

ДВНЗ "Львівський національний медичний університет"
Кафедра соціальної медицини, організації охорони здоров'я та медичного
правознавства

Лекція з соціальної медицини та організації охорони здоров'я:

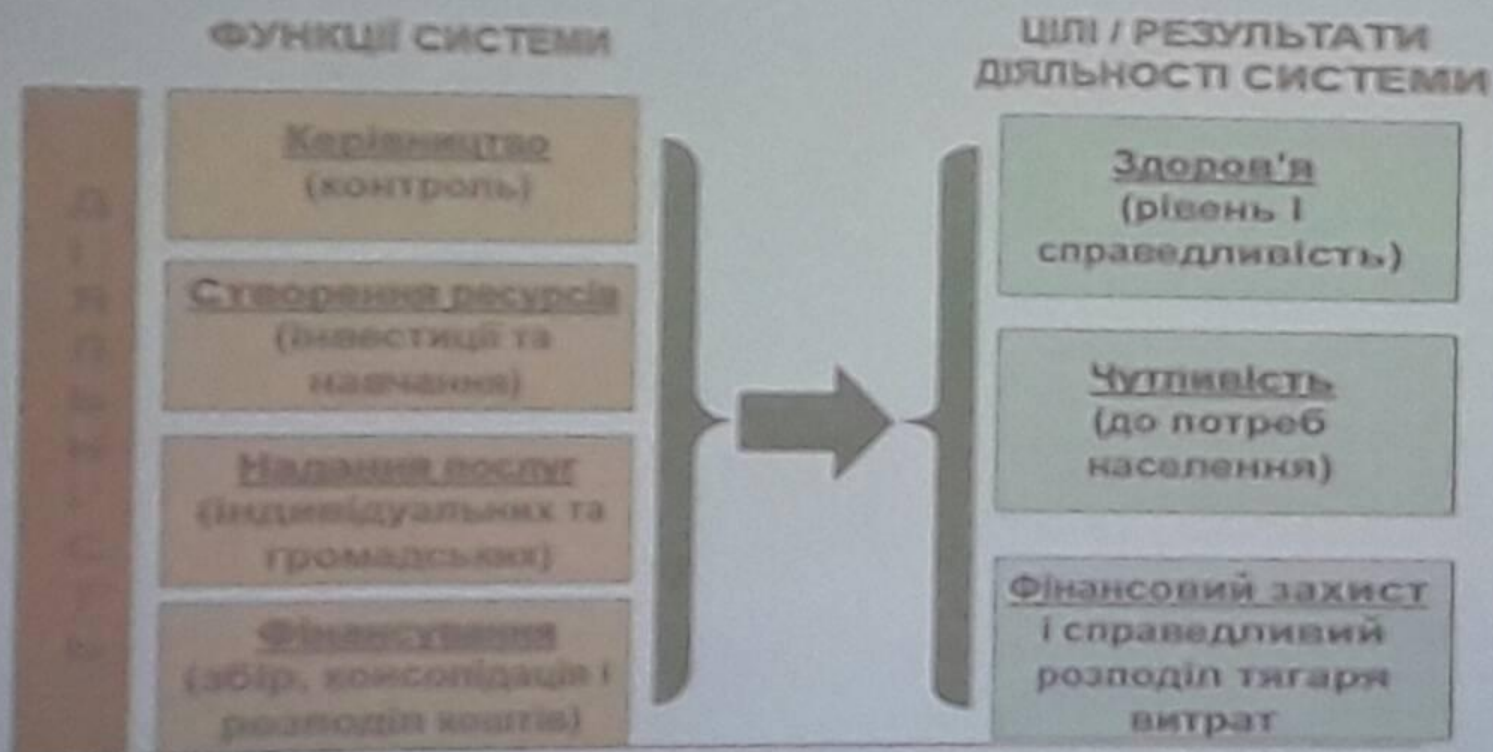
Організація амбулаторної і стаціонарної допомоги міському і сільському населенню

Складач: д.мед.н., професор Дещик Орина Zenonivna



НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР

Державна політика в сфері охорони здоров'я



Структурна схема БООЗ для оцінки діяльності системи охорони здоров'я (2005)



ІЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧ

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я:



- система заходів, що здійснюються органами державної влади та органами місцевого самоврядування, їх посадовими особами, закладами охорони здоров'я, фізичними особами-підприємцями, які зареєстровані в установленому законом порядку та одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики, медичними та фармацевтичними працівниками, громадськими об'єднаннями і громадянами з метою збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя.

Джерело: Основи законодавства України про охорону здоров'я (1992) із змінами 2017 р.

Об'єкт – все населення країни – здорове і хворе

МЕДИЧНА ДОПОМОГА



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

Джерело: Зміни до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги (2011)

Об'єкт – хворе населення і групи ризику



НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ

МЕДИЧНЕ ОБСЛУГОВУВАННЯ



- діяльність закладів охорони здоров'я та фізичних осіб - підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку, у сфері охорони здоров'я, що не обов'язково обмежується медичною допомогою, але безпосередньо пов'язана із її наданням.

Джерело: Зміни до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги (2017)

Об'єкт – хворе населення і групи ризику

МЕДИЧНА ПОСЛУГА



- Послуга, що надається пацієнту закладом охорони здоров'я або фізичною особою-підприємцем, яка зареєстрована та одержала в установленому законом порядку ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та оплачується замовником.
- Замовником послуги з медичного обслуговування населення можуть бути держава, відповідні органи місцевого самоврядування, юридичні та фізичні особи, у т.ч. пацієнт.

Джерело: Зміни до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги (2017)



Види медичної допомоги:

За етапністю та спеціалізацією:

- Екстрена (emergency medical care)
- Первинна (primary medical care)
- Вторинна (secondary medical care)
- Третинна (tertiary medical care)
- Паліативна (palliative medical care)
- Медична реабілітація (medical rehabilitation)
- Стоматологічна (dentistry)

За тривалістю та умовами надання:

- Амбулаторна (out-patient care)
- Стаціонарна (in-patient care)



НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ

Взаємозв'язок між видами медичної допомоги

Вид МД	амбулаторна	стаціонарна
паліативна	Амбулаторні ЗОЗ первинної медичної допомоги (загальна ПД), амбулаторні відділення ОЦПД, візні паліативні бригади	Паліативні відділення стаціонарів, Обласні центри паліативної допомоги (ОЦПД або хоспіси)
медична реабілітація	Відділення реабілітації амбулаторних ЗОЗ вторинної медичної допомоги (міських, районних)	Відділення реабілітації стаціонарів вторинної і третинної медичної допомоги, Реабілітаційні центри Санаторно-курортні заклади
стоматологічна	Стоматологічні кабінети різних форм власності, відділення, поліклініки (міські, районні, обласні)	Стаціонарні відділення обласних лікарень, потужних центральних міських лікарень



Амбулаторна допомога (Outpatient care, Ambulatory care)



- Медична допомога, що надається пацієнтам, стан яких не вимагає цілодобового спостереження в умовах закладу охорони здоров'я
- Це наймасовіший вид медичної допомоги, який у більшості країн світу охоплює приблизно 80% всього обсягу медичного обслуговування
- Відіграє головну роль у забезпеченні профілактичних заходів, насамперед - диспансеризації



Основні амбулаторні заклади:

- Амбулаторія
- Поліклініка
- Діагностичний центр (різного профілю)
- Дитяча міська поліклініка
- Жіноча консультація
- Стоматологічна поліклініка
- Пункт охорони здоров'я (здоровпункт)
- Фельдшерський пункт
- Фельдшерсько-акушерський пункт
- Центр первинної медико-санітарної допомоги

Наказ МОЗ України від 28.10.2002 № 385



Основні амбулаторні заклади:



- *Амбулаторія* – заклад, що надає медичну допомогу хворим з однієї або декількох основних лікарських спеціальностей (первинну допомогу)
- *Поліклініка* - заклад, що надає амбулаторну медичну допомогу хворим з багатьох лікарських спеціальностей (первинну і вторинну допомогу)
- *Пункт охорони здоров'я (здоровепункт)* створюється на підприємствах, в установах, організаціях і входить до складу амбулаторії чи поліклініки чи центру ПМСД
- *Фельдшерський пункт, фельдшерсько-акушерський пункт* організовуються в сільських населених пунктах, об'єктах будівництва за межами населених пунктів

Наказ МОЗ України від 28.10.2002 № 385



Види амбулаторій в Україні:

За приписаним населенням:

- *Амбулаторія загальної практики – сімейної медицини (АЗМСМ)* – у штаті тільки лікарі (один і більше) загальної практики-сімейні лікарі (ЛЗПСЛ), які обслуговують доросле і дитяче населення за сімейним принципом
- *Сільська лікарська амбулаторія* – у штаті: дільничний терапевт (обслуговує населення 18+), дільничний педіатр (обслуговує дітей та підлітків); лікар-стоматолог на госпрозрахунку (самоокупності).

За підпорядкуванням:

- *Амбулаторія як окрема юридична особа* (очолює головний лікар, підпорядковується головному лікарю району)
- *Амбулаторія як структурний підрозділ центру ПМСД* (підпорядковується головному лікарю ЦПМСД)

Основні амбулаторні заклади:

- *Центр первинної медико-санітарної допомоги* – заклад охорони здоров'я, що створюється з метою забезпечення потреб населення у первинній медичній (медико-санітарній) допомозі

Структура Центру ПМСД:

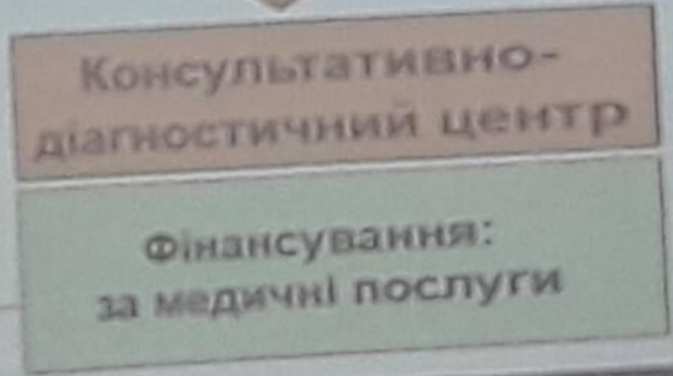
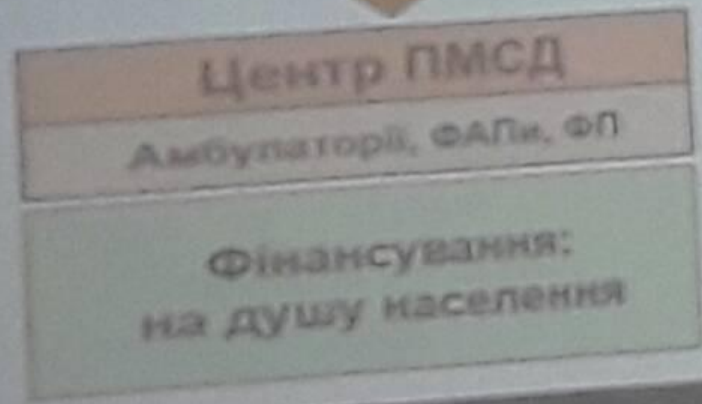
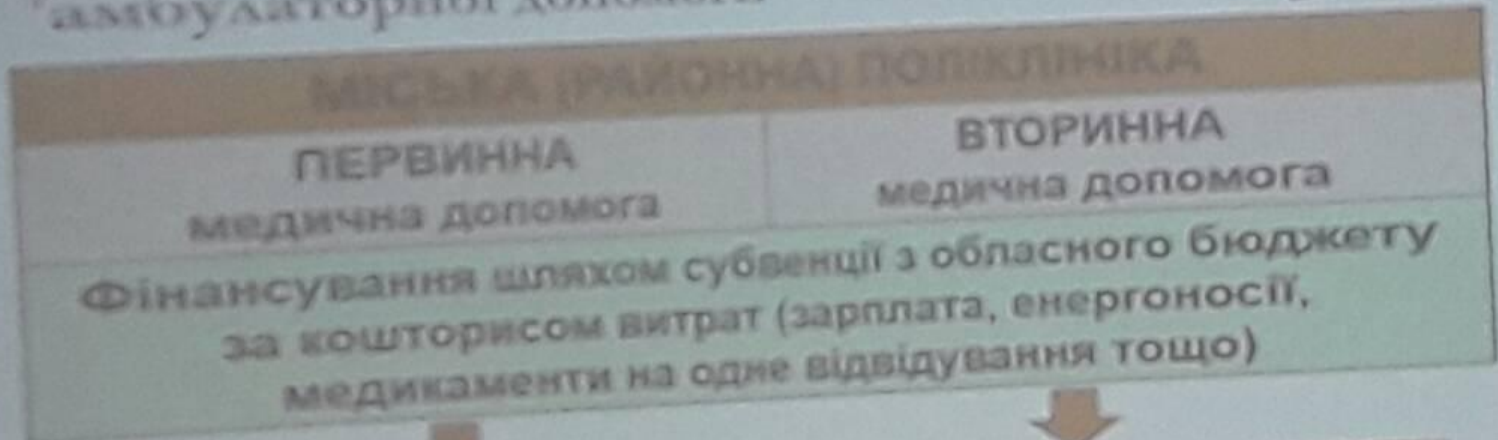
1. *Адміністративна частина / управління*
2. *Господарська частина*
3. *Лікувально-профілактична служба:*
 - *Амбулаторії*
 - *Фельдшерсько-акушерські/фельдшерські пункти*
 - *Медичні пункти тимчасового базування (можуть організовуватись для збільшення доступності ПМСД для населення віддалених від місця розташування амбулаторій та ФАП/ФП населених пунктів)*

Наказ МОЗ України від 23.02.2012 № 131



ІНТЕРНАЦІОНАЛЬНИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР

Реорганізація первинної і вторинної амбулаторної допомоги



Основні напрями діяльності амбулаторних закладів

- Профілактичний
- Діагностично-лікувальний
- Організаційно-методичний

Профілактична робота

Первинна профілактика – це система державних, громадських і медичних заходів, які направлені на попередження захворювань шляхом усунення причин і умов їх розвитку, підвищення реактивності організму.

Об'єкт первинної профілактики – здорові люди.

Вторинна профілактика – це комплекс заходів, спрямованих на раннє виявлення захворювань, ефективне лікування, попередження рецидивів, прогресування і ускладнення.

Об'єкт вторинної профілактики – хворі особи.

Третинна профілактика – це комплекс заходів, спрямованих на відновлення втраченої функції (реабілітація).

Об'єкт третинної профілактики – інваліди.



Напрями профілактичної роботи амбулаторних закладів:

- *Санітарно-просвітницька робота* (гігієнічне виховання населення, промоція здоров'я) – первинна профілактика.
- *Санітарно-гігієнічна робота* (поточний санітарний нагляд за умовами проживання сімей) - первинна профілактика.
- *Протиепідемічна робота:*
 - а) щеплення - первинна профілактика;
 - б) раннє виявлення інфекційних захворювань, повідомлення СЕС, організація ізоляції хворих, поточної дезинфекції – вторинна профілактика.
- *Диспансеризація* (огляди і спостереження):
 - а) здорових і осіб з факторами ризику (Д1)- первинна профілактика;
 - б) практично здорових (Д2) – вторинна профілактика;
 - в) хворих на хронічні захворювання (Д3) – вторинна і третинна профілактика.



І НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ

Диспансерний метод -

це активний метод динамічного спостереження за здоровими і хворими людьми з метою раннього виявлення, взяття на облік і раціонального комплексного лікування захворювань, запобігання виникненню і поширенню хвороб та їх негативних наслідків (втрати працездатності чи смертності шляхом впливу на внутрішні і зовнішні етіологічні чинники та фактори ризику.

Наказ МОЗ України від 27.08.2010 № 728

Функціональні елементи диспансеризації

- медичний огляд населення з проведенням визначеного обсягу лабораторних та інструментальних обстежень;
- додаткове обстеження осіб, які цього потребують;
- виявлення осіб з факторами ризику, що спричиняють виникнення та розвиток захворювань;
- своєчасне виявлення захворювань;
- розробка та проведення комплексу необхідних медичних та соціальних заходів, динамічного спостереження за станом здоров'я населення

Наказ МОЗ України від 27.08.2010 № 728



Структурні елементи диспансеризації

Диспансеризацію проводять:

- заклади охорони здоров'я за участю
- > вищих навчальних медичних закладів усіх рівнів акредитації,
- > закладів післядипломної освіти,
- > наукових установ,
- > центральних та місцевих органів виконавчої влади,
- > відомств, установ та організацій.

Наказ МОЗ України від 27.08.2010 № 728

Управління та планування диспансеризації

- *Організаційний супровід та облік диспансеризації здійснюють уповноважені структурні підрозділи у галузі охорони здоров'я місцевих органів виконавчої влади та заклади охорони здоров'я, які визначені відповідальними за стан надання медичної допомоги населенню на відповідній території.*
- *Планування заходів з організації диспансеризації здійснюється дільничними лікарями або лікарями загальної практики – сімейної медицини.*

ІНТЕРНАЦІОНАЛЬНИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

I період диспансеризації - підготовчий

Територіальні органи охорони здоров'я:

- організовують бригади (виїзні) спеціалістів із закладів охорони здоров'я обласного підпорядкування, вищих навчальних медичних закладів усіх рівнів акредитації, закладів післядипломної освіти, наукових установ для диспансерного огляду населення, насамперед у сільських населених пунктах, які мають проблеми кадрового та матеріально-технічного забезпечення диспансеризації;
- забезпечують бригади необхідним обладнанням та транспортними засобами;
- спільно із засобами масової інформації, центрами здоров'я забезпечують населення доступною інформацією щодо мети, завдань та порядку проведення диспансеризації населення.

ІІІ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧ

І період диспансеризації - підготовчий
Лікар загальної практики – сімейний лікар
здійснює облік населення, яке підлягає диспансеризації:

- діти першого та другого років життя;
- діти дошкільного віку від 3 до 6-7 років та діти, які не відвідують дошкільні заклади;
- школярі віком до 15 років;
- діти від 15 до 18 років;
- дорослі:
 - ветерани війн та прирівняні до них категорії,
 - особи, постраждалі внаслідок аварії на ЧАЕС,
 - працівники, зайняті на важких роботах, з шкідливими чи небезпечними умовами праці
 - працівники, зайняті на роботах, де є потреба у професійному доборі (працівники харчових, медичних, дитячих дошкільних та інших закладів),
 - студенти вищих навчальних закладів,
 - інші (наприклад, хронічні хворі)

III період диспансеризації –
проведення медичних оглядів:



Медичні огляди поділяються на:

- *За часом проведення:*
 - попередні (при поступленні на роботу, навчання)
 - періодичні (частота огляду регламентується відповідними нормативними документами для різних груп населення)
- *За метою:*
 - цільові (скринінги)
 - комплексні



Скринінг



- Це масове обстеження осіб, що не вважають себе хворими, для виявлення захворювань з прихованим перебігом або інших станів (факторів ризику майбутніх захворювань).

Приклади скринінгових обстежень:

Захворювання, стан	Скринінговий тест
Гіпертонія	Рівень кров'яного тиску
Гіперхолестеринемія	Рівень холестерину у сироватці крові
Рак молочної залози	Пальпація, мамографія
Рак шийки матки	Цитологія мазків (Pap-тест)
Цукровий діабет	Рівень глюкози у сироватці крові



ІІ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧ

ІІ період диспансеризації –
проведення медичних оглядів:



Медичні огляди поділяються на:

- *За місцем проведення:*
 - > децентралізовані (по місцю роботи, навчання)
 - > централізовані (у закладі охорони здоров'я)
- *За організацією охоплення населення:*
 - > при звертанні за медичною допомогою з будь-якого приводу
 - > шляхом організації і проведення медичних оглядів

І НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧН

Програма диспансеризації дітей віком до 18 років

- Молодший спеціаліст з медичною освітою (медсестра) проводить:
 - ✓ скринінг тести;
 - ✓ антропометричні вимірювання;
 - ✓ попередню оцінку фізичного та нервово-психічного розвитку дитини;
 - ✓ вимірювання гостроти слуху;
 - ✓ вимірювання гостроти зору;
 - ✓ туберкулінові проби.
- Лікар-стоматолог проводить дітям санацію після попереднього огляду зубів та ротової порожнини
- Дільничний педіатр або лікар загальної практики - сімейний лікар оглядає дітей.

Наказ МОЗ України від 27.08.2010 № 728

Програма диспансеризації дорослого населення

- рентгенологічне обстеження органів грудної клітини - один раз на два роки;
- маммографія жінкам (з 40 років - один раз на два роки);
- ультразвукове дослідження простати чоловікам (з 40 років - один раз на два роки);
- пальцьове обстеження прямої кишки (з 30 років);
- пневмотахометрія;
- огляд лікарем загальної практики - сімейної медицини (чи дільничним лікарем терапевтом);
- огляд лікарями інших спеціальностей за показами.

Наказ МОЗ України від 27.08.2010 № 728

За результатами медичних оглядів визначають контингенти:

- 1) *здорові (Д I)* - особи, які не пред'являють жодних скарг, в анамнезі та огляді яких не виявлено хронічних захворювань або порушень функції окремих органів та тканин.
 - 2) *практично здорові (Д II)* - особи, які мають в анамнезі гостре (три і більше разів на рік) або хронічне захворювання, але не мають загострень протягом декількох років;
 - 3) *хворі, які потребують лікування (Д III)*:
 - особи із компенсованим перебігом
 - особи з субкомпенсованим перебігом
 - особи з декомпенсованим перебігом захворювання (стійкою втратою працездатності)
- У кожній групі слід урахувувати осіб з факторами ризик виникнення захворювань (виробничого, побутового, генетичного характеру)

III період диспансеризації – динамічне диспансерне спостереження



- *Здорові та практично здорові особи* ставляться на облік та спостереження у закладах охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу (медогляд один раз на рік).
- *Хворі* підлягають спільному динамічному спостереженню у лікарів загальної практики - сімейної медицини (або дільничних лікарів) та лікарів інших спеціальностей (відповідно до програми, передбаченої клінічним протоколом для конкретного захворювання).

На всіх хворих, які взяті під диспансерний нагляд заповнюють “Контрольну карту диспансерного спостереження” (ф. 030/о).



І НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧ

IV період диспансеризації – оцінка повноти, якості та ефективності диспансеризації

Показники повноти охоплення:

- диспансеризацією, цільовими медичними оглядами (% від числа тих, хто повинен був проходити),
- хворих диспансерним спостереженням

Показники якості:

- повнота проведення обов'язкових обстежень (згідно програми диспансеризації)

Показники ефективності:

- показники здоров'я населення (демографічні, захворюваності, інвалідності)

Діагностично-лікувальна робота амбулаторних закладів:

- Діагностика захворювань.
- Лікування:
 - в амбулаторному закладі (в тому числі денний стаціонар);
 - вдома (в тому числі домашній стаціонар);
 - надання невідкладної неекстреної допомоги (при необхідності);
 - направлення хворих на:
 - а) стаціонарне лікування;
 - б) санаторно-курортне лікування;
 - відновлювальне лікування (реабілітація) – третинна профілактика;
- Експертиза втрати працездатності (тимчасової і стійкої).

Організаційно-методична робота:

- Ведення документації (облікової, оперативної, звітної).
- Аналіз здоров'я населення (демографічні показники, захворюваності, інвалідності, фізичного розвитку).
- Аналіз показників:
 - а) доступності;
 - б) обсягу амбулаторної допомоги.
- Впровадження в практику нових методів профілактики, діагностики, лікування, організаційних форм і методів роботи.
- Організація та забезпечення підвищення кваліфікації медичного персоналу.

І НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ

Основна документація амбулаторних закладів

- **Облікова** (облікові форми захворюваності - фф. № 025-2/о, 025-6/о, 058/о, 089/о, 090/о, листок непрацездатності і т.д.)
- **Обліково-оперативна:**
 - Медична карта амбулаторного пацієнта (ф. № 025/о-ведеться на кожного дорослого)
 - Історія розвитку дитини (ф. № 112/о – на дітей до 18 років)
 - Контрольна карта диспансерного спостереження (ф. № 030/о – на диспансерних хворих)
- **Звітна:**
 - Звіт за рік (ф. № 20)
 - Звіт про кількість захворювань, зареєстрованих у хворих, що проживають в районі обслуговування лікувального закладу (ф. № 12)

Показники доступності амбулаторної допомоги

- *забезпеченість лікарями на 10 тис. населення*
 - в Україні близько 13,0;
- *середня кількість відвідувань на одного жителя*
 - норматив – 6 (у містах – 10-12, сільській місцевості – 4-8)

Показники обсягу амбулаторної допомоги

- *Середнє число зареєстрованого населення на одного лікаря первинної медичної допомоги*

Норматив обслуговування:

- > сімейного лікаря – 1200 – 1500 чол.;
- > дільничного терапевта – 1700-2000 чол.;
- > дільничного педіатра – 700–800 дітей;

І НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ

Показники обсягу амбулаторної допомоги

- *Навантаження лікаря на одну годину
амбулаторного прийому*

чисельник: кількість відвідувань до закладу
за рік

знаменник: кількість лікарів x 280 робочих
днів у році x 3 години амбулаторного
прийому

- Норма навантаження: 5 пацієнтів за год.,
(для лікарів-спеціалістів- 5-9, залежно від
спеціальності)

Показники обсягу амбулаторної допомоги

- Функція лікарської посади
(на прикладі лікаря ЗПСМ):
 - > 5 пацієнтів x 3 год. = 15 відвідувань за
амбулаторний прийом
 - > 2 пацієнта x 3 год. = 6 відвідувань вдома
 - > разом: 21 відвідування в день
 - > 21 x 280 робочих днів у році = 6000
відвідувань за рік.

Стационарна медична допомога (In-patient/hospital care):



- Це організація цілодобової медичної допомоги і догляду за хворим в спеціально обладнаних стационарних медичних закладах ($\approx 18-20\%$ всіх хворих).
- Надається при важких захворюваннях, що вимагають:
 - > комплексного підходу до діагностики, лікування і реабілітації,
 - > застосування складних методів обстеження і лікування з використанням найновіших медичних технологій,
 - > в ряді випадків - оперативного втручання,
 - > постійного лікарняного спостереження та інтенсивного догляду, не можливих в амбулаторних умовах чи вдома.
- Це найбільш технологічно орієнтований та капіталамісткий сектор ($60-80\%$ всіх коштів) системи охорони здоров'я.



Стационарні медичні заклади (In-patient institutions):



- Це установи, які в додаток до діагностичних, лікувальних та реабілітаційних послуг забезпечують пацієнтам розміщення (готельні послуги), догляд, медикаменти та харчування.

За ВООЗ до них відносяться:

- лікарні, стаціонари, шпиталі (hospitals),
- медсестринські будинки (nursing homes),
- санаторно-курортні (health resorts) та
- реабілітаційні центри (rehabilitation centers).



Лікарні

- Це лікувально-профілактичні заклади, первинною функцією яких є надання діагностичних, лікувальних, медсестринських та інших професійних медичних послуг пацієнтам, що потребують цілодобового догляду за станом здоров'я.
- ВООЗ лікарнею вважає заклад, де розгорнуто щонайменше шість ліжок, а в штаті є хоча б один лікар, і де можна забезпечити пацієнтам розміщення та надання активної медичної допомоги і цілодобовий медсестринський догляд.



Класифікація лікарень за тривалістю перебування пацієнта



- **Невідкладної (короткотривалої) допомоги (acute care, short term stay hospitals)** – більше половини госпіталізованих направляються у відділення із середньою тривалістю лікування менше 10 днів. До них належать більшість комунальних лікарень.
- **Довготривалого перебування (chronic care, long term stay hospitals)** – більше половини госпіталізованих направляються у відділення із середньою тривалістю лікування понад 30 днів. До них належать лікарні для хронічних хворих, психіатричні, протитуберкульозні диспансери, хоспіси, медсестринські будинки.

Класифікація лікарень за тривалістю перебування пацієнта:



- *Змішаної допомоги* – надають обидва види допомоги, короткотривалу і довготривалу. Така практика характерна для більшості лікарень європейського регіону. ВООЗ рекомендує для оптимізації ресурсів їх розділити.
- *Денного перебування, денні стаціонари (Day care hospitals)*, де пацієнт перебуває і лікується тільки в денний час. За умови оптимальної їх організації мають ряд соціальних, психологічних та економічних переваг. Денні стаціонари можуть бути структурними підрозділами як лікарень, так і поліклінік та амбулаторій.



НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ

Класифікація лікарень за спеціалізацією:



- **Загальні, багатопрофільні (General hospitals)** – надають широкий спектр терапевтичних та хірургічних видів допомоги. Це найчастіше лікарні короткотермінового перебування хворих.
- **Спеціалізовані (Special hospitals)** – надають допомогу з однієї медичної спеціальності. До них належать акушерські, гінекологічні, дитячі лікарні, а також спеціалізовані диспансери (протитуберкульозні, кардіо-, онко- та ін.). Можуть бути і короткотривалого, і довготривалого перебування хворих.
- **Університетські (University hospitals)** – спеціалізовані заклади охорони здоров'я для навчання та професійного тренінгу медичних кадрів із надання спеціалізованої стаціонарної допомоги на основі передових наукових досягнень.

ІНТЕРНАЦІОНАЛЬНИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ

Класифікація лікарень за видом власності:

- *Прибуткові (for profit)* – власність інвесторів.
- *Неприбуткові (not for profit)* – державна чи комунальна власність, релігійних та громадських організацій.

Класифікація лікарень за адміністративним підпорядкуванням:

- *Обласні*
- *Районні, міські*
- *Дільничні*

Класифікація лікарень за потужністю



- « *Окремі стаціонари, лікарні, шпитали (Hospital)*
- « *Клініки (Clinics)* – у більшості країн світу це менші заклади, ніж госпіталі, які як правило надають тільки стаціонарну допомогу. Їх власниками є державні органи охорони здоров'я або приватні об'єднання лікарів. В Україні клініками називають університетські лікарні.
- « *Стаціонарні відділи (Departments) / відділення (units) об'єднаних лікарень* - центральних районних (міських), районних (міських), медико-санітарних частин (обслуговують працівників промислових підприємств), пологових будинків, дитячих лікарень, спеціалізованих диспансерів.

Типова структура об'єднаної багатопрофільної лікарні:



- *Відділ швидкої допомоги (Emergency department),*
- *Поліклінічний відділ (Outpatient department),*
- *Стационарний відділ (Inpatient department) із відділеннями: приймальним, анестезіології та реанімації, лікувальними відділеннями терапевтичного і хірургічного профілю (7-12 профілів), набір яких залежить від потужності лікарні,*
- *Допоміжно-лікувальні відділення (Additional units): відновного лікування (фізіотерапія, ЛФК, масаж),*
- *Діагностичні відділення (Diagnostic units): рентгенологічне, лабораторія, патанатомічне і ін.,*
- *Аптека (Pharmacy),*
- *Немедичні відділи (Non-medical departments): інформаційно-аналітичний медичної статистики, управління і адміністративно-господарська частина.*

Функції лікарні (традиційні)



- *Лікувально-відновлювальна* – базова функція: діагностика, лікування та реабілітація захворювань і травм, експертиза працездатності.
- *Профілактика захворювань та промоція здоров'я* – медико-просвітницька діяльність, профілактика внутрішньо лікарняної інфекції, інфекційних захворювань, запобігання переходу гострих захворювань у хронічні.
- *Підвищення кваліфікації медичного персоналу* – навчання та тренінг лікарів-інтернів, медичних сестер; в університетських клініках – ще навчання студентів та післядипломне удосконалення знань і вмінь лікарів.
- *Науково-дослідна робота* – участь у клінічних випробуваннях нових медичних препаратів та приладів.
- *Організаційно-методична* – ведення медичної документації, аналіз діяльності.

І НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧ

Функції лікарні (додаткові)



В політиці національних систем охорони здоров'я на сьогодні зміщуються акценти від стаціонарної допомоги до амбулаторного лікування, до програм роботи з населенням і створення мережі медико-санітарної допомоги за місцем проживання.

При цьому слід враховувати такі функції лікарень, як:

- «Соціальна допомога населенню
- «Функція прецеденту»

Євробюро Вооз. Як проводити оцінку і моніторинг ефективності роботи стаціонарів , 2003

Методи вимірювання діяльності стаціонарів:

- *Інспектування* затвердженими законодавством країни органами регулювання (як передумова ліцензування): протипожежної безпеки, дотримання гігієнічних норм, наявності і якості медичного обладнання та лікарських середників.
- *Опитування споживачів* (пацієнтів та їх родичів) щодо реалізації прав пацієнтів, задоволеності наданою допомогою. В багатьох країнах включені в програми акредитації.
- *Оцінки третьої сторони* (незалежна зовнішня оцінка) у відповідності до стандартів, орієнтованих на промисловість (ISO 9000) та на медико-санітарну допомогу (колегіальна оцінка, акредитація)
- *Статистичні показники* (інструмент для зовнішньої і внутрішньої оцінки діяльності).
- *Внутрішні оцінки*

Серобюро Вооз, 2003



НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ

Показники діяльності стаціонарів:

1. *Забезпеченість населення стаціонарною допомогою:*
 - 0 Кількість ліжок на 10000 населення (норматив 60,0)*
 - 0 Рівень госпіталізації на 1000 населення
 - 0 Забезпеченість ліжками окремих профілів на 10000 населення
 - 0 Структура ліжкового фонду
 - 0 Структура госпіталізованих за класами хвороб
 - 0 Співвідношення госпіталізованих планово і екстрено (норматив 4:1)
 - 0 Рівень госпіталізації дитячого населення
 - 0 Рівень госпіталізації сільського населення
2. *Навантаження медичного персоналу:*
 - 0 Кількість ліжок на 1 посаду лікаря-ординатора (приблизний норматив 25,0)
 - 0 Укомплектованість лікарями та середнім медичним персоналом (норматив 100 %)
 - 0 Коефіцієнт сумісництва (кількість фізичних осіб на 1 ставку, норматив 1,0)

* Постанова КМУ від 25.10.2015 р. № 1024



Показники діяльності стаціонарів:

3. Використання ліжкового фонду:

- Повнота використання ліжкового фонду (норматив 100 %):

$$\frac{\text{проведено хворими ліжкоднів}}{\text{кількість ліжок} \times \text{план зайнятості ліжка}} \times 100$$

- Середня зайнятість ліжка в році (норматив 340 днів)

$$\frac{\text{проведено хворими ліжкоднів}}{\text{кількість ліжок}}$$



Показники діяльності стаціонарів:

3. Використання ліжкового фонду:
- Середня тривалість перебування хворого у стаціонарі (норматив 12-14 днів з тенденцією до зниження):
$$\frac{\text{проведено хворими ліжкоднів}}{\text{кількість вибулих хворих}}$$
 - Середній обіг ліжка в році (приблизний норматив – 23-25 хворих і більше):
$$\frac{\text{кількість вибулих хворих}}{\text{кількість ліжок}}$$
 - Середня тривалість лікування хворого (розраховується по окремих класах хвороб і захворюваннях на 1 виписаного хворого)



14 13

Показники діяльності стаціонарів:

4. *Якість і ефективність стаціонарної допомоги:*

- Показник летальності в цілому по лікарні, по окремих відділеннях, по окремих класах хвороб і захворюваннях

5. *Якість хірургічної допомоги:*

- Показник хірургічної (оперативної) активності (норматив 75,0% і більше): відсоток прооперованих з числа вибулих із відділення
- Кількість операцій на 1 посаду лікаря-хірурга (норматив 300)
- Структура оперативних втручань
- Вчасність хірургічної допомоги (відсоток прооперованих з гострими станами до 24 годин з моменту захворювання)
- Частота післяопераційних ускладнень (у %)
- Післяопераційна летальність



Заходи раціонального використання ліжкового фонду: передумови

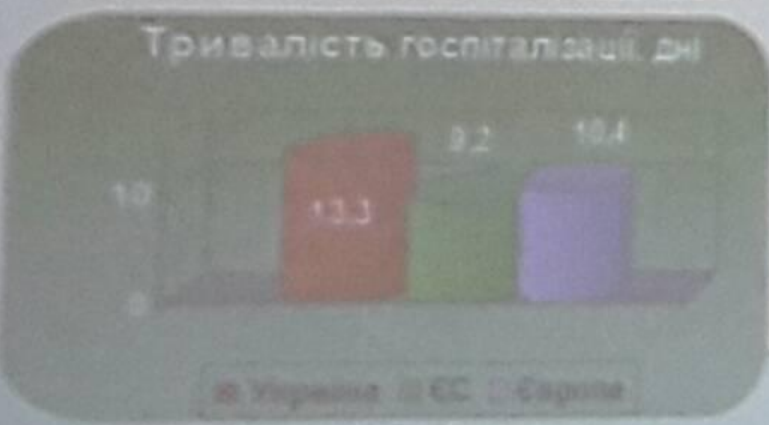
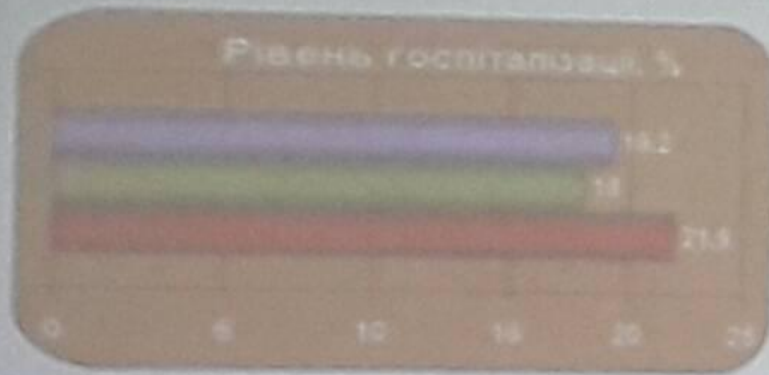


- ✓ Закон Ромера (Roemer's Law) - створене лікарняне ліжко не залишиться незайнятим
- ✓ Закон Бангера (Bunker's Law) – більше хірургів, більше операцій
- ✓ Заклад не є безпечним, якщо на одного лікаря в рік :
< 300 операцій, < 400 пологів

NB

ІІ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧ

Закон Ремера (Roemer's Law) - «створене лікарняне ліжко не залишиться незайнятим»



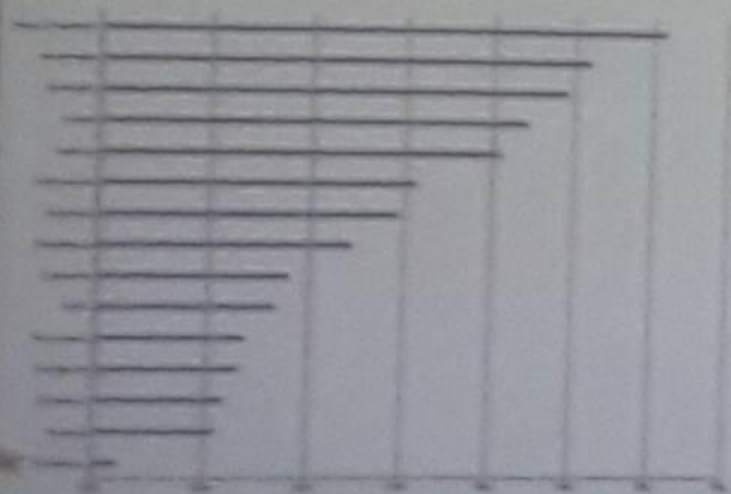
Джерело: проф. В. М. Лехан, 2009



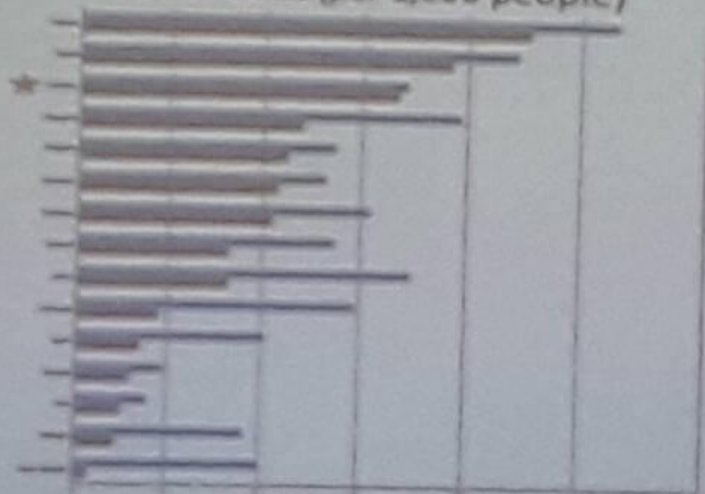
ІНТЕРНАЦІОНАЛЬНИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИ

Скорочення лікарняного сектору в країнах світу за 1999-2012 рр.

Reduction of Hospital Beds (Percent)
1999-2012



Hospital Beds by Country
1999-2012 (per 1,000 people)



ИИ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИ

Заходи раціонального використання ліжкового фонду



(спрямовані на зменшення витрат):

1. Структурна реорганізація (оптимізація мережі):

- скорочення кількості стаціонарних ліжок (до 60 на 10000 населення)
- розвиток альтернативних форм стаціонарної допомоги:
 - денних (багатопрофільних і спеціалізованих),
 - домашніх (централізованих і децентралізованих) стаціонарів,
 - відділення хірургії одного дня



Handwritten red markings, including a large checkmark and a stylized signature or initials.

Заходи раціонального використання ліжкового фонду (спрямовані на зменшення витрат):



1. Структурна реорганізація (оптимізація мережі):

- спеціалізація лікарень в межах госпітальних округів (150-200 тис. мешканців) – планується перепрофілювати існуючі лікарні так, щоб в кожному окрузі були:
 - лікарня інтенсивного лікування II рівня (для надання складної стаціонарної допомоги: хірургічної, перинатальної тощо),
 - лікарні інтенсивного лікування I рівня (для надання базової стаціонарної допомоги),
 - лікарні відновного (реабілітаційного) спрямування,
 - заклади паліативної допомоги (хоспіси),
 - спеціалізовані медичні центри,
 - консультативно-діагностичні центри (на базі колишніх поліклінік).



IV B

Госпітальний округ

- це об'єднання закладів охорони здоров'я, що надають вторинну медичну допомогу.

Зона обслуговування госпітального округу визначається своєчасністю доїзду до лікарень інтенсивного лікування: до 60 хв.

- Лікарня інтенсивного лікування першого (базового) рівня — заклад охорони здоров'я, що забезпечує надання населенню (не менше 100 тисяч осіб) планової спеціалізованої консультативної та медичної допомоги інтенсивного лікування та догляду;*
- Лікарня інтенсивного лікування другого рівня (далі — лікарня другого рівня) — заклад охорони здоров'я, що забезпечує надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги (населенню не менше 200 тисяч осіб) в умовах цілодобового стаціонару, денного стаціонару або амбулаторних умовах дорослим і дітям у гострому стані захворювання або з хронічними захворюваннями, що потребують інтенсивного лікування та догляду, з обов'язковою наявністю відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги.*

*Порядок створення госпітальних округів / Постанова
КМУ від 30.11.2016 р. № 932*



ІЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧ



Заходи раціонального використання ліжкового фонду:

2. Функціональні заходи, спрямовані на скорочення терміну перебування у стаціонарі:

■ На догоспітальному етапі

□ оптимізація госпіталізації - правильний відбір і обґрунтованість

□ підготовка планових хворих до госпіталізації в амбулаторних закладах (обстеження, консультування)

□ встановлення чітких взаємозв'язків між амбулаторними та стаціонарними закладами





Заходи раціонального використання ліжкового фонду:

2. *Заходи, спрямовані на скорочення термінів перебування у стаціонарі:*

■ *На госпітальному етапі*

- зведення до мінімуму дублювання досліджень, проведених перед госпіталізацією;
- інтенсифікація діагностичного та лікувального процесів із застосуванням найефективніших методик (лікування за клінічними протоколами, клінічними настановами);
- своєчасна діагностика та лікування в стаціонарі основного і супутніх захворювань, ускладнень;
- організація диференційованого стаціонарного лікування (пости для важко хворих, палати інтенсивної терапії);
- впровадження комплексної системи управління якістю роботи стаціонару (акредитація, клінічний аудит, моніторинг);
- централізація окремих процесів (стерилізація інструментарію, матеріалів, доставка медикаментів, білизни).



ІЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИ

Заходи раціонального використання ліжкового фонду:

2. *Заходи, спрямовані на скорочення термінів перебування у стаціонарі:*

■ *На постгоспітальному етапі*

□ доліковування в умовах домашнього та денного стаціонарів;

□ комплексне відновлювальне лікування (реабілітація);

□ санаторно-курортне лікування;

□ диспансерне спостереження.



ІІІ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИ

Етапи надання меддопомоги сільському населенню:

Етап	Назва	Вхід допомоги	Заклади
I	Сільська лікарська дільниця	Первинна, - дільницька, - лікарська	Структурні підрозділи ЦПМСД: - ФАП, ФП, МП - Амбулаторія або дільнична лікарня (рідко)
II	Районні медичні заклади	- Вторинна (для всього населення району) - Первинна (для мешканців районного центру та приписних сіл)	- Заклади охорони здоров'я госпітального округу - Центр ПМСД (або районна поліклініка)
III	Обласні заклади охорони здоров'я	Третинна (для всього населення області) Екстрена (для всього населення області)	Обласні лікарні і диспансери Обласний центр ЕМД і МК



ИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИ

Законодавча база подальшої реформи первинної і вторинної медичної допомоги в Україні:

■ Закони України:

- "Про місцеве самоврядування" (1997, редакція 2016)
- "Про співробітництво територіальних громад" (2014)
- "Про добровільне об'єднання територіальних громад" (2015, редакція 2016) – обов'язок утримувати ЗОЗ
- "Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я" (про автономізацію ЗОЗ, 2017)
- Проект Закону № 6327 "Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів" (2017)

ИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИ

Законодавча база подальшої реформи первинної і вторинної медичної допомоги в Україні:

- Постанови Кабінету Міністрів України:
- "Про затвердження Методики формування спроможних територіальних громад" (08.04.2015, № 214)
- "Про затвердження Порядку створення госпітальних округів" (30.11.2016, №932)
- Постанова КМУ "Про забезпечення доступності лікарських засобів" редакція від 17.03.2017, № 152 – Урядова програма «Доступні ліки»: реімбурсація (відшкодування коштів) на ліки (за МПП) при артеріальній гіпертензії, бронхіальній астмі, цукровому діабеті II типу

Перспективи подальшого реформування ПМД в Україні

- Запровадження нової моделі фінансування (капітація – на душу населення; принцип “гроші йдуть за пацієнтом”)
- Вибір кожним громадянином надавача ПМД
- Запровадження системи e-health (електронний реєстр пацієнтів і лікарів, електронна документація, звітність, виписування рецептів тощо)
- Запровадження принципу воротаря (візит до спеціаліста за направленням лікаря ПМД безкоштовний, самозвернення – за кошти пацієнта)
- Оплата праці з врахуванням результатів

И НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧ

Нові механізми оплати медичної допомоги:
«гроші йдуть за пацієнтом»

Для первинної медичної допомоги
змішаний метод оплати на основі:

- нормативу на одного жителя (метод капітації) з поправкою на ризики, до якого додаються
- доплати за якість послуг та досягнення окремих важливих показників (охоплення вакцинацією, скринінговими послугами: контроль АТ, мамографія тощо)
- плата за окремі послуги, збільшення обсягів яких визначено національними пріоритетами

І НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ

Перспективи подальшого реформування ВМД в Україні

- Створення госпітальних округів (спеціалізація лікарень)
- Запровадження нових форм оплати ВМД: за надані послуги (замість утримування інфраструктури)
- Вибір кожним громадянином надавача ВМД (гроші ходять за пацієнтом)
- Запровадження Національної служби здоров'я (агенція, яка укладає угоди із ЗОЗ на оплату медичних послуг; утримують ЗОЗ – територіальні громади)
- Визначення гарантованого безоплатного мінімуму медичних послуг (ЕМД, ПМД, ПД, реімбурсація окремих ліків)

ІЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧ

Нові механізми оплати медичної допомоги:
«гроші йдуть за пацієнтом»

Для спеціалізованої амбулаторної допомоги
різні методи оплати, залежно від виду
послуг:

- Фінансування з розрахунку на одного жителя
- Плата за послугу
- Плата за пролікований випадок (для послуг, наближених до стаціонарної допомоги – денні стаціонари, хірургія одного дня)

Нові механізми оплати медичної допомоги: «гроші йдуть за пацієнтом»

Для стаціонарної допомоги

- На початковому етапі – фінансування глобальним бюджетом із визначенням обсягу послуг та індикаторів результативності закладів
- На кінцевому етапі - оплата за пролікований випадок із застосуванням діагностично-споріднених груп (ДСГ).

