів компанії та поставлених цілей.

Планування, як функція управління передбачає збір й аналіз потоку інформації, складання різних видів планів, в тому числі і планів реалізації управлінських рішень.

Організація. Ця функція спрямована на формування структури об'єкта управління. Організаційна структура є основою будь-якої компанії, вона забезпечує її всім необхідним для нормальної роботи. Без структури, функціонування компанії стає важким і безуспішним.



Функція організації включає: розробку загальних правил або процедур щодо виконання певних робіт; складання інструктивно-методичних і керівних документів; розподіл обов'язків і делегування повноважень, інтеграція робіт; створення умов для роботи, а також інші види робіт.

Координація функцій управління, забезпечує спільну діяльність всіх функцій (організаційних, планувальних, кадрових) і спрямована на розвиток самої компанії.

Координація, як управлінська функція, передбачає необхідність проведення заходів щодо усунення неузгодженостей при виконанні різних видів робіт, вона дозволяє побудувати відносини між співробітниками так, щоб вони не заважали один одному.

Мотивація. Функції стимулювання (мотивування) включають розробку і використання стимулів до досягнення цілей і ефективної взаємодії суб'єктів спільної діяльності. Коли завдання поставлені, засоби і ресурси визначені і забезпечені, кожен виконавець знає що, як і коли йому робити, то значно підвищити результативність діяльності може ефективне мотивування співробітників.

При здійсненні даної функції рекомендується дотримуватись наступних умов: забезпечити залежність величини стимулу від конкретного внеску підлеглого в загальну справу; дотримуватись єдності інтересів підлеглого, організації і суспільства в цілому; в процесі стимулювання розумно поєднувати матеріальні і нематеріальні стимули та ін.

Контроль. Ця функція управління необхідна для забезпечення того, щоб інші функції компанії успішно функціонували.

Функція «контроль» включає розробку нормативів для вимірювання робіт і їх результатів на шляху досягнення цілей і здійснення різних видів контролю за дотриманням цих норм.

Процес контролю часто призводить до виявлення ситуацій і проблем, які необхідно усунути.

Важливіми є функції кадрового забезпечення та регулювання. Робота з кадрами починається з підбору співробітників, загальними принципами якого є освіта, практичний досвід роботи, психологічна сумісність, вміння працювати в колективі, а також ознайомлення прийнятих на роботу співробітників з правами, обов'язками з інструктивними документами, наказами і т.д. Контроль за їх діяльністю, вирішення конфліктних ситуацій в колективі і вироблення компромісних рішень, різний адміністративний вплив щодо співробітників. Робота з персоналом передбачає навчання і розвиток співробітників, їх службову атестацію, підвищення на посаді тощо.



Регулювання включає своєчасне проведення різних заходів у відповідь на мінливі умови діяльності системи під час реалізації прийнятого рішення. Наприклад, своєчасне забезпечення підрозділу матеріально-технічними ресурсами, оперативне впровадження передового досвіду, перерозподіл функціональних обов'язків персоналу у зв'язку зі зміною умов праці й основних завдань тощо.

Є певні вимоги до функцій управління, а саме: детермінованість — наявність набору вказівок, розпоряджень і рекомендацій з виконання кожної функції; масовість — придатність для вирішення всіх завдань даного типу; результативність — орієнтація на оптимальний результат.

Рівні управління. За допомогою рівнів управління відбувається розподіл праці в організаціях. Виділяють три рівні управління: вищий або інституційний, середній або управлінський і нижчий або технічний.

- Вищий, або інституційний (стратегічний рівень). На вищому або інституційному рівні працюють менеджери вищої ланки: президенти, віце-президенти компаній, директори. Вони здійснюють стратегічне управління компанією, приймають рішення щодо взаємодії з державою, конкурентами, громадськими організаціями і т. ін. Вони ж вибирають напрямок діяльності, тому, по суті, від їх рішень залежить подальший розвиток бізнесу.
- Середній, або управлінський (тактичний рівень). На цьому рівні управління взаємодіють керівники підрозділів, філій. Вони складають і реалізують плани з досягнення цілей, поставлених керівництвом вищого рівня. Вони є своєрідним буфером між двома іншими рівнями: отримують інформацію «зверху», обробляють її і передають нижчій ланці.
- Нижчий, або технічний (оперативний рівень). Це рівень молодших начальників, операційних керівників, завідувачів невеликих відділень. Вони здійснюють оперативне планування на одну виробничу зміну, на десять днів, рідше — на місяць, а також контролюють виконання цих планів. Нерідко в зоні їх відповідальності оптимальне використання виділених ресурсів, тобто сировини, обладнання (Рис. 19.1).

Незважаючи на розташування, робота нижчого рівня досить складна. Керівники, які її виконують, змушені вирішувати протягом дня численні завдання, швидко переключаючись між ними. Крім того, значна частина їх робочого часу йде на обговорення з колегами робочих моментів, між тим це фахівців не лякає, оскільки саме з цього рівня багато хто з них починають свою кар'єру.

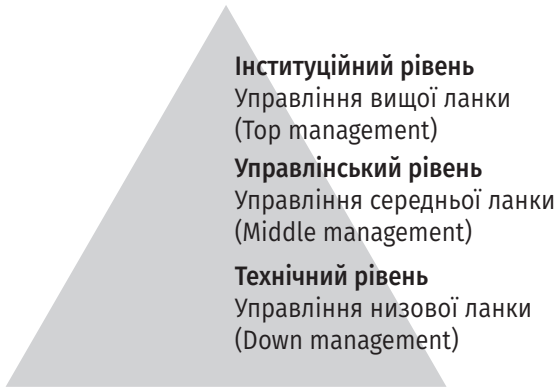


Рис. 19.1. Рівні управління

19.7. Процес управління та його технологічні фази

Процес управління — це сукупність взаємопов'язаних операцій, що здійснюються за певною технологією керівниками, фахівцями та службовцями вручну або за допомогою різних методів, машинних систем і окремих технічних засобів. Він складається з ряду послідовних, взаємопов'язаних дій і носить циклічний, відносно замкнений характер. Послідовні дії в процесі управління називаються технологічними фазами або етапами.

Технологічні фази процесу управління: 1). Вироблення і прийняття управлінського рішення; 2). Планування реалізації управлінських рішень; 3). Доорганізація і регулювання системи; 4). Контроль.

Вихідною позицією для процесу управління є цілепокладання або встановлення мети.

Мета в управлінні — це нормативне вираження об'єктивних потреб системи і засобів їх задоволення в результаті скоординованих дій учасників колективної праці.

Є різні класифікації цілей управління залежно: від часу — постійні та змінні; від значення — стратегічні; тактичні і локальні; від місця формування — задані ззовні або сформовані безпосередньо в своїй системі.

Вимоги до мети управління: мета повинна бути конкретною, реальною до виконання, контрольованою і найголовніше повинна об'єднувати систему в єдине ціле.

Для ефективного досягнення мети керівник повинен правильно визначити шлях, тип і стиль управління.



Шляхи управління поділяють на: прямий; опосередкований; комбінований.

При прямому шляху управління взаємини між суб'єктами управління і об'єктом управління будуються за принципом прямих, нерідко суворо регламентованих, впливів у вигляді наказу, розпорядження або вказівки. За стилем управління — це диктаторсько-автократичний вплив.

Опосередковані взаємовідносини — це використання різних форм і методів, що викликають позитивну мотивацію праці у виконавців, а саме: почуття гордості, повноцінності та відповідальності за результати своєї праці і всього колективу.

Комбінований шлях — передбачає одночасне використання як прямого, так і опосередкованого шляху управління.

Типи управління: лінійний, функціональний і матричний (штабний).

При лінійному типі управління всі підрозділи системи (виконавці) знаходяться в підпорядкуванні й отримують вказівку від одного вищого органу управління або безпосередньо від керівника.

Функціональний тип управління передбачає забезпечення управління системою через функціональні органи. Відділ кадрів — робота з кадрами; планово-економічний відділ — планування, економічне обґрунтування; науковий відділ — наукові дослідження та ін.

Матричний або штабний тип управління — організується шляхом поєднання двох типів структур: лінійної і функціональної, що дозволяє пов'язувати лінійну відповідальність по вертикалі з відповідальністю за функціонування системи в цілому, по горизонталі.

Стиль управління. *Серед стилів управління виділяють: диктаторсько-автократичний, ліберальний, демократичний і динамічний.*

Диктаторсько-автократичний стиль управління передбачає жорстку регламентацію діяльності системи без використання колективного розуму.

Ліберальний стиль (формальний, анархічний). Керівник такого стилю стоїть ніби осторонь від свого колективу. Для нього характерним є мінімальне втручання в роботу підлеглих і колективу в цілому, низький рівень вимогливості як до підлеглих, так і до себе, перевага легких форм впливу на підлеглих, чия ініціатива хоча і не пригнічується, але активно не заохочується.

Демократичний тип управління передбачає широке використання в управлінні членів трудового колективу. Розвивається партнерство між адміністрацією і колективом практикуються різні форми участі співробіт-



ників в управлінні підприємством і розподілом прибутків через раду трудового колективу, збори акціонерів та ін.

Динамічний стиль управління є оптимальним стилем управління. Для такого стилю керівництва характерна чітка позиція з будь-яких питань, творчий підхід до вирішення проблем, наукова обґрунтованість і гнучкість в застосуванні різних методів, установка на розумний ризик, діловитість і підприємливість, непримиренність до недоліків, чуйне та уважне ставлення до людей, відсутність суб'єктивізму і формалізму, опора на колектив у вирішенні поставлених завдань.

Звісна річ, такий поділ керівників за стилем їх роботи є умовним, оскільки кожен з них часто може поєднувати риси, характерні для різних стилів керівництва.

Форми управління. Найважливішими принципами управлінської діяльності є принципи *централізації* і *децентралізації*, які закладаються в основу організаційних форм управління. В управлінні виділяють наступні форми управління:

- *централізована* форма управління передбачає здійснення керівництва господарською діяльністю системи з одного центру жорстку регламентацію і координацію її діяльності;
- *децентралізована* — передача права прийняття рішень на низьку оперативно-господарську ланку.

При прийнятті управлінського рішення часто виділяють такі поняття як колегіальність і колективність.

- *колегіальність* — вироблення колективного рішення на основі думок керівників різного рівня і, перш за все, виконавців конкретних рішень. Різновидом колегіальності є колективність. Колективні рішення, як правило, ухвалюються більшістю голосів, наприклад на зборах акціонерів.

До факторів, що впливають на ефективне управління охороною здоров'я відносяться: удосконалення підбору керівних кадрів; наукове вдосконалення стилю роботи керівників; комплексне удосконалення процесу управління (кваліфіковане та ефективне виконання функцій управління); вдосконалення функції і структури апарату управління; наукова організація роботи в керуючій і підпорядкованій підсистемах; забезпечення творчої активності медичних колективів при реалізації завдань, поставлених перед охороною здоров'я взагалі і певною медичною установою зокрема.

Одним з найважливіших елементів управлінської діяльності є вироблення і прийняття управлінського рішення. Управлінські рішення керів-



ник приймає щодня, для їх вироблення залежно від складності потрібно в одних випадках хвилини в інших місяці, роки з залученням колективу, можливо інститутів і центрів.

19.8. Перша технологічна фаза процесу управління. Вироблення і прийняття управлінського рішення

Управлінське рішення — найважливіший вид управлінської праці, а також сукупність взаємопов'язаних, цілеспрямованих і логічно послідовних управлінських дій, які забезпечують реалізацію управлінських завдань і досягнення тактичних або стратегічних цілей підприємства.

Об'єктом управлінського рішення, як правило, є проблеми, пов'язані з вирішенням теоретичних і практичних питань. Управлінське рішення — це трудомістка та відповідальна діяльність, від результатів якої залежить розвиток підприємства.

Управлінські рішення можуть бути різними за складністю, одні приймаються на основі інтуїції і вони спрацьовують, при прийнятті інших необхідно враховувати безліч чинників, таких як ефективність, ризику тощо. У зв'язку з чим виділяють різні види управлінських рішень.

Види управлінських рішень:

1. *Залежно від методу обробки інформації*: алгоритмічні та евристичні.
2. *За прогнозованими властивостями*: наслідки, які добре відомі; наслідки, які можуть бути передбачені; наслідки, які неможливо передбачити.
3. *За напрямком впливу*: зовнішні і внутрішні.
4. *За масштабом впливу*: загальні і конкретно спрямовані.
5. *За характером*: оперативно-розпорядчі; нормативні; організаційні; ситуаційно-тактичні.
6. *За компетентністю*: одноосібні; колегіальні.
7. *За способом фіксації*: усно-розпорядчі; документально-фіксовані.
8. *За періодом дії*: разові; короткочасні; довгострокові.
9. *За жорсткістю регламентації*: контурні; структуровані; жорстко регламентовані.

У процесі прийняття управлінських рішень необхідно послідовно дотримуватися так званих 4 управлінських стадій, які мають логічну послідовність: орієнтовної, ознайомчої, дозвільної і розпорядчої.

Орієнтовна стадія включає: пошук, виявлення і попереднє вивчення проблемної ситуації. На ознайомчій стадії керівник самостійно або спільно



з колективом поглиблено вивчає управлінську ситуацію, а також способи її вирішення. Після цієї стадії у керівника не повинно бути сумнівів у способах досягнення мети. Саме на цій стадії закладається основа для прийняття оптимального рішення.

Головне завдання *дозвільної стадії* з безлічі рішень управлінської ситуації знайти найбільш вірний варіант вирішення проблеми. Тут слід пам'ятати, що в діяльності керівника не завжди є можливість знайти чіткі критерії для порівняння різних варіантів. Часті випадки, коли один варіант поступається іншому в одному відношенні, але перевершує в іншому.

Розпорядча стадія є логічним завершенням прийняття управлінського рішення. Вона починається з продумування того, як і в якій формі і за яких обставин довести прийняте рішення до виконавця.

Найбільш важливі рішення для забезпечення гласності фіксуються в письмовій формі у вигляді *наказів, розпоряджень, приписів, вказівок*.

Наказ — це правовий акт, який видає перша особа організації. Уміння дотримуватися правил оформлення наказів і складати їх максимально точно безпосередньо впливає на ефективність управлінської діяльності. Документ повинен чітко ставити завдання, визначати тимчасові рамки і відповідальність співробітників. З нього починається будь-яка адміністративна дія, тому так важливо знати всі тонкощі його оформлення. У своїй *структурі наказ має наступні частини*: назва в якій відображається мета; констатуюча частина; аналітична частина; ухвалююча частина; додатки.

Вимоги до прийняття управлінського рішення: своєчасність; обґрунтованість; регламентованість; повноважність; відповідність наявним силам і ресурсам; конкретність; коригування; гнучкість і рухливість; збалансованість; побудова за принципом єдиного документа; враховує психологічні аспекти колективу.

19.9. Друга технологічна фаза процесу управління. Планування реалізації управлінських рішень

Після прийняття рішення, з метою підготовки його до запуску керівник спільно з апаратом зобов'язаний розробити механізм його реалізації, тобто скласти і затвердити план реалізації управлінського рішення.

Складання плану реалізації рішення може доручатися, на розсуд керівника, будь-якій посадовій особі, однак затверджується план тільки тим,



хто підписав це рішення. Необхідно чітко уявляти різницю між наказом та планом.

У наказі відображається мета, ресурси, напрямки діяльності, кінцева модель і тільки окремі підказки, як це робити, тобто наказ передбачає відповідь на питання що робити.

У плані керівник вирішує такі питання: *хто, що, як, в якій послідовності виконує і з ким взаємодіє, кому доповідає, хто контролює виконання робіт, погодження та затвердження термінів виконання та ін.* Тобто в плані відображається технологія досягнення мети.

План реалізації управлінського рішення розробляється на кожне рішення у вигляді додатка до наказу.

Розділи плану реалізації: пункт наказу і його зміст; заходи щодо його реалізації; відповідальні виконавці; терміни виконання; відмітка про виконання.

План реалізації управлінського рішення дозволяє:

1. Розподілити працю між посадовими особами;
2. Вибрати як підлеглому, так і керівнику найбільш оптимальний варіант досягнення мети;
3. Підвищити дисципліну, відповідальність і зробити кожну посадову особу контрольованою.

19.10. Третя технологічна фаза процесу управління. Доорганізація і регулювання системи

Виконання даної технологічної фази забезпечується різними управлінськими функціями, але перш за все, організацією і регулюванням. На цій фазі керівник повинен переконатися в повній готовності системи до реалізації конкретного управлінського рішення, в іншому випадку необхідно створити всі умови необхідні для виконання прийнятого рішення.

Керівник широко використовує такі форми регулювання системи: співбесіду з фахівцями і посадовими особами; колегії або медичні (лікарняні) наради; збори співробітників; ділові наради; обходи і виїзди на місце.



19.11. Четверта технологічна фаза процесу управління. Контроль за реалізацією управлінського рішення

Контроль — це систематична, позитивна оцінка діяльності системи, спрямована на наближення фактичного виконання плану-завдання (програми) до запланованого результату.

Види контролю: *попередній; направляючий; фільтруючий і заключний.*

Попередній контроль використовується на етапі вироблення і прийняття управлінського рішення з метою попередження прийняття неправильного рішення. При цьому використовується переважно, оперативна інформація з власних джерел.

Направляючий контроль дозволяє вносити певні корекції (перерозподілити обов'язки, змінити терміни виконання, тощо) в ході виконання рішення задля оптимального шляху досягнення кінцевих результатів.

При *фільтруючому контролі* керівник диференціює або як би фільтрує, заходи, що проводяться в альтернативній формі. Зроблено — добре чи погано. Будь-які зміни в програму дій, перелік заходів і термінів їх виконання тут не допускається.

Заключний контроль — це вид контролю з оціночними показниками, з виходом на кінцеві результати (мету). При цьому використовуються елементи як позитивного, так і негативного стимулювання співробітників.

Вимоги до процесу контролю: безперервність; використання трьох фаз успішності (кваліфікація, інформація і знання технології); позитивність і доброзичливість (контроль повинен розглядатися як допомога); знати і враховувати психологічні аспекти праці (знання керівником складу і особливостей співробітників); ставлення їх до праці; характер їх взаємовідносин.

ТЕМА 20. УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ

20.1. Соціально-психологічні аспекти управління персоналом

Ефективне керування персоналом залежить від індивідуальних якостей керівника. Вимоги до керівника формуються соціальними ролями, які запропоновані підприємством. Це можуть бути ролі лідера, адміністратора, планувальника, підприємця.



Класифікація ролей керівника: мислитель, організатор, кадровик, вихователь, постачальник, громадський працівник, новатор, контролер, дипломат.

Особистісні характеристики керівника: інтелект, що характеризує розумові здібності та розвиток особистості; домінантність, впевненість у собі, володіння собою, емоційна врівноваженість та стресостійкість; креативність, чи здатність до творчості; цілеспрямованість, прагнення до досягнення мети; підприємливість, готовність до обґрунтованого ризику; рішучість, готовність брати на себе відповідальність; надійність у відносинах з підлеглими, керівництвом та клієнтами; комунікабельність, вміння працювати з людьми; формулювання принципів діяльності для своїх підлеглих і для всієї організації; делегування значної частини відповідальності іншим; облік вимог конкретної ситуації; надання підлеглим можливості для самовираження; заохочення підлеглих до постановки собі високих цілей; раціональне використання робочого дня; прагнення до самовдосконалення; використання конструктивної критики щодо діяльності організації; здатність максимально використовувати можливості співробітників шляхом їх правильного розміщення та мотивації.

Особливо важливою для організації є наявність у керівника якостей лідера. Найкращі лідери зазвичай дотримуються загального комплексу цінностей, куди входять «справедливість, рівність, неупередженість, цілісність, чесність, довіра».

Здібності лідера у керівника можна визначити за тим, наскільки він відповідає таким вимогам як безперервне самовдосконалення, орієнтація на служіння іншим, випромінювання позитивної енергії, доброзичливість та ухилення від сприйняття негативної енергії та конфліктів; віра в інших; раціональний розподіл часу та зусиль; внутрішня впевненість, оптимізм, свіжий погляд на події; самокритичність, толерантність (терпимість), визнання заслуг інших та рівного для всіх права на самовираження; турбота про фізичне здоров'я, інтелектуальний та духовний розвиток.

Керівники за допомогою методів управління впливають на процес досягнення поставлених перед організацією цілей на всіх його етапах — планування, організації, мотивації та контролю. *Умовно управління можна поділити на дві взаємопов'язані частини:* управління діяльністю; управління співробітниками.

У процесі управління персоналом можна виділити три аспекти: поводження окремого співробітника; поведінка співробітників у групах; поведінка керівника та його вплив на поведінку окремих співробітників та груп.



Управління діяльністю включає її планування, постановку виробничих завдань, систему обліку, контроль за виконанням завдань.

Управління співробітниками пов'язане із забезпеченням співробітництва між усіма членами організації, кадровою політикою, навчанням, інформуванням, мотивацією працівників. Відповідно до діяльності організацій, управління співробітниками означає прагнення досягти максимальних результатів в роботі.

Водночас метою управління персоналом є досягнення співробітниками їх цілей, насамперед тих, які відповідають інтересам організації.

Управління — це процес спрямований на діяльність окремого працівника, групи або організації в цілому з метою досягнення поставлених цілей у конкретних умовах. Воно є взаємодією між керівником і підлеглим йому персоналом. За змістом робота керівника полягає у тому, щоб орієнтувати поведінку і дії людей, спрямовуючи і мотивуючи їх на досягнення спільних цілей. За характером така робота в основному — це взаємодія, співпраця між керівником та працівниками. Важливою компонентою роботи керівника є наставництво та виховання персоналу.

Дії керівника визначаються тим, як він розуміє свої функції та завдання, що лежить в основі його рішень.

Керівнику доводиться виконувати різні ролі та функції. На думку Р. Мінцберга, роль управлінської діяльності — це набір певних поведінкових правил, які відповідають конкретній установі чи посаді. Цим автором виділено десять управлінських ролей, які реалізуються у сферах прийняття рішень, інформаційного обміну та міжособистісних відносин.

Визначальна роль керівника впливає з того, що він наділений повноваженнями приймати рішення та координувати діяльність персоналу.

У діяльності керівника тісно переплітаються функції адміністратора, організатора, спеціаліста, інформаційного центру, вихователя.

В ролі адміністратора керівник використовує свої повноваження для забезпечення функціонування організації, розробляючи та реалізуючи кадрову політику комплектування штатів, підбір, навчання, розстановку та переміщення кадрів.

Виконуючи функцію організатора, керівник створює умови для ефективної праці, скоординованих дій працівників, зайнятих управлінням та виробництвом. І тому керівник має чітко розуміти мети діяльності, вміти визначати найбільш суттєві у цьому періоді завдання, оцінити передумови, ресурси та методи їх вирішення.



Керівник повинен бути професійно підготовленим, мати знання і досвід у конкретній сфері діяльності, оскільки його функціями є конкретне формування завдань, компетентний аналіз та ефективний контроль за їх виконанням.

Функція керівника як споживача, генератора та передавача інформації ґрунтується на широких комунікативних зв'язках його із зовнішнім та внутрішнім середовищем. Завдяки цим зв'язкам він приймає інформацію від її розповсюджувачів, експертів та підлеглих і сам є джерелом інформації для зовнішніх організацій та власного персоналу.

Виховна функція керівника є особливо важливою, оскільки вона пов'язана з керівництвом співробітниками та спрямована на розвиток трудового потенціалу кожної особистості та колективу в цілому. Для цього важливо, щоб керівник мав вплив на підлеглих, наскільки можливо, прагнучи виконання не силою наказу, а силою переконання, щоб прийняті ним рішення в результаті такої діяльності мали виховні наслідки.

Інструментами виховання є позитивні результати діяльності організації. Дедалі більшого значення набувають уміння керівника створювати таку моральну атмосферу, яка стимулювала б ефективну діяльність та блокувала небажані, зокрема конфліктоутворюючі, процеси.

У взаємовідносинах керівника із працівниками вирішальне значення має його авторитет. Авторитет керівника — це загально визнаний неформальний вплив його на підлеглих, що базується на знаннях, моральних якостях, досвіді; це форма здійснення влади. Джерелами авторитету керівника є статус та престиж. Доповнюючи одне одного, вони створюють передумови для нормального функціонування організації.

Посадовий авторитет визначається системою субординації у структурах управління, наданими повноваженнями щодо прийняття управлінських рішень та виконання їх підлеглими, у тому числі із застосуванням методів примусу. Він є правовою передумовою становлення авторитету керівника. Реальною умовою створення авторитету є правильний стиль спілкування з підлеглими та колегами, який викликає доброзичливу реакцію підлеглих на атрибути соціального статусу, а саме: необхідність виконання функціональних обов'язків передбачає розуміння, методи діяльності — схвалення, а особисті якості — повагу. І тут можна говорити, що керівник є лідером колективу.

Керівник-лідер має службовий і особистий авторитет. Для цього він повинен мати високорозвинені ділові та особистісні якості, здібності до спілкування і встановлення контактів з персоналом.



Результативність діяльності керівника залежить від таких чинників, як особисті якості, досвід роботи на керівній посаді; освіта в галузі управління та бажання працювати керівником.

20.2. Потреби та ціннісні орієнтації працівників, їх облік у процесі мотивації трудової поведінки

Важливим аспектом у менеджменті персоналу є пізнання потреб та ціннісних орієнтацій працівників, їх облік у процесі мотивації трудової поведінки.

Первинні потреби за природою фізіологічні та, як правило, вроджені. Це потреба в їжі, воді, сні, повітрі тощо.

Побічні потреби за природою психологічні. Це потреби в успіху, повазі, прихильності, владі, самовираженні чи самореалізації. Якщо первинні потреби закладено генетично, то вторинні зазвичай залежить від соціальної сфери і усвідомлюються з досвідом. Оскільки співробітники мають різний обсяг набутого досвіду, їх вторинні потреби різняться значніше, порівнюючи з первинними.

Потреби неможливо безпосередньо спостерігати чи вимірювати. Про існування таких можна судити лише з поведінки людей. Коли людина відчуває потребу, вона перебуває у стані спрямованості (ціннісної орієнтації).

Залежно від основних груп потреб розрізняють мотивацію матеріальну, трудову і статусну.

Матеріальна мотивація — прагнення достатку, вищого рівня життя — залежить від рівня особистого доходу, його структури, диференціації доходів в організації та суспільстві, дієвості системи матеріальних стимулів, що застосовуються в організації.

Трудова мотивація породжується безпосередньо роботою, її змістом, умовами, організацією трудового процесу, режимом праці. Це внутрішня мотивація людини, сукупність її внутрішніх рушійних сил поведінки, щодо роботи як такої.

Статусна мотивація є внутрішньою рушійною силою поведінки людини, пов'язаної з її прагненням обійняти вищу посаду, виконувати складнішу і відповідальну роботу, працювати у престижних, соціально значущих сферах організації.

Крім того, людині може бути властиве прагнення лідерства. Люди у своєму ставленні до роботи керуються кількома мотивами, але деякі з них переважають. Ця перевага дозволяє виділити основні типи моти-



вацій (інструментальну, професійну, патріотичну, господарську, люмпеновану). Тому для керівника є важливим знання як потреб підлеглих, так і їх ціннісних орієнтацій.

Формами усвідомлення потреб та ціннісних орієнтацій є соціальна установка та соціальна оцінка. Соціальна установка — це вираз ціннісної орієнтації у формі соціально обумовленої схильності особистості (групи) до певних явищ, людина дій. Соціальна оцінка відбиває ставлення суб'єкта до об'єкта, визначення відповідності об'єкта сформованим суб'єктом критеріям. Оскільки будь-яка оцінка ґрунтується на певних принципах, то в реальному житті у працівників можуть формуватися різні оцінки щодо тих самих об'єктів і суб'єктів.

Цінностями в процесі праці є сама праця та різні аспекти трудової діяльності, щодо яких працівник формує своє ставлення. Оцінка різних аспектів праці є результатом відображення у свідомості працівників конкретної трудової ситуації. За підсумками сформованих у колективі цінностей виникають чи спеціально встановлюються правила, стандарти трудової поведінки працівників (норми поведінки).

Цінність роботи полягає як у її самостійному значенні для розвитку особистості, реалізації її творчого потенціалу, самовираження та самоствердження, так і в тому, що вона є способом задоволення потреб у різних благах, які також є своєрідними цінностями для працівника.

Загалом процес мотивації трудової поведінки визначається конкретним станом соціальної групи, її соціальними нормами, статусом працівника, системою потреб та соціально-психологічними формами їх відображення. Звідси мотив визначається як потреба, ціннісна орієнтація та інтерес суб'єкта, що спонукає його до прийняття рішення діяти певним чином у конкретній ситуації.

20.3. Особливості реалізації управлінських рішень з урахуванням соціально-психологічних особливостей колективу

По відношенню до роботи соціальні психологи поділяють працівників на три групи

– *Перша група* — досягають мети, незалежно від цього, нагороджують чи карають в процесі роботи, тобто, це одержимі особи. Такі особи, як правило, не вимагають, а часом і не терплять надмірного контролю їх діяльності в процесі виконання завдання.



– *Друга група* — цілі досягають, але працездатність і творча ініціатива їх залежить від частоти, форми та методів стимулювання їх праці. Це особи з «претензією на щось». Для цієї категорії співробітників надзвичайно важливим є «публічне» визнання їхніх заслуг та успіху. Інакше вони можуть вступити в конфронтацію чи опозицію стосовно керівника, а нерідко, і колективу.

Контроль їхньої діяльності потрібен, але професійно щадний чи аргументовано-обґрунтований, за фактом конкретної діяльності. Можна, а часом слід, щодо таких осіб вживати ті чи інші заходи адміністративного впливу;

– *Третя група* — особи, які працюють через те, що бояться бути покараними. Це група співробітників малоактивних та малоініціативних, звикла та працює за встановленими правилами, рекомендаціями, прописами чи технологіями.

Самостійності в їх роботі немає, тому вони потребують дієвого контролю з боку керівника.

20.4. Процес спілкування. Управління стресовими факторами

Особливе значення для успішного управління персоналом має комунікативний процес, на який керівники витрачають від 50 до 90% часу. Це пов'язано з необхідністю для керівника реалізувати свою роль у міжособистісних відносинах, брати участь у прийнятті рішень та виконувати управлінські функції планування, організації, мотивації, координації, регулювання та контролю. Усі види менеджменту ґрунтуються на обміні інформацією.

Комунікація — це обмін інформацією, в основі якого керівник отримує необхідну інформацію до ухвалення ефективних рішень і доводить їх до працівників. Обмін інформацією включений у всі види управлінської діяльності, тому комунікація є процесом.

Комунікації поділяються на дві великі групи: між організацією та її середовищем, між рівнями управління та підрозділами.

До першої групи належать комунікації, що являють собою інформаційну взаємодію із зовнішнім середовищем.

До другої групи належать комунікації між рівнями управління та підрозділами. До неї входять міжрівневі комунікації між різними підрозділами, комунікації «керівник — підлеглий», між керівником та робочою групою, неформальні комунікації.



Слід розрізняти комунікації, що здійснюються між підрозділами та окремими співробітниками вертикально (за низхідною лінією — письмові накази, усні розпорядження, виступи, конференції, публікації та ін.; за висхідною — службова записка, звіти про виконану роботу, телефонну розмову або через електронні засоби, скарги та інше); і горизонтально — пропозиції про спільні дії, наради, надання даних для іншого розділу та ін.

Здійснення комунікацій відбувається усно, письмово (у тому числі з використанням електронної пошти) та невербально (поведінка людини: інтонація, поза, погляд, гримаси обличчя, тембр голосу).

У соціальній психології комунікацією називається передача інформації, повідомлення. Вона може мати двосторонній і односторонній характер.

Комунікації у системі управління персоналом є двостороннім процесом, оскільки відбувається взаємний обмін інформацією між суб'єктом та об'єктом управління, тобто між керівниками та підлеглими. Такі комунікації реалізуються як процеси спілкування людей організації.

Контакт — спосіб передачі (може бути безпосереднім або непрямим).

Код — вербальний (мовленнєвий), невербальний (міміка, жести, інтонація).

Повідомлення — передає зміст інформації.

Контекст — змістове поле, у якому повідомлення стає інформативним.

Контакт у процесі спілкування — це комунікація із зворотним зв'язком. Одиницею контакту є комунікативний стимул, чи комунікат. Обмін комунікатами називається угодою.

Комунікати можуть бути елементарними чи складними; доброзичливими чи негативними; вербальними чи невербальними. Транзакції у процесі спілкування передбачають використання кількох кодів одночасно.

Спілкування — це міжособистісний чи міжгруповий процес, в основі якого лежить обмін між людьми результатами їхньої психологічної діяльності: засвоєною інформацією, думками, оцінками, почуттями, установками тощо.

У спілкування люди вступають із певного приводу. Воно обов'язково має або передбачає певний результат — зміну діяльності чи поведінки інших людей. У процесі спільної діяльності поряд із взаємодіючими суб'єктами спілкування є предмети спілкування, які визначають його зміст. Отже, під управлінням персоналом спілкування реалізується як ділове (офіційне, формальне). Водночас в організації є і неформальні комунікації, що виникають на психологічній основі. Контакти, в яких виявляються особисті якості співробітників, їхні думки, почуття, емоції у спілкуванні, є найбільш прийнятними та поширеними в організації.



На інтегральному рівні спілкування забезпечує функціонування організації, виконуючи такі функції:

- *регулювання* — в процесі спілкування здійснюється прямий та опосередкований вплив на персонал — організуються спільні дії, узгоджуються цілі та методи їх досягнення;
- *соціального контролю* — підтримання відповідності методів, форм, принципів роботи нормативним вимогам, зафіксованим у розпорядженнях, наказах, групових та соціальних нормах;
- *соціалізації* — засвоєння персоналом, особливо молодими працівниками, соціальних норм, комунікативних навичок та умінь, прогресивних стандартів поведінки, орієнтованості на інтереси організації тощо.
- *соціально-педагогічну* — впливом виховання та розвитку особистості працівників.

На локальному рівні (спілкування між керівником та підлеглим) управлінське спілкування виконує такі функції:

- *контактну*, метою якої є встановлення контакту та підтримки взаємозв'язку у формі постійного взаємного орієнтування;
- *інформаційного обміну* повідомленнями, думками, планами, рішеннями;
- *спонукальну* — стимуляція активності працівника з метою виконання ним певних дій;
- *координаційну* — взаємне орієнтування та узгодження дій для організації діяльності;
- *розуміння* — адекватне сприйняття сенсу повідомлення та розуміння намірів, переживань, станів співрозмовника;
- *амотивну* — пробудження у співрозмовника необхідних емоційних переживань, і навіть зміна;
- *налагодження відносин* — усвідомлення свого місця в системі статусних ролей, ділових, міжособистісних зв'язків у групі;
- *впливу* — зміна станів, поведінки, ціннісно-мотиваційної сфери (намірів, установок, думок, рішень, уявлень, потреб, стандартів поведінки).

В управлінні персоналом спілкування є самостійним компонентом управлінської діяльності, що здійснюється за допомогою специфічних засобів — (мовних та немовних) та характеризується суб'єктивною орієнтованістю.

Виділяють три види спілкування: комунікативне; інтерактивне; перцептивне.

В управлінському спілкуванні суб'єкт та об'єкт управління обмінюються інформацією у формі рішень, планів, ідей, звітів, доповідей, повідомлень.



Саме ділове спілкування виступає як комунікативний процес, особливостями якого є: наявність зворотного зв'язку; наявність комунікативних бар'єрів; феномен комунікативного впливу.

Інтерактивна сторона управлінського спілкування пов'язана з організацією праці — її поділом, кооперацією, синхронізацією відповідно до технологічного процесу.

Перцептивна сторона управлінського спілкування визначається як процес сприйняття та взаєморозуміння між учасниками управлінських відносин.

На характер спілкування важливий вплив має статус учасників спілкування. За цим показником виділяють:

- горизонтальне спілкування, коли спілкуються особи, рівні за статусом;
- вертикальне спілкування, тобто спілкування керівника та підлеглого.

За спрямованістю управлінське спілкування може бути:

- особистісно-орієнтованим (звернення адресоване конкретній особі);
- соціально-орієнтованим (звернення адресоване групі).

За функціональним призначенням виділяються такі види чи жанри управлінського спілкування:

- Наказ — за допомогою наказів доводяться управлінські рішення до виконавців;
- Бесіда — використовується для психологічного впливу на працівника, отримання додаткової інформації про ситуацію в організації;
- Наради — проводяться для обговорення різних варіантів вирішення проблем та прийняття рішень;
- Звіти — використовуються для здійснення контролю за виконанням управлінських рішень;
- Переговори між різними суб'єктами, які дозволяють ухвалити загальне рішення.

Особливу увагу варто звернути на психологічний стан працівника, що виникає в процесі комунікацій та трудової діяльності. Насамперед, це стосується стресових станів людини.

Стрес, по-перше, особливий нервовий стан індивіда, породжений тим, що навколишня дійсність у його сприйнятті суттєво відрізняється від очікуваної. По-друге, стрес — це психологічний процес пристосування до такого стану організму, спрямований на його самозбереження. *Розрізняють кілька видів стресу:*

- фізіологічний, спричинений зайвими фізичними навантаженнями;
- психологічний, обумовлений складними відносинами з оточуючими;



- інформаційний, породжений надлишком, нестачею чи безсистемністю життєво важливої інформації;
- управлінський, зумовлений високою відповідальністю за наслідки прийнятих рішень, особливо в умовах нестачі часу;
- емоційний, який проявляється у ситуаціях загрози, небезпеки, несподіваної радості.

До основних джерел стресових ситуацій належать:

- особливості трудового процесу (ритм, напруженість, одноманітність, монотонність, відсутність необхідних перерв);
- становище індивіда у створенні (високе — звичайне пов'язані зі значними нервовими і фізичними навантаженнями, низьке — з малою престижністю, поганими умовами праці, неможливістю реалізувати себе, відсутністю належної поваги з боку оточуючих, незадовільною заробітною платою);
- службові конфлікти, несприятливий морально-психологічний клімат у колективі, відсутність взаємної підтримки та допомоги, погані стосунки з керівництвом;
- проблеми щодо службових і сімейних відносин.

Для управління стресом необхідно ретельно проаналізувати ситуацію, виявити фактори, що його породжують, та визначити, які з них зазнають цілеспрямованого впливу.

Потім відбувається первинне втручання з метою їхнього ослаблення або повного подолання, наприклад, організаційні перетворення у вигляді перепроєктування робіт (збагачення їх утримання, скорочення обсягу, посадова ротація, поліпшення умов праці) або нарощування ресурсів, необхідних для подолання стресу.

Якщо це не допомагає, виникає необхідність у вторинному втручанні — підвищенні здібностей індивіда самостійно впоратися з причинами та симптомами стресу. Для цього, наприклад, можна пройти тренінг.

До основних психологічних способів управління стресом належать:

- *вольовий контроль за станом свого організму шляхом* навчання відповідним методам (наприклад, послідовній м'язовій релаксації — вправам з розслаблення та напруги м'язів, аутотренінгу тощо).
- *свідома зміна процесів сприйняття та оцінки ситуації.* Тут можна назвати: заперечення (ухилення від сприйняття негативної інформації); витіснення (забуття або перемикання на інше); прийняття обставин такими, якими вони є, заміщення недосяжної мети досяжною, доступнішою; раціоналізацію (навіювання собі думки про малозначущість проблеми, незацікавленість у ній насправді та ін.).



- емоційно-психологічна розрядка за допомогою сну, сліз, розмови з близькими, друзями.
- зміна позиції щодо проблеми у вигляді зниження вимог та претензій до себе та інших, передовіри її вирішення іншим, обмеження власних контактів, ігнорування та бездіяльність.

20.5. Управління конфліктами

Серед найзначущих соціально-психологічних аспектів менеджменту персоналу варто виділити управління конфліктними ситуаціями в організації як невід'ємної частини соціального життя та взаємодії людей.

Конфлікт у створенні виявляється у зіткненні та боротьбі її членів за розподіл і перерозподіл ресурсів, за владу, зміна статусу та інших. З цих позицій конфлікт має передусім функціональну роль, що допомагає своєчасно виявити проблеми у її діяльності та стимулювати розвиток.

Ф.М. Бородкін та Н.М. Коряк визначають конфлікт як зіткнення протилежно спрямованих цілей, інтересів, позицій, думок, поглядів двох чи більше людей.

Виникненню конфлікту передуює конфліктна ситуація, яка передбачає: наявність об'єкта конфлікту; протилежні цілі учасників конфлікту; відсутність відкритих зіткнень, які усвідомлюються як конфлікт.

Об'єктом конфлікту і те, що викликає цю конфліктну ситуацію. Часто це зовнішній привід, а не причина.

Учасники конфліктної ситуації перебувають у постійній ворожнечі, або виступають у ролі опонентів як представники різних груп, підрозділів, організації загалом. Звідси сила кожного у досягненні перемоги неоднакова визначається так званим рангом опонента. Так, опонентом першого рангу є індивід, що виступає від власного імені та переслідує особисті цілі; опонент другого рангу — це група, яка має групові цілі; опонент третього рангу — структура, що складається з кількох взаємодіючих груп. У складних організаційних структурах ранг опонентів може зростати.

Обов'язковою умовою переростання конфліктної ситуації у конфлікт є певні дії з боку опонентів, спрямовані на досягнення своїх цілей. Такі дії називаються інцидентом.

Формула конфлікту набуває виразу:

$$K = \text{Конфліктна ситуація} + \text{інцидент} \quad (20.1)$$



У свідомості людей конфлікт найчастіше ототожнюється з агресією, погрозами, суперечками, ворожістю. У результаті поширена думка, що конфлікт є небажаним явищем і його необхідно негайно вирішувати, щойно він виник. Так, прихильники школи людських відносин в управлінні вважали, що конфлікт — це зло, і його слід уникати.

Визнаючи можливість протиріч між цілями окремої особистості та організації, між лінійними та функціональними підрозділами, між повноваженнями та можливостями керівників тощо, вони розглядали конфлікт як ознаку неефективної діяльності організації та системи управління. На їхню думку, конфлікти не виникають, якщо в організації є добрі відносини між працівниками.

Наслідки конфлікту залежать від того, наскільки ефективно ним управляють. Щоб керувати конфліктом, потрібно знати причини його виникнення.

Сучасний підхід до конфлікту дозволяє виділити такі моменти, які мають враховувати менеджери: силове придушення конфлікту веде до його загострення; знання причин та законів протікання конфліктів допомагає зменшувати їх негативні наслідки; у багатьох випадках організація та спеціальне регулювання трудових відносин дозволяють використовувати енергію конфлікту у творчих цілях.

Очевидно, як і будь-яке інше явище, конфлікти мають свої плюси та мінуси. Для управління персоналом особливого значення набувають функції конфліктів, які можна розглядати як позитивні та негативні.

Залежно від причин виділяють види конфліктів: конфлікти цілей, конфлікти обставин, конфлікти культур, спровоковані конфлікти.

Усі класифікації конфліктів певною мірою умовні, і практично у будь-якому з них присутні ознаки тієї чи іншої класифікації. Однак знання характеристик, на яких ґрунтуються різні класифікації конфліктів, важливі для розуміння їхньої природи та способів врегулювання.

Типи конфліктів визначають використовуючи різні підходи. Наприклад, *за рівнем виникнення розрізняють:* внутрішньоособистісний, міжособистісний, конфлікт між особистістю та групою, конфлікт між групами; *за ступенем прояву:* конфлікт відкритий, прихований, потенційний; *за спрямованістю:* конфлікт вертикальний та горизонтальний; *за способами рішення:* антагоністичний, компромісний та ін.

Управління конфліктами передбачає усунення причин, що є основою конфлікту, та організацію взаємодії конфліктуючих сторін. З відомих



методів управління конфліктами найефективнішими є: структурні та між-особистісні методи (стилі).

До структурних методів вирішення конфліктів належать: роз'яснення працівникам та підрозділам вимог щодо роботи (повноважень та відповідальності, очікуваних результатів, процедур та правил); координація та інтеграція дій конфлікуючих сторін; формування комплексних цілей, що дозволяють об'єднати та скоординувати цілі учасників конфлікту; зміна системи винагороди.

До міжособистісних методів вирішення конфліктів належать: примус, для якого є характерним високий рівень уваги до своїх інтересів і низький — до інтересів інших (можливо лише за явної владної переваги однієї зі сторін); вирішення проблеми, характеризується значною увагою як до своїх інтересів, так і до інтересів іншої сторони, передбачає обмін думками та пошук рішень, які задовольняють усіх (до речі, найбільш продуктивний, оскільки закінчується виграшем обох сторін та їх переходом до розуміння та співробітництва); *відхилення*, яке відрізняється низьким ступенем уваги як зі своїми інтересами, так і до інтересів іншої сторони, що передбачає уникнення обговорення проблеми (найменш продуктивною, оскільки не вирішує проблеми, що викликала конфлікт); *згладжування*, що ґрунтується на високому ступені уваги до інтересів іншої сторони та на низькому — з власними інтересами (відмова від вирішення проблеми, блокування розвитку «тихий вир» і, отже, «програв» обох сторін); *компроміс*, тобто пошуки вирішення проблеми взаємними поступками (встановлення компромісу на ранніх стадіях конфлікту не вирішує реальних проблем і може бути неконструктивним). Керівництво конфліктами залежить від його типу.

Конфлікти в організаціях відбуваються, проходячи кілька стадій — зародження, розгортання, розквіту, згасання.

На стадії зародження конфлікт є прихованим та розвивається на психологічному рівні. На стадії розгортання конфлікту зростає соціальна напруга, активізуються дії сторін. Активні дії досягають апогею на стадії розквіту конфлікту, коли загострюються й емоційні пристрасті. Стадія згасання конфлікту настає, коли ресурси обох сторін вичерпуються, і вони доходять згоди, завдяки чому активні дії припиняються і відновлюється робота.

Конфлікт може бути вирішений внаслідок трьох типів дій: односторонніх, коли кожен учасник діє на свій страх та ризик; взаємоузгоджених, наслідком чого є компроміс на основі взаємних поступок; інтегрованих, які передбачають співпрацю, спільний пошук шляхів вирішення проблеми.



Оскільки конфлікти можуть зашкодити організації як матеріально, так і морально, керівництво зацікавлене у якнайшвидшому їх подоланні та попередженні. І тут, під управлінням конфліктами розуміють цілеспрямовані дії з ліквідації (мінімізації) причин виникнення конфлікту чи корекцію поведінки учасників. Запобігання конфліктам ґрунтується на ефективних способах управління конфліктною ситуацією.

Існує кілька груп методів керівництва конфліктними ситуаціями: структурні; міжособистісні; агресивні дії у відповідь.

Міжособистісні методи вирішення конфлікту полягають у тому, щоб особистість правильно організувала свою поведінку та спілкування з іншими людьми. Зокрема, свої судження щодо певних проблем не повинні супроводжуватись звинуваченнями в них іншої сторони, а висловлювати у формі побажань. *Що стосується конфліктних особистостей, то за умови продовження з ними ділових відносин керівнику при спілкуванні слід виходити з того, що:* у цих людей є певні приховані потреби; свої емоції потрібно взяти під контроль та дати вихід їх емоціям; не приймати на свій рахунок їх слова та поведінку; визначити, до якого типу важких людей вони відносяться; переконати їх говорити правду, бачити в них позитивні якості.

Міжособистісні методи вирішення конфліктів ґрунтуються на обліку стилів поведінки конфліктуючих сторін та природи самого конфлікту. Існує п'ять стилів вирішення конфліктів, критеріями вибору яких є рівень задоволення власних інтересів та інтересів іншої сторони. Форми поведінки в конкретному конфлікті, відповідно до цих критеріїв, представлені у вигляді сітки Томаса-Кілменна:

Стиль конкуренції полягає в тому, що одна зі сторін конфлікту намагається задовольнити власні інтереси, не беручи до уваги інтереси іншої сторони, і змушує її приймати запропоновані рішення. Ефективним цей стиль може бути тоді, коли ця людина має владу та переконана у правильності вирішення даної ситуації.

Стиль ухилення використовується тоді, коли одна зі сторін вважає, що проблема не має для неї значення, а вирішення її потребує значних зусиль. *Стиль пристосування* означає, що одна зі сторін конфлікту не намагається відстоювати власні інтереси та взаємодіє з другою стороною, оскільки для останньої ці інтереси важливіші або вона має більшу владу.

Стиль компромісу передбачає, що обидві сторони конфлікту трохи поступаються власними інтересами, щоб частково задовольнити їх і визнати загальне рішення.



Стиль співробітництва полягає в тому, що кожна зі сторін конфлікту, обстоюючи власні інтереси, намагається врахувати інтереси опонента.

Спільні рішення ухвалюються шляхом переговорів.

Структурні методи — це методи на організаційні трудові конфлікти, що виникають через неправильний розподіл повноважень, недоліки в організації праці, системах стимулювання.

Одним з ефективних методів управління та запобігання конфліктам є роз'яснення вимог щодо роботи. Кожен працівник повинен чітко знати свої обов'язки, повноваження, етапи роботи, які результати очікують від нього.

Метод реалізується через систему посадових інструкцій, розподілу правил та відповідальності за рівнями управління.

Координаційні та інтеграційні механізми — це ланцюг команд, чітке визначення ієрархії повноважень та взаємодії людей, порядку прийняття рішень, інформаційних потоків. Ці механізми передбачають втручання керівника в конфлікт між двома співробітниками.

Загальноорганізаційні комплексні цілі — це напрямок зусиль персоналу для досягнення поставленої мети.

Структура системи винагород передбачає використання таких форм і методів оплати та стимулювання праці, що враховують особистий внесок кожного працівника організації у кінцеві результати.

Для управління конфліктами використовуються дві стратегії: запобігання конфлікту; вирішення конфлікту.

Стратегія попередження конфлікту — це сукупність заходів організаційного та роз'яснювального характеру.

Стратегія вирішення конфлікту залежить від ситуації та передбачає такі способи, як примус та переконання, підкріплене стимулювання.

Соціально-психологічний клімат у трудовому колективі. Створення сприятливого соціально-психологічного клімату в колективі є одним з основних завдань менеджерів, оскільки його рішення створює важливі передумови для ефективної роботи.

Про важливість сприятливого психологічного клімату можна робити висновки, наприклад, виходячи з того, що поганий настрій знижує ефективність роботи колективу приблизно в півтора рази. Оскільки обставини піддаються цілеспрямованому впливу, психологічний клімат можна певною мірою формувати та коригувати. Психологічний стан колективу характеризується ступенем задоволеності учасників своїм становищем. На нього впливають характер та зміст роботи, ставлення до нього людей, престижність, розміри винагороди, перспективи зростання, наявність



додаткових можливостей (вирішити якісь власні проблеми, побачити світ, познайомитись з цікавими чи корисними людьми, прославитись), місце здійснення, психологічний клімат. Багато в чому психологічний стан колективу залежить і від уміння його членів свідомо жити за його законами, підкорятися встановленим вимогам та порядкам.

Результатом згуртованості колективу є покращення індивідуальної адаптації до навколишнього оточення та активніше залучення людей до діяльності, відчуття ними особистої безпеки.

До соціально-психологічних параметрів колективу, якими можна керувати, належать: згуртованість колективу; сумісність працівників, які до нього входять; психологічний клімат; колективна думка та настрої; традиції колективу.

Згуртованість колективу визначається, перш за все, ціннісно-цільовою та мотиваційною єдністю його членів. Саме ці умови характеризують індивідуальну поведінку співробітників колективу та ступінь їх внутрішньогрупових зв'язків, а також рівень згуртованості по об'єктах, важливих для груп загалом. Міра спільності мети, позиційної та мотиваційної єдності у групах та колективах неоднакового рівня розвитку буде різною.

Сумісність співробітників, які входять до колективу, їх взаємовідносини також є важливою умовою ефективної роботи колективу. Між людьми, зайнятими спільною працею, виникає проблема психологічної сумісності, що забезпечує особисте задоволення від роботи, дружні стосунки і на цій основі — успіх колективної праці.

За психологічної сумісності учасників спільної діяльності поведінка та вчинки одного викликають схвалення та позитивні емоції в інших. За психологічної несумісності поведінка одного викликає негативні емоції та недоброзичливе ставлення інших. Тому керівник повинен домагатися єдності у розумінні основних цілей колективу та засобів їх досягнення. Це умова сприятливих міжособистісних відносин. У високорозвинених виробничих колективах, де єдина цільова спрямованість переважає морально ціннісні соціальні мотиви, кожен цікавиться справами та успіхами всього колективу, турбується про престиж своєї групи та віддає всі сили для досягнення колективних цілей.

Для створення нормальних взаємовідносин вирішальною є не психофізіологічна, а соціально-психологічна сумісність співробітників. Соціальна сумісність виникає у тому випадку, коли члени колективу визнають у колегах, зокрема й у керівництві, здатність виконувати взяті на себе соціальні функції, коли члени колективу вважають, що і співробітники і керівник



відповідають посаді, яку обіймають. Керівник, зі свого боку, також вважає своїх підлеглих людьми компетентними і здібними у професійному відношенні. Збіг взаємних (обов'язково позитивних) оцінок керівника та підлеглих є важливою умовою їхньої соціальної сумісності. І звичайно ж, між співробітниками та між керівником та підлеглими має бути взаємна довіра, насамперед довіра до політичних, моральних, професійних та волевових якостей. Якщо група не довіряє, наприклад, одному зі своїх співробітників, то між ними не буде соціальної, а відповідно і психологічної сумісності. Сумісність людей завжди передбачає якусь конкретну діяльність та спілкування. В умовах спільної діяльності з досягнення суспільно-значимих цілей почуття обов'язку та відповідальності стає вирішальним фактором, що визначає взаємини людей. Саме цими неофіційними відносинами відповідальної залежності визначається психологічний клімат колективу.

Психологічний клімат — це неофіційна атмосфера, яка складається у будь-якому колективі. За здорового психологічного клімату співробітники охоче спілкуються один з одним, схильні до взаєморозуміння. В таких умовах створюється доброзичлива емоційна обстановка, і працівник здатний ефективніше вирішувати службові завдання.

Моральний клімат визначається тим, які цінності в колективі домінують: товариськість, принциповість, взаємодопомога, висока свідомість або, навпаки, корисливість, заздрість, кругова порука.

Працездатний, згуртований колектив виникає не одразу — йому передує тривалий процес його становлення та розвитку.

1-ша умова — ясні, зрозумілі цілі діяльності колективу.

2-га умова — наявність певних, навіть дуже незначних досягнень у процесі спільної діяльності.

Для успіху офіційному колективу потрібен сильний керівник, а неофіційному — лідер, якому люди готові підкорятися.

Основні умови формування колективу полягають у ясності цілей, наявності реальних вигод, сумісності працівників наявності спільного керівника тощо. Велике значення у налагодженні психологічного клімату колективу мають чітка організація праці, її механізація, автоматизація та естетика робочих місць.



ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ ЗНАТЬ

До теми 1 «Базові системи охорони здоров'я в світі»

1. Визначте основні критерії функціонування існуючих моделей систем охорони здоров'я в світі.
2. Охарактеризуйте стратегічні цілі моделей системи охорони здоров'я.
3. Які ціннісні характеристики моделей системи охорони здоров'я Вам відомі?
4. Назвіть загальні проблеми охорони здоров'я в світі.
5. Визначте загальні умови успішного функціонування системи охорони здоров'я.
6. Охарактеризуйте державну систему охорони здоров'я. Основи її функціонування, позитивні та негативні риси.
7. Що таке медичне страхування? Які основи його функціонування, позитивні та негативні риси Ви можете назвати?.
8. Дайте характеристику приватної системи охорони здоров'я. Які основи її функціонування, позитивні та негативні риси?
9. Що таке багатокладна система охорони здоров'я?
10. Розкрийте зміст формули фінансування охорони здоров'я відповідно до рекомендацій ВООЗ.

До теми 2 «Пріоритетні напрямки реформування охорони здоров'я в Україні. Інноваційні структурні перетворення в охороні здоров'я України»

1. Визначте термін «реформування охорони здоров'я».
2. Які основні цілі створення системи охорони здоров'я Вам відомі?
3. Назвіть задачі, на які мають бути спрямовані реформи охорони здоров'я.
4. Визначте напрями, за якими здійснюється реформа охорони здоров'я.
5. Охарактеризуйте кожен з напрямів, за якими здійснюється реформа (трансформація первинної ланки, оптимізація мережі закладів системи охорони здоров'я, запровадження електронної системи охорони здоров'я, міжнародні закупівлі ліків та медичних виробів).
6. Охарактеризуйте моделі системи охорони здоров'я України.
7. Які основні проблеми фінансування системи охорони здоров'я Вам відомі?
8. Назвіть стратегічні документи, що визначають шляхи реформування вітчизняної системи охорони здоров'я.



9. Назвіть базові принципи системи охорони здоров'я.
10. Опишіть реформування надання послуг в національній системі охорони здоров'я.
11. Охарактеризуйте реформування фінансування в національній системі охорони здоров'я.
12. Опишіть реформування управління в національній системі охорони здоров'я.
13. Які принципи реформування підготовки кадрів в національній системі охорони здоров'я Ви можете назвати?

До теми 3 «Правові засади охорони здоров'я»

1. Визначте, які аспекти розглядає медичне право?
2. Які міжнародні нормативно-правові акти Вам відомі?
3. Охарактеризуйте види правових статусів.
4. Що таке об'єкт медичних правовідносин?
5. Які основні права медичних працівників Вам відомі?
6. Які основні обов'язки медичних працівників?
7. Наведіть принципи компенсації моральної шкоди у сфері медичної діяльності.
8. Охарактеризуйте види дефектів за оцінкою юридичного наслідку.

До теми 4 «Розвиток та удосконалення електронної системи охорони здоров'я»

1. Що таке система «Електронне здоров'я»?
2. Назвіть електронні реєстри закладів охорони здоров'я.
3. Які відомості включені до кожного з реєстрів?
4. Що таке «декларація про вибір лікаря, який надає ПМД»?
5. Поясніть правила вибору, зміни та відмови від лікаря, який надає ПМД.
6. Які правила заповнення та подання декларації Вам відомі?
7. Назвіть підстави для припинення дії декларації.
8. Що таке електронний рецепт? Основні правила його виписування.
9. Поясніть значення термінів: телемедицина, телеметрія, телемедичне консультування.
10. Визначте завдання телемедичного консультування.
11. Які правила проведення телемедичного консультування Вам відомі?



До теми 5 «Програми забезпечення державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення»

1. Що гарантує держава громадянам у межах програми медичних гарантій?
2. Назвіть принципи Програми медичних гарантій.
3. Які види ставок Вам відомі?
4. Визначте основні завдання Національної служби здоров'я України.
5. Охарактеризуйте Програму медичних гарантій — 2023, які її особливості та пріоритети?

До теми 6 «Організаційно-правові умови запровадження медичного страхування в Україні»

1. Що таке «Медичне страхування»?
2. Яка мета медичного страхування?
3. Визначте завдання медичного страхування.
4. Наведіть головні риси медицини, заснованої на принципах медичного страхування.
5. Які принципи медичного страхування Ви знаєте?
6. Назвіть види медичного страхування?
7. Охарактеризуйте особливості обов'язкового та добровільного медичного страхування.
8. Опишіть історію виникнення страхової медицини в Україні?
9. Які основні аспекти сучасної страхової медицини?
10. Визначте поняття «Страховик»?
11. Що значить поняття «Застрахований»?
12. Дайте визначення поняттю «Страховий ризик», які його види?
13. Які основні ризики для страховика Вам відомі?
14. Що таке страховий поліс та його функції?

До теми 7 «Організація та зміст роботи закладів охорони здоров'я, які надають первинну медичну допомогу»

1. Опишіть історію виникнення первинної медико-санітарної допомоги.
2. Дайте визначення первинної медико-санітарної допомоги.
3. Назвіть основні принципи та завдання первинної медико-санітарної допомоги.
4. Назвіть основні установи, які надають населенню первинну медико-санітарну допомогу.
5. Визначте особливості та етапи надання первинної медико-санітарної допомоги мешканцям сільської місцевості.



6. Яка мета створення центрів первинної медико-санітарної допомоги?
7. Назвіть основні завдання центру первинної медико-санітарної допомоги.
8. Назвіть права та обов'язки центру первинної медико-санітарної допомоги.
9. Яку організаційну структуру має центр первинної медико-санітарної допомоги?
10. Визначте які характерні ознаки поєднують сімейну медицину незалежно від базових систем охорони здоров'я?
11. Назвіть основні функції лікаря загальної практики — сімейної медицини відповідно до вимог Європейського союзу лікарів загальної практики (European Union of General Practitioners).
12. Визначте хто має право працювати лікарем загальної практики — сімейної медицини, його навантаження та функції робочого часу?
13. Які права та обов'язки лікаря загальної практики — сімейної медицини Вам відомі?
14. У чому полягає принцип «Вільний вибір лікаря первинної ланки», його особливості?
15. Назвіть принципи надання медичної допомоги на засадах сімейної медицини.
16. Охарактеризуйте моделі функціонування сімейної медицини.
17. Якою є структура амбулаторії сімейного лікаря та організація її роботи?
18. Охарактеризуйте низку позитивних моментів для пацієнта можливості мати вільний вибір сімейного лікаря.

**До теми 8 «Організація та зміст роботи закладів,
що надають спеціалізовану медичну допомогу. Позалікарняна
та стаціонарна медична допомога»**

1. У чому полягає зміст вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) стаціонарної медичної допомоги?
2. Визначте які заклади надають стаціонарну допомогу?
3. Назвіть медичні послуги, які надаються в стаціонарних умовах.
4. Дайте визначення поняттю «госпітальний округ», принцип створення та характеристику закладів.
5. Визначте функції закладів охорони здоров'я у складі госпітального округу.
6. Як визначають опорні заклади охорони здоров'я?



7. Охарактеризуйте структуру та функції лікарень.
8. Які особливості надання стаціонарної допомоги сільському населенню Вам відомі?
9. Охарактеризуйте лікарні нового типу з особливим статусом: «Клініка, дружня до молоді» та «Лікарня, доброзичлива до дитини».
10. Що таке клініки науково-дослідних інститутів? Яка їх роль у наданні третинної допомоги?
11. Які нові організаційні форми медичного забезпечення окремих груп населення — ВІЛ-інфікованих, хворих на туберкульоз, людей похилого, старечого віку тощо, Ви знаєте?
12. Визначте, що необхідно для збереження психічного здоров'я?
13. Охарактеризуйте процес міжвідомчої координації та міжсекторальної співпраці у сфері психічного здоров'я.

До теми 9 «Організація роботи закладів екстреної (швидкої) медичної допомоги та аналіз їх діяльності»

1. Опишіть історію виникнення служби екстреної (швидкої) медичної допомоги.
2. Яке значення мають служби екстреної (швидкої) медичної допомоги, її закладів?
3. Які задачі вирішують станції (відділення) екстреної (швидкої) медичної допомоги?
4. Які функції станції (відділення) екстреної (швидкої) медичної допомоги Ви знаєте?
5. Яку структуру мають станції екстреної (швидкої) медичної допомоги?
6. Які є види виїзних бригад, їх склад та функції?
7. Опишіть як організоване надання екстреної (швидкої) медичної допомоги в сільській місцевості.
8. Визначте як відбувається взаємодія служби екстреної (швидкої) медичної допомоги з різними медичними установами.
9. Наведіть облікові документи станцій екстреної (швидкої) медичної допомоги, які показники аналізу їх діяльності Ви можете назвати?

До теми 10 «Паліативна та хоспісна медична допомога, досвід кращих практик та особливості організації в Україні»

1. Які види медичної допомоги існують згідно Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»?



2. Що таке паліативна допомога? Дайте визначення.
3. Опишіть історію створення закладів паліативної допомоги та хоспісів.
4. Де і яким чином надається паліативна допомога?
5. Назвіть і дайте характеристику усім рівням, на яких надається паліативна допомога.
6. Визначте яким групам хворих, в першу чергу, потрібно надавати паліативну допомогу.
7. Наведіть основні складові паліативної допомоги та на яких принципах вона ґрунтується?
8. Опишіть структуру паліативної допомоги.
9. Дайте характеристику центрам координації надання паліативної допомоги.
10. Охарактеризуйте роботу центру медичної реабілітації та паліативної допомоги дітям.
11. Опишіть роботу відділу мобільної паліативної допомоги.
12. Що таке «хоспіс», його структура та основні завдання?
13. Які види хоспісної допомоги в Україні та в світі Ви знаєте?
14. Які правила та положення моральних приписів сформовані у вигляді заповідей менеджерами зарубіжних і вітчизняних «хоспісів» Вам відомі?

**До теми 11 «Особливості організації медичної
реабілітації в Україні. Потреба у реабілітаційних послугах.
Досвід країн Європейського регіону»**

1. Наведіть фактори, через які за визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я потреби у реабілітації залишаються незадоволеними.
2. Що таке медична реабілітація?
3. Назвіть надавачів реабілітаційної допомоги.
4. Визначте підстави за якими надають реабілітаційні послуги?
5. За якими напрямками передбачене надання пакетів медичної реабілітації за програмою медичних гарантій НСЗУ, що вони передбачають?
6. Визначте перспективи розвитку реабілітаційних послуг в світі.
7. Охарактеризуйте ініціативу ВООЗ «Реабілітація 2030», які визначено пріоритетні напрямки діяльності?
8. Що таке система реабілітаційних компетенцій (СРК), що вона включає?



До теми 12 «Організація і зміст роботи закладів, що надають акушерсько-гінекологічну допомогу, медичну допомогу у зв'язку з вагітністю та пологами, медичну допомогу дітям»

1. Опишіть основні розділи закону України «Про охорону дитинства».
2. Які етапи надання медичної допомоги дітям Вам відомі?
3. Наведіть методику комплексної оцінки стану здоров'я дітей від 3-х років та підлітків.
4. Назвіть заклади, що надають медичну допомогу дітям в сільській місцевості.
5. Визначте основні принципи надання допомоги дітям.
6. Опишіть основні функції дитячої поліклініки.
7. Що входить до структури дитячої поліклініки?
8. Визначте структуру дитячої клінічної лікарні.
9. Опишіть структуру та функції стаціонару дитячої клінічної лікарні.
10. Які функціональні обов'язки педіатра Вам відомі?
11. Назвіть основні функціональні обов'язки сімейного лікаря, який надає медичну допомогу дітям.
12. Як організована робота кабінету здорової дитини?
13. Які правила прийому дітей до дошкільного навчального закладу, закладу загальної середньої освіти Ви можете назвати?.
14. Які функціональні обов'язки кабінету профілактичних щеплень Вам відомі?
15. Охарактеризуйте стан дитячої імунопрофілактики в Україні.
16. Опишіть організацію надання спеціалізованої медичної допомоги дітям.
17. Які обов'язки лікаря дошкільного закладу Ви можете назвати?
18. Які обов'язки медичної сестри дошкільного закладу Ви знаєте?
19. Визначте обов'язки лікаря закладу загальної середньої освіти.
20. Які обов'язки медичної сестри закладу загальної середньої освіти?
21. Які типи будинків дитини Ви знаєте, їх функції. Охарактеризуйте їх структуру.

До теми 13 «Організація надання медичної допомоги людям старшої вікової категорії»

1. Хто є засновником геронтології в Україні?
2. Визначте, яку нову вікову класифікацію розробила ВООЗ?
3. Назвіть та охарактеризуйте благополучні соціально-психологічні типи старості.



4. Опишіть які ключові чинники сприяють процесу старіння?
5. Які аспекти життя літніх людей вивчає наука «геронтологія»?
6. Охарактеризуйте демографічні процеси щодо літнього населення.
7. Дайте визначення терміну «геріатрична медична допомога».
8. Назвіть медичні установи, що беруть участь в наданні медичної допомоги хворим людям похилого віку?
9. Визначте, яку єдину трирівневу систему передбачає модель організації геріатричної служби?
10. Що закладено в основу надання медичної допомоги особам похилого та старечого віку в амбулаторно-поліклінічних закладах?
11. Визначте роль «Будинку для людей похилого віку», як спеціального житла для старечого віку.
12. Які обов'язки покладені на геріатра та професійні вимоги до нього?

До теми 14 «Організаційно-правове реформування системи санітарно-епідеміологічного нагляду в Україні. Контроль та профілактика захворювань в умовах сьогодення»

1. Які етапи організаційно-правового реформування системи санітарно-епідеміологічного нагляду в Україні Вам відомі?
2. Визначте оперативні функції системи громадського здоров'я України.
3. Які заходи щодо захисту здоров'я та забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя населення передбачені в системі громадського здоров'я України?
4. Які основні завдання центрів контролю та профілактики хвороб Ви можете назвати?
5. Назвіть пріоритети Глобального плану дій з профілактики неінфекційних захворювань (НІЗ) та боротьби з ними.
6. Які види профілактики хвороб Ви знаєте, охарактеризуйте їх.
7. Які медико-санітарні та інші заходи громадського здоров'я щодо профілактики неінфекційних хвороб передбачені в Україні?

До теми 15 «Організація медико-соціальної експертизи тимчасової втрати працездатності в лікувально-профілактичних закладах»

1. Які види непрацездатності людини Ви знаєте? Охарактеризуйте їх.
2. Які ступені непрацездатності людини Вам відомі? Охарактеризуйте їх.
3. Охарактеризуйте розмір компенсації заробітної плати при тимчасовій втраті працездатності.



4. Опишіть завдання закладів охорони здоров'я при медико-соціальной експертизі (МСЕ) працездатності. Послідовність дій лікаря при МСЕ.
5. Визначте хто в лікувально-профілактичних установах здійснює медико-соціальну експертизу тимчасової непрацездатності.
6. Які функції лікуючого лікаря, завідувача відділенням при МСЕ Ви знаєте?
7. Назвіть функції головного лікаря та заступника генерального директора КНП та його заступника з експертизи тимчасової непрацездатності при проведення МСЕ.
8. Склад та функції лікарсько-консультаційної комісії (ЛКК).
9. Які облікові медичні документи, що засвідчують тимчасову непрацездатність Ви можете назвати?
10. Опишіть порядок заповнення листка непрацездатності та які функції цього документа?
11. Який загальний порядок видачі листків непрацездатності?
12. Охарактеризуйте основні види непрацездатності, за яких видається листок непрацездатності і режим пацієнтів при тимчасовій непрацездатності.
13. Опишіть правила видачі листків непрацездатності з догляду за хворою дитиною і дорослим членом сім'ї.
14. Охарактеризуйте порядок видачі листків непрацездатності при карантині і протезуванні.
15. Наведіть порядок видачі листків непрацездатності при санаторно-курортному лікуванні.
16. Визначте порядок видачі листків непрацездатності у зв'язку з вагітністю та пологами, у зв'язку зі штучним перериванням вагітності, у зв'язку з усиновленням (удочерінням) з пологового будинку.

До теми 16 «Організація медико-соціальной експертизи стійкої втрати працездатності (інвалідності)»

1. Опишіть організацію медико-соціальной експертизи стійкої втрати працездатності. Медико-соціальной експертна комісія (МСЕК).
2. Визначте види медико-соціальных експертних комісій за територіальною ознакою та за їх профілем.
3. В яких випадках хворого направляють на МСЕК?
4. Назвіть документи, які потрібні пацієнту для проходження МСЕК.
5. Опишіть склад первинної МСЕК загального і спеціальнойзованого профілю.
6. Визначте склад вищої МСЕК загального і спеціальнойного профілю.
7. Які функції та завдання МСЕК Вам відомі?



8. Що Ви знаєте про основні причини інвалідності та її види?
9. Що таке спеціальні МСЕК щодо встановлення причинного зв'язку хвороб, інвалідності і смерті з дією іонізуючого випромінювання та інших шкідливих чинників внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС?
10. Розкрийте зміст міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ)
11. Які групи інвалідності, що встановлюються МСЕК Ви знаєте?
12. Що являє собою реабілітація інвалідів та оскарження рішення МСЕК?

До теми 17 «Якість медичної допомоги.

Ліцензування та акредитація. Методика проведення експертних оцінок якості медичної допомоги населенню»

1. Визначте які законодавчі акти забезпечують контроль та управління якістю медичної допомоги в Україні
2. Дайте визначення понять «якість» та «якість медичної допомоги».
3. Опишіть класичний підхід в забезпеченні якості медичної допомоги, який запропонував А. Донабедіан.
4. Охарактеризуйте оціночні критерії якості медичної допомоги.
5. Визначте роль стандартизації в системі забезпечення якості медичної допомоги населенню.
6. Дайте визначення понять «Клінічні рекомендації», «Стандарт медичної допомоги», «Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги» та «Локальний протокол медичної допомоги».
7. Що таке процеси акредитації та ліцензування?
8. Як класифікують форми контролю за якістю медичної допомоги?
9. Як відбувається визначення якості медичних закладів та медичних працівників?
10. Охарактеризуйте медичні послуги в системі охорони здоров'я.
11. Визначте три підходи до контролю якості в охороні здоров'я.
12. Охарактеризуйте методику оцінки якості лікування (Г.Н. Царик, 1996).
13. Які ступені контролю якості Вам відомі?
14. Що таке стандарт якості лікування?
15. Опишіть методику проведення оцінки діагностичних заходів та стану здоров'я пацієнта після закінчення лікування і реабілітації за допомогою шкал.
16. Охарактеризуйте оцінку якості медичної допомоги за моделлю кінцевих результатів.



17. Наведіть принципи та загальні методичні рекомендації щодо проведення експертної оцінки якості медичної допомоги.

До теми 18 «Аналіз чинників впливу на діяльність закладів охорони здоров'я»

1. Визначте керовані та некеровані чинники, що впливають на ефективність діяльності закладів охорони здоров'я.
2. Охарактеризуйте чинники, що впливають на ефективність діяльності амбулаторно-поліклінічних закладів.
3. Наведіть приклади чинників, що впливають на ефективність діяльності стаціонарних закладів.
4. Дайте визначення чинникам, що впливають на ефективність діяльності акушерсько-гінекологічних закладів.
5. Назвіть чинники, які впливають на ефективність діяльності закладів, що надають допомогу дитячому населенню.
6. Які чинники впливають на ефективність діяльності закладів екстреної медичної допомоги?
7. Які форми взаємодії різних закладів охорони здоров'я Вам відомі?
8. Обґрунтуйте значення медико-статистичної інформації у визначенні чинників впливу на діяльність медичних закладів.
9. Які переваги використання статистичних методів (оцінки вірогідності, кореляційного аналізу, методу стандартизації) в аналізі діяльності закладів охорони здоров'я та визначенні впливу чинників Ви можете назвати?
10. Сформулюйте основні підходи до розробки заходів з поліпшення надання медичної допомоги.

До теми 19 «Менеджмент в охороні здоров'я. Методика прийняття управлінського рішення»

1. Охарактеризуйте управління як науку і предмет викладання.
2. Наведіть основні закони і методи науки управління.
3. Охарактеризуйте наукові школи менеджменту, видатних діячів менеджменту та їх внесок у формування сучасного менеджменту.
4. Які моделі менеджменту Вам відомі?
5. Визначте основи системного підходу в управлінні. Опишіть класифікацію та властивості систем.
6. Назвіть відомі Вам види менеджменту.
7. Які принципи функції та рівні управління Вам відомі?



8. Охарактеризуйте процес управління, його технологічні фази.
9. Визначте мету управління, вимоги та її класифікацію.
10. Що таке тип, шлях і стиль управління, їх види.
11. Назвіть фактори, які визначають ефективне управління
12. Охарактеризуйте процес вироблення та прийняття управлінського рішення.
13. Які види управлінських рішень та вимоги до них Ви знаєте?
14. У чому полягає основна суть планування реалізації управлінського рішення?
15. У чому полягає основна суть доорганізації та регулювання системи, контроль за виконанням прийнятих рішень?
16. Охарактеризуйте процес контролю за ходом виконання управлінського рішення, види контролю.

До теми 20 «Управління персоналом.

Соціально-психологічні аспекти управління персоналом.

Роль керівника в організації. Особистісні характеристики керівника, вимоги до нього як до лідера»

1. Визначте роль керівника в організації.
2. Якою є специфіка видів управління?
3. Назвіть види мотивації.
4. В чому полягає сутність комунікації?
5. Визначте види управлінського спілкування.
6. Які види стресу Ви знаєте?
7. Які існують способи управління стресом?
8. Охарактеризуйте стадії конфлікту. Які способи управління конфліктами Вам відомі?
9. Визначте характеристику соціально-психологічного клімату в трудовому колективі.
10. Дайте визначення і охарактеризуйте типи комунікації.



ТЕРМІНОЛОГІЧНИЙ СЛОВНИК

- 1 **Адекватність (Adequacy)** — це показник відповідності технології медичного обслуговування потреб та очікувань населення в рамках прийнятної для пацієнта якості життя
- 2 **Акредитація (Accreditation)** — надання довіри — державна акредитація закладу охорони здоров'я — це офіційне визнання статусу закладу охорони здоров'я, наявності в ньому умов для надання певного рівня медико-санітарної допомоги, підтвердження його відповідності встановленим стандартам, нормам, правилам і гарантії високої якості професійної діяльності
- 3 **Амбулаторія сімейної медицини (Outpatient clinic of family medicine)** — це спеціальна установа, що найбільш раціонально забезпечує населення первинною медико-санітарною допомогою на засадах сімейної медицини в сучасних умовах
- 4 **Амбулаторно-поліклінічна допомога (Outpatient care)** — є найбільш масовою і загальнодоступною, має важливе медико-соціальне значення для населення
- 5 **Багатоукладні системи охорони здоров'я (Mixed health care system)** — це системи, засновані на раціональному поєднанні кращих характеристик і елементів усіх 3-х базових систем. При цьому, основне місце посідає та система, яка отримала найбільш широкий розвиток в цій країні
- 6 **Безпека медичної допомоги (Safe medical care)** — є критерієм гарантії безпеки для життя і здоров'я пацієнта, а також відсутності шкідливих впливів на хворого і лікаря в конкретному медичному закладі з урахуванням санітарно-епідеміологічної безпеки
- 7 **Біологічний вік (Biological age)** — це міра в часі біологічних можливостей, міра життєздатності організму, міра майбутнього життя
- 8 **Брутто-ставка (Gross rate)** — ставка, за якою укладається договір зі страховиком



- 9 **Будинок (відділення) сестринського догляду (Department of nursing care)** — стаціонарна установа, призначена для проведення курсу підтримуючого лікування хворим переважно похилого та старечого віку і самотнім, які страждають на хронічні захворювання і потребують медичного догляду та соціальної допомоги
- 10 **Будинок престарілих (Nursing home)** — державна чи приватна організація, що надає людям похилого віку місце постійного проживання з наданням послуг життєзабезпечення: приготування їжі, догляд та інше
- 11 **Вторинна (спеціалізована) медична допомога (Secondary (specialized) medical care)** — вид медичної допомоги, що надається в стаціонарних умовах в плановому порядку або екстрених випадках і передбачає надання консультації, проведення діагностики, лікування та реабілітацію пацієнтів, направлення пацієнта для надання третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги або вторинної (спеціалізованої) допомоги з іншої спеціалізації
- 12 **Геріатр (геронтолог) (Gerontologist)** — це лікар, який займається діагностикою, лікуванням, профілактикою захворювань пацієнтів, які досягли шістдесятирічного віку, а також спостерігає за ними в умовах проживання в будинках престарілих
- 13 **Геріатрична медична допомога (Geriatric medical care)** — спеціалізована довгострокова медико-соціально-психологічна допомога пацієнтам похилого та старечого віку, що страждають на хронічні інвалідизуючі захворювання з частковою або повною втратою здатності до самообслуговування, метою якої є продовження активного довголіття і підвищення якості життя в похилому і старечому віці
- 14 **Геріатрія (Geriatrics)** — розділ геронтології, який займається вивченням, профілактикою і лікуванням хвороб старечого віку



- 15 **Геронтологічний центр (Gerontological center)** — це соціально-медична установа, призначена для постійного, тимчасового (терміном до шести місяців) і п'ятиденного на тиждень проживання громадян похилого віку (чоловіків старше 60 років і жінок старше 55 років), а також інвалідів, які частково або повністю втратили здатність до самообслуговування і потребують постійного стороннього догляду, що забезпечує створення відповідних їхньому віку і стану здоров'я умов життєдіяльності, проведення заходів медичного, психологічного, соціального характеру
- 16 **Геронтологія (Gerontology)** — наука, що вивчає біологічні, соціальні та психологічні аспекти старіння людини, його причини та способи боротьби з ним (омолодження)
- 17 **Госпітальний округ (Hospital district)** — територія, у межах якої забезпечено надання якісної, комплексної, безперервної і орієнтованої на пацієнтів медичної та реабілітаційної допомоги шляхом організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я
- 18 **Групова практика ПМД (Group practice of primary medical care)** — команда з надання ПМД, до складу якої входять два або більше лікарів з надання ПМД, або сукупність двох чи більше практик ПМД у межах одного надавача ПМД або кількох надавачів ПМД, які взаємодіють на підставі договору про спільну діяльність, укладеного між надавачами ПМД
- 19 **Державний гарантований пакет медичної допомоги (State guaranteed package of medical care)** — прозоро визначений обсяг первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої), екстреної медичної допомоги та лікарських засобів, право на отримання якого, у разі потреби, матимуть всі без винятку громадяни України
- 20 **Джерела медичного права (Medical law)** — зовнішнє вираження норми, що регулюють суспільні відносини з приводу охорони здоров'я громадян: закони; міжнародні нормативно-правові акти; підзаконні нормативно-правові акти; правовий звичай; рішення Конституційного суду України; рішення Європейського суду з прав людини



- 21 **Диспансер (Dispensary)** — спеціальний лікувально-профілактичний медичний заклад, що надає медичну допомогу певним групам населення та здійснює систематичне спостереження за станом їх здоров'я
- 22 **Диспансерний метод (Dispensaryzation)** — це метод активного динамічного спостереження за станом здоров'я як здорових, так і хворих дітей
- 23 **Дитяча поліклініка (Children's outpatient clinic)** — це високорозвинений спеціалізований лікувально-профілактичний заклад, призначений для надання амбулаторно-поліклінічної допомоги дітям в поліклініці, вдома, в дошкільно-шкільних установах, а також для здійснення комплексу лікувально-профілактичних заходів серед дитячого населення
- 24 **Договір страхування, поліс (Insurance policy)** — письмова угода між страхувальником і страховиком, згідно з якою страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку виплатити страхову суму або відшкодувати завданий збиток у межах страхової суми страхувальнику чи іншій особі, визначеній страхувальником, або на користь якої укладено договір страхування (подати допомогу, виконати послугу тощо), а страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені терміни та виконувати інші умови договору
- 25 **Договірні ціни (Contract prices)** — джерело фінансування робіт за прямими замовленнями підприємств, організацій в умовах діяльності закладів охорони здоров'я в системі добровільного медичного страхування
- 26 **Домашнє телеконсультування (Teleconsultation at home)** — процес спостереження за станом здоров'я пацієнта, який перебуває за межами закладу охорони здоров'я, із застосуванням телемедицини



- 27 **Домедична допомога (Home care)** — невідкладні дії та організаційні заходи, спрямовані на врятування та збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я, що здійснюються на місці події особами, які не мають медичної освіти, але за своїми службовими обов'язками повинні володіти основними практичними навичками з рятування та збереження життя людини, яка перебуває у невідкладному стані, та відповідно до закону зобов'язані здійснювати такі дії та заходи
- 28 **Домен (Domain)** — це практичний і значимий набір взаємопов'язаних фізіологічних функцій, анатомічних структур, дій, завдань і сфер життєдіяльності
- 29 **Достатність (Adequacy)** — мінімальний набір лікувально-профілактичних заходів, необхідних для надання адекватного обсягу медичної допомоги та найбільшою її ефективністю
- 30 **Доступність (Accessibility/availability)** — співвідношення між числом пацієнтів, які своєчасно отримують адекватну допомогу і загальним числом, що потребують її
- 31 **Доступність медичної допомоги (Availability of medical care)** — це вільний доступ до служб охорони здоров'я незалежно від географічних, економічних, соціальних, культурних, організаційних чи мовних бар'єрів
- 32 **Економічні закони (Economic laws)** — необхідні, стійкі, повторювані, причинно-обумовлені зв'язки і взаємозалежності економічних явищ в процесі виробництва, розподілу і обміну матеріальних благ і послуг на різних щаблях розвитку людського суспільства
- 33 **Економічність (Economy of medical service)** — означає співвідношення між фактичним впливом заходів з охорони здоров'я та їх вартістю
- 34 **Екстрена медична допомога (Emergency medical care)** — це медична допомога хворим з важким перебігом при раптових захворюваннях та постраждалим від нещасних випадків
- 35 **Екстрена медична допомога (Emergency medical care)** — це позалікарняна медична допомога в максимальному обсязі при раптових захворюваннях та при нещасних випадках на місці і під час транспортування в стаціонар



- 36 **Електронна медична інформаційна система (Electronic medical information system)** — інформаційно-телекомунікаційна система, яка дає змогу автоматизувати роботу суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я, створювати, переглядати, обмінюватись інформацією в електронній формі, у тому числі з центральною базою даних (у разі підключення)
- 37 **Електронна охорона здоров'я (Electronic healthcare)** — це екосистема гармонійних та взаємоприйнятних інформаційних відносин усіх учасників медичного середовища держави, які базуються на економічно ефективному та безпечному використанні інформаційно-комунікаційних технологій, спрямованих на підтримку системи охорони здоров'я, включаючи медичні послуги, профілактичний нагляд за здоров'ям, медичну літературу та медичну освіту, знання та дослідження
- 38 **Електронний лист непрацездатності (Electronic sick list)** — документ в електронному форматі, що засвідчує тимчасову втрату працездатності людини та зберігається в електронному реєстрі листків непрацездатності, що адмініструється Пенсійним фондом України
- 39 **Електронний рецепт (Electronic recipe)** — це електронний документ, який створюється, зберігається і передається з використанням медичної інформаційної системи в електронній системі охорони здоров'я (e-Health)
- 40 **Ефективність (Effectiveness of medical care)** — співвідношення між фактичним (дією служби) і максимальним впливом, яке ця служба чи програма може зробити в ідеальних умовах
- 41 **Загальна паліативна допомога (Palliative care)** — паліативна допомога, яка надається в амбулаторних умовах або за місцем перебування пацієнта лікарями загальної практики — сімейними лікарями, терапевтами, педіатрами та іншими лікарями-спеціалістами, молодшими спеціалістами з медичною освітою або в закладах охорони здоров'я, які надають вторинну медичну допомогу, мультидисциплінарною командою
- 42 **Загальний правовий статус громадянина в сфері медичної діяльності (Legal status of a patient)** — це перелік прав, обов'язків і відповідальності, характерний для всіх громадян України



- 43 **Заклад охорони здоров'я (Health care facility)** — юридична особа незалежно від форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, основним завданням якого є забезпечення медичного обслуговування населення та/або надання реабілітаційної допомоги на підставі відповідної ліцензії та забезпечення професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників і фахівців з реабілітації
- 44 **Зовнішній контроль якості медичної допомоги (External control of the quality of medical care)** — це контроль дотримання державних вимог якості медичної допомоги
- 45 **Індивідуальний правовий статус людини у сфері медичної діяльності (Personal legal status of a patient)** — це перелік прав, обов'язків і відповідальності в галузі медицини, властивий конкретному індивіду
- 46 **Кабінет телемедицини (Telemedicine office)** — структурний підрозділ закладу охорони здоров'я, що забезпечує надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини
- 47 **Календарний вік (Calendar age)** — це кількість астрономічного часу, який пройшов від дня народження людини
- 48 **Керівник (Head, Boss)** — особа, на яку офіційно покладено функції управління колективом і організацію його діяльності
- 49 **Керівники (управлінці) (managers)** — це особи, які обіймають керівні посади, але не мають спеціальної підготовки
- 50 **Клініка, дружня до молоді (A Youth-friendly clinic)** — це медичний заклад, який надає комплексну медико-психо-соціальну допомогу підліткам та молоді з метою збереження їх здоров'я, що обумовлено специфікою їх віку
- 51 **Клінічний перинатальний центр зі стаціонаром (Clinical perinatal center with an inpatient unit)** — це заклад охорони здоров'я, в якому передбачається надання високоспеціалізованої медичної допомоги в амбулаторних та стаціонарних умовах матерям та новонародженим групи високого ризику, а також жінкам з порушенням репродуктивної функції, що потребують високої інтенсивності лікування та реабілітації на основі використання сучасних перинатальних технологій



- 52 **Клінічний протокол медичної допомоги (Клінічний протокол) (Clinical protocol of medical care)** — уніфікований документ, який визначає вимоги до діагностичних, лікувальних, профілактичних та реабілітаційних методів надання медичної допомоги та їх послідовності
- 53 **Клінічні рекомендації (Clinical guidelines)** — це документ, що містить систематизовані положення про медичну та медико-соціальну допомогу, розроблені з використанням методології доказової медицини на основі підтвердження їх надійності та доведеної, який має на меті надання допомоги лікарю і пацієнту в прийнятті раціонального рішення в різних клінічних ситуаціях
- 54 **Коефіцієнт досягнутого результату (КДР) (The ratio of the achieved result of medical care)** — це розрахунковий коефіцієнт, що характеризує ступінь досягнення моделі кінцевих результатів
- 55 **Комунікація (Communication)** — це обмін інформацією, яку керівник отримує до ухвалення ефективних рішень і доводить їх до працівників. Обмін інформацією включений в усі види управлінської діяльності, тому комунікація є процесом
- 56 **Контроль (Control)** — це систематична, позитивна оцінка діяльності системи, спрямована на наближення фактичного виконання плану-завдання (програми) до запланованого результату
- 57 **Конфлікт (Conflict)** — це зіткнення протилежно спрямованих цілей, інтересів, позицій, думок, поглядів двох або більше людей
- 58 **Лікар з надання ПМД (General practitioner)** — професіонал у галузі лікувальної справи (лікар загальної практики — сімейний лікар, лікар-педіатр, лікар-терапевт), який перебуває у трудових відносинах із надавачем ПМД або провадить господарську діяльність з медичної практики як фізична особа-підприємець та особисто надає ПМД
- 59 **Лікарня «Хоспіс» (Hospis)** — це заклад охорони здоров'я стаціонарного типу, який надає пацієнту спеціалізовану паліативну допомогу, консультативні послуги пацієнту та членам їх сімей, іншим особам, що здійснюють догляд за пацієнтом, медичним працівникам інших закладів охорони здоров'я або установ соціального захисту населення



- 60 **Лікарня екстреної (швидкої) медичної допомоги (Emergency medical care hospital)** — це лікувально-профілактичний заклад, призначений для цілодобового надання стаціонарної екстреної допомоги населенню при гострих захворюваннях, травмах, нещасних випадках, отруєннях в повсякденних умовах і надзвичайних ситуаціях
- 61 **Лікарська помилка (Medical mistake)** — вид дефекту надання медичної допомоги, що полягає в неналежному виконанні (невиконанні) медичним працівником професійних обов'язків внаслідок суб'єктивної чи об'єктивної помилки, не пов'язаний з недбалістю і несумлінним до них ставленням, що завдало шкоди здоров'ю пацієнта
- 62 **Ліцензування (Licensing)** — це процес, за допомогою якого державні органи надають дозвіл суб'єктам підприємницької діяльності (особі або організації, юридичним і фізичним особам всіх форм власності), зазвичай після перевірки відповідності мінімальним обов'язковим стандартам, займатися професійною діяльністю у сфері охорони здоров'я
- 63 **Локальний протокол медичної допомоги (клінічний маршрут пацієнта) (Local medical care protocol)** — нормативний документ регіонального рівня, спрямований на забезпечення надання безперервної, ефективної та економічно доцільної медичної допомоги при певних захворюваннях та інших патологічних станах відповідно до уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги
- 64 **Медико-соціальна експертиза (Medical and social examination)** — визначення ступеня втрати здоров'я, ступеня обмеження життєдіяльності особи, викликаного стійким розладом функцій організму, групи інвалідності, причини і часу її настання
- 65 **Медико-соціальна експертиза втрати працездатності (Medical and social examination of disability)** — це дослідження працездатності людини, що проводиться лікарями з метою визначення можливості виконувати їм свої професійні обов'язки
- 66 **Медична допомога (Medical care)** — діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику та лікування у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами



- 67 **Медична інформація (Medical information)** — інформація про стан здоров'я пацієнта, його діагноз, відомості, одержані під час медичного обстеження, у тому числі відповідні медичні документи, що стосуються здоров'я пацієнта
- 68 **Медичне обслуговування (Medical care/ health care)** — діяльність закладів охорони здоров'я, реабілітаційних закладів, відділень, підрозділів та фізичних осіб-підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію у встановленому законом порядку, у сфері охорони здоров'я, що не обов'язково обмежується медичною допомогою та/або реабілітаційною допомогою, але безпосередньо пов'язана з їх наданням
- 69 **Медичне право (Medical law)** — комплексна галузь права, яка регулює організаційні, майнові, особисті немайнові відносини, що виникають у зв'язку з проведенням санітарно-епідеміологічних заходів і наданням лікувально-профілактичної допомоги громадянам
- 70 **Медичне право (Medical law)** — це система норм, що регулюють відносини, пов'язані з організацією, забезпеченням та наданням медичної допомоги/медичних послуг
- 71 **Медичне страхування (Health insurance)** — вид соціального страхування населення, що забезпечує оплату медичного обслуговування застрахованим страховими товариствами за рахунок спеціальних фондів обов'язкового медичного страхування
- 72 **Медичне страхування (Health insurance)** — це форма соціального захисту населення у сфері охорони здоров'я
- 73 **Медичні послуги (Medical services)** — різні види діяльності в галузі охорони здоров'я, які задовольняють потреби в профілактиці, діагностиці, лікуванні та реабілітації, є особливим видом товару
- 74 **Медичні правовідносини (Medical legal relations)** — є результатом впливу норм медичного права на поведінку суб'єктів медичного права, внаслідок якого між ними виникають правові зв'язки
- 75 **Менеджери (Managers)** — це професіонали-керівники, які мають спеціальну освіту (диплом), і досконало володіють наукою управління та забезпечують ефективну практичну реалізацію наукового менеджменту



- 76 **Менеджмент (Management)** — це різноманітні форми, прийоми і методи управління персоналом і виробництвом. В період формування менеджменту у нього був один неподільний об'єкт
- 77 **Мережа закладів охорони здоров'я (Network of healthcare facilities)** — сукупність закладів охорони здоров'я, що забезпечують потреби населення у медичному обслуговуванні на відповідній території
- 78 **Мета в управлінні (Purpose in management)** — це нормативне вираження об'єктивних потреб системи і засобів їх задоволення в результаті скоординованих дій учасників колективної праці
- 79 **Методи управління (Management methods)** — це сукупність способів, прийомів, за допомогою яких здійснюється вплив на об'єкт управління, а також виконуються різноманітні функції управління підприємством
- 80 **Місія НСЗУ (Mission of the National Health Service of Ukraine)** — універсальне медичне покриття, коли пацієнт може отримати доступну та якісну медичну допомогу без значних фінансових витрат. НСЗУ закуповує необхідні для пацієнтів безпечні та якісні медичні послуги з огляду на можливості державного бюджету
- 81 **Модель кінцевих результатів (МКР) (Model of final results)** — це система (комплекс) показників здоров'я населення та діяльності закладів охорони здоров'я, яких необхідно досягти (норматив), щоб відповідати сучасному рівню якості надання медичної допомоги
- 82 **Навантаження (Insurance load)** — витрати страхової компанії на ведення страхової діяльності з урахуванням нормативу прибутку
- 83 **Надавач ПМД (Primary care provider)** — заклад охорони здоров'я будь-якої організаційно-правової форми, в тому числі комунальні некомерційні підприємства, або фізичні особи-підприємці, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та забезпечують на її основі медичне обслуговування населення, безпосередньо пов'язане з наданням ПМД
- 84 **Наказ (Order)** — це правовий акт, який видає перша особа організації. Уміння дотримуватися правил оформлення наказів і складати їх максимально точно безпосередньо впливає на ефективність управлінської діяльності



- 85 **Наступність і безперервність медичної допомоги (Consistency and continuity of medical care)** — це координація діяльності в процесі надання пацієнту медичної допомоги в різний час, різними фахівцями і лікувальними установами
- 86 **Наука управління (менеджменту) (Science of management)** — це самостійна наука, яка вивчає закони, принципи, методи, функції управління, а також організаційно-технологічні та технічні заходи, що забезпечують ефективне управління окремими виробничими системами і колективами при мінімальних витратах часу, людської праці та енергії
- 87 **Науково-технічний рівень застосовуваних методів лікування, діагностики та профілактики (Scientific and technical level of applied methods of treatment, diagnosis and prevention)** — дозволяє оцінити ступінь повноти надання допомоги з урахуванням сучасних досягнень в галузі медичних знань та технологій
- 88 **Національна служба здоров'я України (National Health Service of Ukraine)** — це центральний орган виконавчої влади, який реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення. Діяльність НСЗУ спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я
- 89 **Невідкладний стан людини (Emergency human condition)** — раптове погіршення фізичного або психічного здоров'я, яке становить пряму та невідворотну загрозу життю та здоров'ю людини або оточуючих її людей і виникає внаслідок хвороби, травми, отруєння або інших внутрішніх чи зовнішніх причин
- 90 **Непрацездатність (disability)** — це стан організму, обумовлений хворобою, травмою, нещасним випадком, іншою причиною, коли виконання професійної діяльності є неможливим
- 91 **Нетто-ставка (Net rate)** — ціна страхового ризику (вартість медичного обслуговування)
- 92 **Нещасний випадок (Accident)** — обмежена в часі подія, породжена раптово виникаючим, непередбачуваним, непереборним і невідворотним збігом обставин, за яких заподіяно шкоду здоров'ю пацієнта або настала його смерть



- 93 **Нормативно-правова база галузі (Regulatory framework of the industry)** — це система взаємопов'язаних нормативно-правових актів від закону до нормативно-технічного документу, обов'язкових до виконання всіма установами охорони здоров'я, незалежно від форми власності
- 94 **Об'єкт менеджменту (Object of management)** — це все те, на що орієнтовані управлінські впливи суб'єкта менеджменту
- 95 **Обсяг практики ПМД (Scope of primary medical care practice)** — кількість осіб, які здійснили своє право на вільний вибір лікаря, в установленому порядку обравши лікаря з надання ПМД, і належать до однієї і тієї самої практики ПМД
- 96 **Оптимальний обсяг практики ПМД (Optimal scope of primary medical care practice)** — кількість осіб, яким лікар з надання ПМД може забезпечити надання якісної ПМД
- 97 **Орієнтованість на пацієнта, його задоволеність (Satisfaction with medical care)** — означає участь пацієнта в прийнятті рішень при наданні медичної допомоги і задоволеність її результатами
- 98 **Охорона здоров'я (Health care)** — система заходів, спрямованих на збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя
- 99 **Паліативна медична допомога (Palliative medical care)** — підхід, що дозволяє поліпшити якість життя пацієнтів та членів їх сімей, які зіткнулися з проблемою смертельного захворювання, шляхом запобігання та полегшення страждань завдяки ранньому виявленню і точній оцінці виникаючих проблем; шляхом проведення адекватного медикаментозного втручання (при больовому синдромі та інших порушеннях життєдіяльності), також шляхом надання психосоціальної і моральної підтримки
- 100 **Пацієнт (Patient)** — фізична особа, яка звернулась по медичну допомогу та/або якій надається така допомога
- 101 **Первинна медико-санітарна допомога (Primary medical care)** — це основний, доступний, оптимальний для кожної людини вид медичного обслуговування



- 102 **Первинна медична допомога (Primary medical care)** — це медична допомога, що передбачає надання консультації, проведення діагностики та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів, здійснення профілактичних заходів; направлення відповідно до медичних показань пацієнта, який не потребує екстреної медичної допомоги, для надання йому вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги; надання невідкладної медичної допомоги у разі розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнта, який не потребує екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги
- 103 **Підстанція (пункт) екстреної (швидкої) медичної допомоги (Ambulance station)** — це структурний підрозділ на правах відділення, який забезпечує своєчасну екстрену медичну допомогу на догоспітальному етапі дорослому та дитячому населенню при станах, коли є загроза їх життю або здоров'ю
- 104 **Планова форма стаціонарної медичної допомоги (Planned form of inpatient medical care)** — допомога при проведенні профілактичних заходів, при захворюваннях і станах, що не супроводжуються загрозою життю пацієнта, що не вимагають екстреної та невідкладної медичної допомоги, відстрочка надання якої на певний час не спричинить погіршення стану пацієнта, загрозу його життю та здоров'ю
- 105 **Показники дефектів (Indicators of defects in medical care)** — це показники, які погіршують діяльність КНП, їх не повинно бути. У моделі кінцевих результатів на них немає нормативу
- 106 **Показники результативності в МКР (Performance indicators)** — це показники, які прийняті в якості нормативу, мають кількісну характеристику з одиницею виміру, оцінку показників в балах і оцінку одиниці відхилення показника діяльності КНП від нормативного
- 107 **Пологовий будинок (Maternity hospital)** — це лікувально-профілактичний заклад, який надає кваліфіковану лікувальну, діагностичну, консультативну допомогу вагітним жінкам, роділлям та породіллям, новонародженим, а також жінкам з гінекологічною патологією
- 108 **Попереджувальний зовнішній контроль (Preventive external control)** — це контроль, спрямований на забезпечення певних гарантій якості



- 109 **Порушення життєдіяльності (Disability)** — виникає в результаті пошкодження, втрати або обмеження можливості здійснювати повсякденну діяльність в манері або межах, що вважаються нормальними для людського суспільства
- 110 **Поточний зовнішній контроль (Current external control)** — це контроль, спрямований на визначення ступеня відповідності діяльності і конкретних результатів роботи закладів охорони здоров'я державним вимогам медичних стандартів, нормативів і клінічних протоколів медичної допомоги
- 111 **Практика ПМД (Primary medical care, General practitioner)** — лікар з надання ПМД та особи, які реалізували своє право на вільний вибір лікаря, в установленому порядку обравши цього лікаря з надання ПМД (особи, що належать до цієї практики)
- 112 **Працездатність (Efficiency)** — це такий стан організму, за якого сукупність фізичних і духовних можливостей людини дозволяє йому виконувати роботу певного обсягу і якості
- 113 **Програма медичних гарантій (Medical guarantee programme)** — це перелік та обсяг медичних послуг і ліків, які держава гарантує населенню та оплачує з коштів державного бюджету за єдиними тарифами. Це також прозорі правила доступу до медичних послуг, які наперед відомі пацієнтам і дають їм фінансову точку опори під час лікування
- 114 **Проектний менеджмент (Project management)** — це професійна діяльність людини, суть якої полягає в тому, щоб використовувати найсучасніші знання, методи, засоби, технології для оптимального розподілу ресурсів і впливу на людей з метою досягнення необхідного результату
- 115 **Професійний злочин (Professional crime)** — це умисне або необережне діяння, вчинене медичним працівником під час виконання професійних та/або службових обов'язків, заборонене кримінальним законом, що є підставою кримінальної відповідальності
- 116 **Процес (технології) (process)** — включають стандарти технологій лікування, діагностики, профілактики (надання медичної допомоги)



- 117 **Процес управління (Management process)** — це сукупність взаємопов'язаних операцій, що здійснюються за певною технологією керівниками, фахівцями та службовцями вручну або за допомогою різних методів, машинних систем й окремих технічних засобів. Він складається з ряду послідовних, взаємопов'язаних дій і носить циклічний, відносно замкнутий характер
- 118 **Реабілітація (Rehabilitation)** — це активний процес, метою якого є досягнення повного відновлення порушених внаслідок захворювання або травми функцій, або, якщо це неможливо — оптимальна реалізація фізичного, психічного і соціального потенціалу інваліда, найбільш адекватна інтеграція його в суспільстві
- 119 **Реабілітація (Rehabilitation)** — це одна з найважливіших стратегій охорони здоров'я, спрямована на забезпечення участі людей у навчанні, роботі та соціальному житті; однак потреби щодо реабілітації часто залишаються незадоволеними через дефіцит кваліфікованих реабілітаційних працівників.
- 120 **Ресурси (структура) (Resources (structure))** — включають оцінку рівня організації роботи персоналу та його кваліфікацію; рівня матеріально-технічного забезпечення та його відповідність стандарту лікувально-профілактичної допомоги; оцінку рівня фінансування та медикаментозного забезпечення
- 121 **Реформування охорони здоров'я (Health care reform)** — заходи Міністерства охорони здоров'я для забезпечення всім громадянам України рівного доступу до якісних медичних послуг та перебудова системи охорони здоров'я таким чином, щоб у її центрі був пацієнт
- 122 **Рівень якості лікування хворих (РЯЛх) (The level of quality of treatment of patients)** — це показник, який дає числову оцінку лікувально-діагностичного процесу з урахуванням кінцевого результату і визначає ступінь досягнення стандарту якості лікування (СЯЛ)
- 123 **Санепідемслужба (Sanitary and epidemiological service)** — це створений більш ніж 90 років тому державний орган, який за час свого існування був інструментом протидії епідеміям, катастрофам та шкідливому впливу природного середовища



- 124 **Своєчасність (Timeliness)** — визначається як співвідношення між часом отримання адекватної допомоги від моменту виникнення потреби і мінімальним часом, яке знадобилося б службі охорони здоров'я для надання такої допомоги в ідеальних умовах
- 125 **Своєчасність медичної допомоги (Timeliness of providing medical care)** — це надання медичної допомоги за необхідності, тобто за медичними показаннями, швидко і за відсутності черги
- 126 **Сертифікація (Certification)** — підтвердження довіри, (від лат. «правильно роблю») — формальне визнання відповідності встановленим стандартам, затверджене зовнішньою оцінкою уповноваженого аудитора
- 127 **Система охорони здоров'я (Health care system)** — це сукупність всіх організацій, інститутів і ресурсів, головною метою яких є поліпшення здоров'я населення.
- 128 **Система реабілітаційних компетенцій (СРК) (System of rehabilitation competencies)** — це модель, що відбиває очікувані чи бажані показники діяльності реабілітаційних працівників різного професійного профілю, спеціалізації та у різних умовах для забезпечення високоякісного надання належних видів допомоги
- 129 **Ситуаційний менеджмент (Situational management)** — це менеджмент, що ґрунтується на ситуаційному підході до управління з метою методологічного спрямування. Вибір форм і методів управління зумовлюється невизначеністю умов, в яких воно здійснюється, а також необхідністю співвіднесення змінних обставин (конкурентне середовище, глобалізація, політичні амбіції і т. д.) з основними внутрішніми характеристиками самої організаційної структури (стиль керівництва, місія, рівні управління, мікроклімат і т. ін.)
- 130 **Сімейна медицина (Family medicine)** — комплекс наукових і практичних заходів для організації сімейної лікувальної практики
- 131 **Склад медичних правовідносин (Medical legal relations)** — це характеристика правовідносин з точки зору їх внутрішнього устрою і взаємозв'язку складників



- 132 **Соціальна геронтологія (Social gerontology)** — це наука, що вивчає демографічні, соціально-економічні, соціально-гігієнічні та соціально-психологічні аспекти старіння, в тому числі вплив умов і способу життя на процес старіння людини і розробляє заходи, що забезпечують добробут населення пенсійного віку, його активне довголіття
- 133 **Соціальні обмеження (Handicap)** — виникають в результаті пошкодження і порушення життєдіяльності, обмеження і перешкоди для виконання соціальної ролі, яка вважається нормальною для даного індивідуума
- 134 **Спеціалізована медична допомога (Specialized medical care)** — це вид медичної допомоги, що надається громадянам за наявності у них захворювань, що потребують спеціальних методів діагностики та лікування, і надається в медичних організаціях, що мають ліцензію на медичну діяльність, лікарями, які отримали спеціальну підготовку у відповідній галузі медицини, з використанням складних медичних технологій
- 135 **Спеціальний правовий статус людини у сфері медичної діяльності (Special legal status of a person in the field of medical activity)** — це перелік прав, обов'язків і відповідальності в галузі медицини, притаманний окремим категоріям людей (вагітні жінки і матері, неповнолітні, військовослужбовці, громадяни похилого віку, люди з інвалідністю та ін.)
- 136 **Спілкування (Communication)** — це міжособистісний чи міжгруповий процес, в основі якого лежить обмін між людьми результатами їх психологічної діяльності: засвоєною інформацією, думками, оцінками, почуттями, установками тощо
- 137 **Стандарт (Standard)** — це нормативний документ, який визначає перелік правил, норм і вимог для досягнення оптимального ступеня впорядкування в охороні здоров'я



- 138 **Стандарт медичної допомоги (медичний стандарт) (Standard of medical care)** — сукупність норм, правил і нормативів, а також показників (індикаторів) якості надання медичної допомоги відповідного виду, які розробляються з урахуванням сучасного рівня розвитку медичної науки і практики. Це нормативний документ державного рівня, який розробляється на основі клінічних настанов з урахуванням можливостей системи охорони здоров'я і затверджується Міністерством охорони здоров'я
- 139 **Стандарт якості лікування (СЯЛ) (Treatment quality standard)** — це перелік оптимально необхідних при даному захворюванні (або клініко-статистичної групи захворювань) лабораторно-інструментальних обстежень, основних лікувальних заходів, оглядів хворих іншими фахівцями, які повинні бути зроблені при їх лікуванні, при цьому повинні бути досягнуті критерії одужання (нормалізація або позитивні зрушення в лабораторних аналізах, функціональних дослідженнях, стану здоров'я та ін.)
- 140 **Станція екстреної (швидкої) медичної допомоги (Emergency medical aid station)** — це заклад охорони здоров'я, основне завдання якого полягає в забезпеченні постійної готовності бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги до надання екстреної медичної допомоги в цілодобовому режимі та координація їх діяльності з оперативно-диспетчерською службою центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф на території відповідної адміністративної одиниці
- 141 **Старіння (Aging)** — поступовий процес, що протікає по-різному у різних людей і в різних групах. Це тривалий процес, що починається з поступового зниження функціональних можливостей людського організму
- 142 **Старість (Age, Aging)** — період життя після зрілості, за якого відбувається поступове ослаблення діяльності організму
- 143 **Стійка працездатність або інвалідність (Disability)** — це тривала або постійна втрата працездатності, що виникла внаслідок хронічного захворювання або травми, які призвели до стійкого або незворотного порушення функцій організму



- 144 **Страхова медицина (Insurance medicine)** — це складна та надзвичайно мобільна система товарно-ринкових відносин у галузі охорони здоров'я
- 145 **Страховий ризик (Insurance risk)** — передбачає можливість настання страхового випадку, тобто передбаченої угодою події, що може призвести до збитку чи витрат, відшкодування яких потребує повної чи часткової виплати страхової суми
- 146 **Страховики (Insurance company)** — це юридичні особи (страхові медичні організації, компанії, фонди), які створені та функціонують у формі товариств і здійснюють страхову діяльність відповідно до отриманої ліцензії
- 147 **Страхувальник (застрахований) (Insured)** — це юридична особа, працездатний громадянин, який уклав із страховиком угоду страхування або є ним відповідно до законодавчих актів країни
- 148 **Структура системи (System structure)** — це внутрішня будова будь-якої системи, яка характеризує взаємозв'язок, співвідношення і субординацію елементів системи
- 149 **Суб'єкт менеджменту (Subject of management)** — це людина або група людей, що створюють управлінський вплив в рамках організації і з метою реалізації її цілей і завдань
- 150 **Тарифна ставка (Wage rate)** — це ціна страхового ризику та інших витрат, необхідних для виконання зобов'язань страховика перед страхувальником за підписаним договором
- 151 **Телемедицина (Health Virtual Care)** — комплекс дій, технологій та заходів, що застосовуються під час надання медичної допомоги з використанням засобів дистанційного зв'язку для обміну інформацією в електронній формі
- 152 **Телемедична мережа (Health Virtual Care network)** — форма організації надання медичної допомоги населенню із застосуванням телемедицини
- 153 **Телемедичне консультування (Telemedical consultation)** — надання медичної допомоги пацієнту лікарем із застосуванням телемедицини



- 154 **Телеметрія (Telemetry)** — сукупність технологій, що дають змогу проводити дистанційне вимірювання, збір і передачу інформації про показники діяльності (фізіологічні параметри) організму пацієнта
- 155 **Тимчасова непрацездатність (Temporary disability)** — це неможливість для працівника тимчасово виконувати роботу взагалі або за своєю спеціальністю у зв'язку із захворюванням, травмою або іншою причиною. Вона має зворотний характер
- 156 **Управління (Management)** — це планомірна діяльність організованої системи, спрямована на оптимальне функціонування і розвиток об'єкта управління
- 157 **Управлінське рішення (Management decision)** — найважливіший вид управлінської праці, а також сукупність взаємопов'язаних, цілеспрямованих і логічно послідовних управлінських дій, які забезпечують реалізацію управлінських завдань і досягнення тактичних або стратегічних цілей підприємства
- 158 **Ушкодження (Injury)** — будь-яка аномалія або втрата анатомічних, фізіологічних, психологічних структур або функцій
- 159 **Хоспіс (Hospice)** — стаціонарна установа охорони здоров'я для надання медико-соціальної та юридичної допомоги переважно інкурабельним онкологічним хворим з метою забезпечення знеболювальної терапії, догляду, психо-соціальної реабілітації, а також психологічної та соціальної підтримки родичів
- 160 **Центр медичної реабілітації та паліативної допомоги дітям (Center for primary medical and palliative care for children)** — це спеціалізований заклад охорони здоров'я, що забезпечує потреби дітей у паліативній допомозі та надає консультативну, соціально-психологічну, інформаційну та амбулаторно-консультативну допомогу щодо паліативної допомоги законним представникам дитини та особам, що беруть участь у догляді за дитиною, дітям з інвалідністю, дітям з порушеннями розвитку, дітям, які мають невиліковні прогресуючі захворювання
- 161 **Центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги (ЦПМСД) (Center for primary medical care)** — це заклад охорони здоров'я, що створюється з метою забезпечення потреб населення у первинній медичній допомозі (ПМД)



- 162 **Центральна база даних (Central database)** — програмно-апаратний комплекс, що містить реєстри, забезпечує можливість створення, перегляду, обміну інформацією та документами між реєстрами та електронними медичними інформаційними системами, а також модулями НСЗУ
- 163 **Цілісна динамічна система (A complete dynamic system)** — це сукупність компонентів, елементів, дій, взаємодія яких породжує нові якості, які непритаманні системі
- 164 **Шкала оцінки діагностичних заходів (Assessment scale of diagnostic measures)** — це градуйована у відсотках (%) шкала, яка визначає ступінь виконання лабораторно-інструментальних заходів по відношенню до стандарту якості
- 165 **Шкала оцінки стану здоров'я пацієнта після закінчення лікування та реабілітації (ОЯ) (A scale for assessing the patient's state of health after the end of treatment and rehabilitation)** — це градуйована у відсотках (%) шкала, яка визначає ступінь виконання лікувально-профілактичних заходів відповідно до стандарту якості з урахуванням критеріїв одужання та виконання набору діагностичних заходів
- 166 **Ефективність та дієвість (Efficiency and effectiveness)** — відповідність фактично наданої медичної допомоги оптимальному для конкретних умов результату
- 167 **Юридична відповідальність медичного працівника за професійне правопорушення (Legal responsibility of a medical worker for a professional offense)** — це застосування до особи, яка вчинила правопорушення при виконанні професійних обов'язків у сфері медичної діяльності, заходів державного примусу, передбачених правовими нормами, які супроводжуються необхідністю для винного зазнати певних втрат особистого, організаційного або майнового характеру
- 168 **Якість (Quality)** — це властивість товару або послуги, як соціально-економічної категорії
- 169 **Якість (Quality)** — це сукупність характеристик об'єкта, що стосуються його здатності задовольняти встановлені та передбачувані потреби



- 170 **Якість медичної допомоги (Quality of medical care)** — це сукупність характеристик, що підтверджують відповідність наданої медичної допомоги потребам пацієнта, його очікуванням, сучасному рівню медичної науки і технології. Це задоволення потреб та розумних очікувань пацієнта
- 171 **Якість медичної допомоги (Quality of medical care)** — це точне (відповідно до стандартів) виконання різних видів медичного втручання, які вважаються безпечними, доступні у фінансовому відношенні для даного суспільства і здатні здійснити позитивний вплив на рівень смертності, захворюваності, непрацездатності та нераціонального харчування



СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Адміністративне право України: навч. посіб. / Н. В. Дараганова. К. : Вищ. навч. закл. «Нац. Акад. упр.», 2013.
2. Боброва О. В., Міхановська Н. Г., Кривонос К. А. Проблеми та перспективи розвитку трансляційної медицини в Україні в умовах сучасних процесів глобалізац // Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення : матеріали V науково-практичної конференції з міжнародною участю на вшанування пам'яті М. Г. Гуревича (1891 – 1937), засновника та керівника першої в Україні кафедри соціальної гігієни при Харківському медичному інституті, Харків, 28 жовтня 2022 р. / ред. кол. : В. В. М'ясоєдов, В. А. Огнев, Т. В. Пересипкіна та ін. Харків, 2022. С. 132–136.
3. Голованова І. А. Організація та економіка охорони здоров'я : навч. посіб. / І. А. Голованова, І. В. Белікова, Н. О. Ляхова. Полтава, 2021. 236 с.
4. Громадське здоров'я : навчальний посібник / Т. С. Грузєва, Л. І. Галієнко, Н. В. Гречишкіна. Київ. 2021. 296 с.
5. Громадське здоров'я : підручник для студ. вищих мед. навч. закладів / В. Ф. Москаленко, О. П. Гульчій, Т. С. Грузєва [та ін.]. Вид. 3. Вінниця : Нова Книга, 2013. 560 с.
6. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2012. Курс на благополучие. ВОЗ, 2013. 190 с.
7. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2013 г. ВОЗ, 2013. 206 с. (Режим доступу: www.who.int/whr/2013/report/com)
8. Доповідь про стан охорони здоров'я у світі 2013 р. ВООЗ, 2013. 206 с.
9. Европейская база данных «Здоровье для всех». URL: www.euro.who.int/ru/home
10. Журнал British Medical Journal. URL: www.bmj.com
11. Журнал Evidence-Based Medicine. URL: www.evidence-basedmedicine.com
12. Закон України «Про загальнообов'язкове державне страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами зумовленими народженням і похованням», затверджений 18.01.01 року № 2240–III)
13. Збірник тестових завдань до державного випробування з гігієни, соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я / за ред. В. Ф. Москаленка, В. Г. Бардова, О. П. Яворовського. Вінниця : Нова Книга, 2012. 200 с.



14. Здоров'я 2020 – основи Європейської політики і стратегії для XXI століття. ВООЗ, 2013. 232 с. [Здоровье 2020 – основы европейской политики и стратегии для XXI века. ВОЗ, 2013. 232 с.]
15. Зміни до наказу № 455 від 13.11.2001 року згідно Наказу МОЗ України № 882 від 06.12.2011 року.
16. Канадський центр доказів в охороні здоров'я. URL: www.cche.net
17. Кодекс адміністративного судочинства України: Верховна Рада України; Кодекс України від 06.07.2005 р. № 2747-IV [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/2747-15>
18. Конституційне право України в схемах і таблицях [Текст] : навч. Посіб. Для студентів юрид. вузів та ф-тів / Ф. В. Веніславський ; Нац. Юрид. Ун-т ім. Ярослава Мудрого. Харків : Право, 2014.
19. Конституція України від 28.06.1996 р. № 254к/96-ВР [Електронний ресурс <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96%D0%B2%D1%80>]
20. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я від 30 листопада 2016 р. № 1013-р.
21. Кохрейнівська бібліотека. URL: www.cochrane.org
22. Кохрейнівський центр доказової медицини. URL: www.cebm.net
23. Кримінальне право України. Загальна частина: навчальний посібник // за заг. ред. професора В. М. Трубникова. Харків, 2015. 422 с.
24. Кримінальний кодекс України: Верховна Рада України; Кодекс України від 05.04.2001 р. № 2341-III [Електронний ресурс] Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2341-14>
25. Кримінально-виконавчий кодекс України: Верховна Рада України; Кодекс України від 11.07.2003 р. №1129-IV [Електронний ресурс] Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1129-15>
26. Крячкова Л. В, Хаїтов Р. П., Мороз С. М. Інструменти вивчення чутливості системи охорони здоров'я щодо запитів військовослужбовці // Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення : матеріали V науково-практичної конференції з міжнародною участю на вшанування пам'яті М. Г. Гуревича (1891 – 1937), засновника та керівника першої в Україні кафедри соціальної гігієни при Харківському медичному інституті, Харків, 28 жовтня 2022. ред. кол. : В. В. М'ясоєдов, В. А. Огнєв, Т. В. Пересипкіна та ін. Харків, 2022. С. 120–122.
27. Лещина І. В., Огнєв В. А., Вашев О. Є. Інноваційний розвиток системи охорони здоров'я України в умовах трансформаційних перетворень // Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення :



- матеріали V науково-практичної конференції з міжнародною участю на вшанування пам'яті М. Г. Гуревича (1891 – 1937), засновника та керівника першої в Україні кафедри соціальної гігієни при Харківському медичному інституті, Харків, 28 жовтня 2022 р. / ред. кол.: В. В. М'ясоєдов, В. А. Огнєв, Т. В. Пересипкіна та ін. Харків, 2022. С. 115–117.
28. Методичні рекомендації для самостійної позааудиторної роботи студентів 6 курсу медичного факультету з підготовки до державного практично-орієнтованого іспиту з соціальної медицини та організації охорони здоров'я / упор. В. А. Огнєв, Н. О. Галічева та ін. Харків, 2015. 66 с.
 29. Населення України. Демографічний щорічник. К. : Держкомстат України. (режим доступу: www.ukrstat.gov.ua).
 30. Національна медична бібліотека США. MEDLINE. URL: www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed
 31. Національна служба здоров'я України. Довідкова інформація. <https://nszu.gov.ua/storage/files/book-ua.pdf?1678740349>
 32. Національна служба здоров'я України. Як реалізовуватиметься Програма медичних гарантій у 2023 році. <https://www.kmu.gov.ua/news/yak-realizovuvatymetsia-prohrama-medychnykh-harantii-u-2023-rotsi>
 33. Національна стратегія побудови нової системи охорони здоров'я України на період 2015–2025 рр.
 34. Нестеренко В. Г., Шевченко О. С Шляхи покращення паліативної та хоспісної допомоги в Україні в умовах тривалої реформи системи охорони здоров'я // Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення : матеріали V науково-практичної конференції з міжнародною участю на вшанування пам'яті М. Г. Гуревича (1891 – 1937), засновника та керівника першої в Україні кафедри соціальної гігієни при Харківському медичному інституті, Харків, 28 жовтня 2022 р. / ред. кол.: В. В. М'ясоєдов, В. А. Огнєв, Т. В. Пересипкіна та ін. Харків, 2022. С. 127–129.
 35. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.92 [Електронний ресурс] <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>
 36. Охорона здоров'я населення індустріального мегаполісу в умовах впливу шкідливих хімічних чинників : монографія / М. Г. Щербань, В. В. М'ясоєдов, В. А. Огнєв, О. А. Мельниченко, С. О. Краснікова, А. І. Безродна, Д. І. Ємельянова ; за заг. ред. М. Г. Щербаня, В. В. М'ясоєдова. Харків : ХНМУ, 2019. 120 с.



37. Питання медико-соціальної експертизи Постанова Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2009 р. № 1317 https://zakononline.com.ua/documents/show/313106_755185
38. Політика та управління в секторі економіки та фінансування системи охорони здоров'я в Україні : навч. посіб. / М. М. Білинська, Н. О. Васюк, С. Г. Бойко. К. : НАДУ, 2017. 98 с.
39. Попченко Т.П. Реформування сфери охорони здоров'я в Україні: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення. К. : НІСД, 2012. 96 с.
40. Порядок організації експертизи тимчасової втрати працездатності Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 09 квітня 2008 року № 189 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 01 червня 2021 року № 1066) <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0731-21#n4>
41. Порядок формування медичних висновків про тимчасову непрацездатність в Реєстрі медичних висновків в електронній системі охорони здоров'я: Наказ міністерства охорони здоров'я України № 1066 від 01.06.2021 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0728-21#n43>.
42. Правознавство: навч. посіб. / П. С. Корнієнко; ред.: Г. Б. Черушева. Вид. 2-е, перероб. та доп. К. : Четверта хвиля, 2012.
43. Про систему громадського здоров'я: Закон України від 06.09.2022 р. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text>
44. Сердюк О. І., Крупеня В. І., Просоленко Н. В., Каук О. І. Організація роботи міждисциплінарної команди фахівців в комплексній реабілітації дітей з ДЦП // Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення : матеріали V науково-практичної конференції з міжнародною участю на вшанування пам'яті М. Г. Гуревича (1891 – 1937), засновника та керівника першої в Україні кафедри соціальної гігієни при Харківському медичному інституті, Харків, 28 жовтня 2022 р. / ред. кол.: В. В. М'ясоєдов, В. А. Огнев, Т. В. Пересипкіна та ін. Харків, 2022. С.125–127.
45. Сердюк О. І., Просоленко Н. В., Крупеня В. І. Моніторинг доступності первинної медико-санітарної допомоги сільському населенню як фактора впливу на її якість // Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення : матеріали V науково-практичної конференції з міжнародною участю на вшанування пам'яті М. Г. Гуревича (1891 – 1937), засновника та керівника першої в Україні кафедри соціальної гігієни при Харківському медичному інституті, Харків, 28 жовтня 2022 р.

/ ред. кол.: В. В. М'ясоєдов, В. А. Огнєв, Т. В. Пересипкіна та ін. Харків, 2022. С.117–119.

46. Сорока І., Ніколаєнко О. Я., Грузєва Т. С. Здобутки та перспективи розбудови електронної системи охорони здоров'я в Україні // Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення : матеріали V науково-практичної конференції з міжнародною участю на вшанування пам'яті М. Г. Гуревича (1891 – 1937), засновника та керівника першої в Україні кафедри соціальної гігієни при Харківському медичному інституті, Харків, 28 жовтня 2022 р. / ред. кол.: В. В. М'ясоєдов, В. А. Огнєв, Т. В. Пересипкіна та ін. Харків, 2022. С.119–120.
47. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / під заг. ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. Тернопіль : Укрмедкнига, 2000. 680 с.
48. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я: підручник / За ред. Ю. В. Вороненка. Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. 332 с.
49. Спасібо А. П., Мельниченко О. А. Послуги сімейних лікарів-ФОП як засіб покращення первинної медичної допомоги в сільській місцевості // Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення : матеріали V науково-практичної конференції з міжнародною участю на вшанування пам'яті М. Г. Гуревича (1891 – 1937), засновника та керівника першої в Україні кафедри соціальної гігієни при Харківському медичному інституті, Харків, 28 жовтня 2022 р. / ред. кол.: В. В. М'ясоєдов, В. А. Огнєв, Т. В. Пересипкіна та ін. Харків, 2022. С. 129–131.
50. Тестові завдання з соціальної медицини, організації охорони здоров'я та біостатистики : навч. посіб. для студентів мед. ф-тів / за ред. В. А. Огнєва. Харків : Майдан, 2005. 304 с.
51. Трудове право України: підручник / М. І. Іншин, В. І. Щербина. Х.: Диска плюс, 2014.
52. Українська база медико-статистичної інформації «Здоров'я для всіх» URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/news.html?id=203>
53. Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: www.phc.org.ua
54. Центр контролю та профілактики захворювань. URL: www.cdc.gov
55. Цивільне право : підручник : у 2 т. / за ред. проф. В. І. Борисової, І. В. Спасібо-Фатєєвої, В. Л. Яроцького ; Нац. ун-т «Юрид. Акад. України ім. Ярослава Мудрого». 2-ге вид., перероб. та доп. Х. :Право, 2014.
56. Цивільний кодекс України: Кодекс України від 16.01.2003 р. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/435-15>.

57. Цивільний процесуальний кодекс України: Верховна Рада України; Кодекс України від 18.03.2004 р. № 1618-IV [Електронний ресурс] Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/1618-15>
58. Чеховська І. В. Медичне право України : навч. посіб. / І. В. Чеховська. Ірпінь : Університет ДФС України, 2020. 480 с.
59. World Health Organization. URL: www.who.int/home



ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

- АГ** — артеріальна гіпертензія
БПР — безперервний професійний розвиток
ВВП — внутрішній валовий продукт
ВООЗ — Всесвітня Організація охорони здоров'я
ЗП/СМ — загальна практика/сімейна медицина
ДП — державне підприємство
ДСГ — діагностично-споріднені групи захворювань
ЕМД — екстрена медична допомога
ЄДІСТ — Єдина державна інформаційна система трансплантації
ІХС — ішемічна хвороба серця
КНП — комерційне неприбуткове підприємство
МОЗ — Міністерство охорони здоров'я
МСЕК — медико-соціальна експертна комісія
НСЗУ — Національна служба здоров'я України
НЗЛ — неспецифічні захворювання легень
ОЗ — охорона здоров'я
ОФГЗ — оперативні функції громадського здоров'я
ПМД /ПМСД — первинна медична допомога/
первинна медико-санітарна допомога
ФОП — фізична особа-підприємець
ЦРЛ — центральна районна лікарня

Навчальне видання

Огнев Віктор Андрійович, Пересипкіна Тетяна Валентинівна, Вашев Олег Єгорович, Сокол Костянтин Михайлович, Усенко Світлана Георгіївна, Мартиненко Наталія Миколаївна, Піонтковська Оксана Володимирівна, Мельниченко Олександр Анатолійович, Нестеренко Валентина Геннадіївна, М'якина Олександр Володимирович, Трегуб Павло Олегович, Помогайбо Катерина Георгіївна, Подпрядова Анна Анатоліївна, Гапонова Еліна Олександрівна, Чухно Інна Анатоліївна, Бєлєвцова Яна Сергіївна, Лісова Ганна Володимирівна, Черненко Інна Іванівна, Алієва Тарана Джафар кизи, Галічева Антоніна Сергіївна, Григоров Микола Миколайович, Журавель Яна Вікторівна, Черняк Михайло Євгенійович, Суворов Валентин Павлович, Вашева Анастасія Олегівна, Іващенко Роман Олегович, Міщенко Марина Михайлівна, Орел Ольга Володимирівна, Яременко Альона Володимирівна

СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА, ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я

Навчальний посібник

За загальною редакцією професора В.А. Огнева

У чотирьох томах

Том 3

ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Відповідальний за випуск В.А. Огнев

Коректор Н.М. Мартиненко

Комп'ютерний набір Т.В. Пересипкіна

Формат 148x210 мм. Ум. друк. арк. 101. Бумага офсетна.

Друк цифровий. Тираж 100 пр.

Надруковано у друкарні «Impress» (ФОП Болібок А.В.)

Україна, м. Харків, вул. Пушкінська, 56, Зам. 140.

Редакційно-видавничий відділ
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022
izdatknmurio@gmail.com

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавців, виробників та розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК №3242 від 18.07.2008 р.