Навчальна дисципліна
«Соціальна медицина, громадське здоров’я »
(модуль 2 «Громадське здоров’я»)

Лекція на тему:

«Основні законодавчі засади охорони здоров’я та організації медичної допомоги населенню України»

- ✓ Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 р. (ред. від 16.01.2020)
- ✓ Концепція реформи фінансування системи охорони здоров’я від 30.11.2016 р.;
- ✓ Постанова КМУ № 1074 від 27.11.2019 р. «Деякі питання створення госпітальних округів» ;
- ✓ Закон України «Про екстрену медичну допомогу» від 09.12.2015 р. (ред. від 16.01.2020);
- ✓ Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров’я» від 19.11.1992 р. (ред. від 16.01.2020 р., підстава - 421-IX))

На етапі впровадження реформи (2018-2019 рр.) передбачається:

- підготувати проекти та прийняти нормативні акти, які створюють законодавчу базу для запровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги на всіх її рівнях, а також механізмів співоплати за медичні послуги;
- розпочати фінансування державного гарантованого пакета медичної допомоги через Національну службу здоров'я України на всіх рівнях медичної допомоги;
- запровадити в повному обсязі систему реімбурсації лікарських засобів у межах державного гарантованого пакета медичної допомоги;
- затвердити уніфіковані клінічні протоколи для найбільш поширених медичних станів;
- розробити та затвердити систему тарифікації медичних послуг, встановити тарифи на відшкодування медичних послуг у межах державного гарантованого пакета медичної допомоги;
- розробити та прийняти нормативно-правові акти, які забезпечують рівні умови для доступу закладів охорони здоров'я всіх форм власності до укладення договорів з Національною службою здоров'я України у межах державного гарантованого пакета медичної допомоги;

- впровадити електронні інструменти обміну медичними, фінансовими та статистичними даними, що необхідні для функціонування єдиного загальнонаціонального медичного простору;
- розпочати реорганізацію мережі вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги в межах госпітальних округів згідно з розробленими перспективними планами;
- запровадити широке використання методу розподілу на діагностично-споріднені групи для обліку наданої медичної допомоги для закладів охорони здоров'я, що надають стаціонарну вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу;
- розпочати оплату постачальникам медичних послуг за принципом оплати за пролікований випадок з використанням методу розподілу на діагностично-споріднені групи для закладів охорони здоров'я, що надають стаціонарну вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу.

Закон України “Основи законодавства України про охорону здоров’я” від 19.11.1992 р. (ред. від 01.01.2019 р., підстава - 2427-VIII)

встановлюється, що кожен громадянин має право на безоплатне отримання у державних та комунальних закладах охорони здоров’я медичної допомоги, до якої належать:

- ❑ екстрена медична допомога;
- ❑ первинна медична допомога;
- ❑ вторинна медична допомога;
- ❑ третинна медична допомога;
- ❑ паліативна допомога.

Держава також гарантує безоплатне проведення медико-соціальної експертизи, судово-медичної та судово-психіатричної експертизи, патологоанатомічних розтинів та пов’язаних з ними досліджень у порядку, встановленим законодавством.

Відповідно до даного **Закону України** громадяни України зобов’язані:

- піклуватись про своє здоров’я та здоров’я дітей, не шкодити здоров’ю інших громадян;
- у передбачених законодавством випадках проходити профілактичні медичні огляди і робити щеплення;
- вживати передбачених Закону України «Про екстрену медичну допомогу”, заходів для забезпечення надання екстреної медичної допомоги іншим особам, які знаходяться у невідкладному стані;
- виконувати інші обов’язки, передбачені законодавством про охорону здоров’я.

Існуюча мережа державних і комунальних закладів охорони здоров’я не може бути скорочена.

Медична допомога надається *безоплатно* за рахунок бюджетних коштів у закладах охорони здоров’я та фізичними особами-підприємцями, які зареєстровані та одержали в установленому законом порядку ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, з якими головними розпорядниками бюджетних коштів укладені договори про медичне обслуговування населення.

Заклади охорони здоров’я встановлюють плату за послуги з медичного обслуговування, шо надаються поза договорами про медичне обслуговування населення, укладеними з головними розпорядниками бюджетних коштів, у порядку, встановленому законом.

З метою забезпечення належної якості та доступності безоплатної вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги та ефективного використання ресурсів системи охорони здоров’я в Україні створюються госпітальні округи.

Створення госпітальних округів регулюється **постановою Кабінету Міністрів України № 1074 від 27.11.2019р. «Порядок створення госпітальних округів”.**

Цей порядок встановлює механізм створення, управління та функціонування госпітальних округів.

ГОСПІТАЛЬНИЙ ОКРУГ

Це функціональне об’єднання закладів охорони здоров’я, розміщених на відповідній території, що забезпечує надання вторинної (спеціалізованої) та госпітального етапу екстренної медичної допомоги населенню такої території.

- ✓ 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,

- ✓До складу госпітального округу входять не менше однієї багатопрофільної лікарні інтенсивного лікування першого та/або другого рівня та інші заклади охорони здоров’я.
- ✓Багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування першого рівня повинна забезпечувати надання медичної допомоги не менш як 120 тис. осіб.
- ✓Багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування другого рівня повинна забезпечувати надання медичної допомоги не менш як 200 тис. осіб.
- ✓Зона обслуговування госпітального округу визначається таким чином, щоб жителі, які проживають у зоні їх обслуговування у межах не більше 60 хв проїзду автомобільним транспортом, мали доступ до вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ГОСПІТАЛЬНІ ОКРУГИ

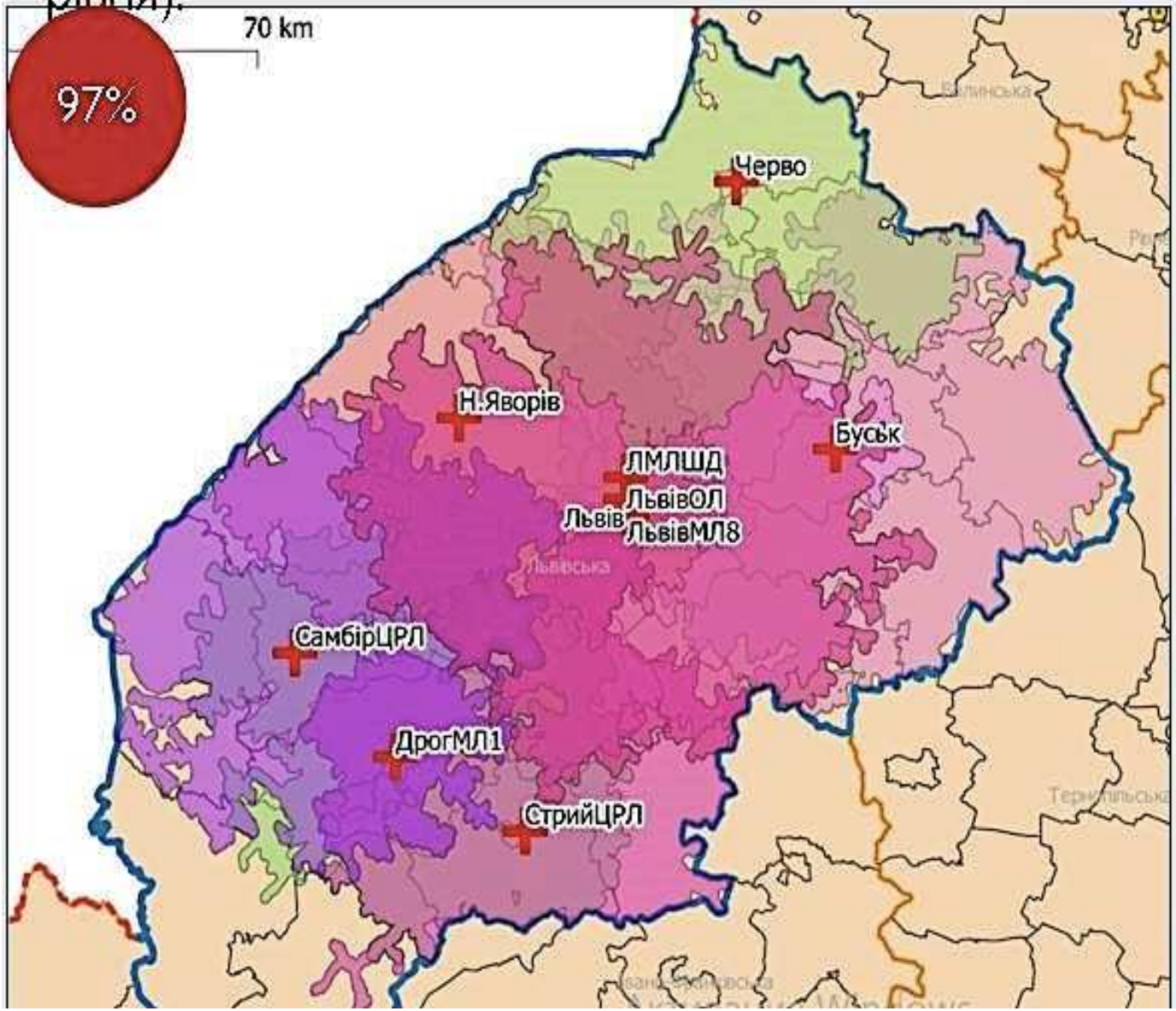
Є лікарня інтенсивного лікування
(1 або 2 рівня)

Мінімальне охоплення громадян:

лікарня 1 рівня	лікарня 2 рівня
120 000	**200 000**

Створення:
Межі та склад формує **ОДА**, затверджує **Кабмін**

Для Львівського ТО пропонується визначити 9 ЛІЛ (5 ЛІЛ-ІІ рівня та 4 ЛІЛ-І рівня).



1. Львівська міська лікарня швидкої допомоги – ЛІЛ-ІІ рівня
2. Львівська обласна лікарня – ЛІЛ-ІІ рівня
3. Львівська міська лікарня №8 – ЛІЛ-ІІ рівня
4. Буська ЦРЛ – ЛІЛ-І рівня
5. Червоноградська міська лікарня – ЛІЛ-ІІ рівня
6. Дрогобицька МЛ № І – ЛІЛ-ІІ рівня
7. Самбірська ЦРЛ – ЛІЛ-І рівня
8. Стрийська ЦРЛ – ЛІЛ-І рівня
9. Новояворівська РЛ – ЛІЛ-І рівня

Концепцією медичної реформи передбачається, що державний гарантований пакет медичної допомоги поширюватиметься на всіх громадян України та включатиме:

- первинну медичну допомогу;
- екстрену медичну допомогу (у тому числі у стаціонарі);
- основні види амбулаторних послуг за направленням лікаря загальної практики – сімейного лікаря;
- основні види стаціонарної медичної допомоги за направленням лікаря загальної практики – сімейного лікаря чи лікаря-спеціаліста, включаючи лікарські засоби для стаціонарної та екстреної медичної допомоги, вартість яких відшкодовується через встановлений державою механізм оплати відповідних видів медичної допомоги;
- амбулаторні рецептурні лікарські засоби, які внесені до національного переліку основних лікарських засобів та вартість яких відшкодовується через механізм реімбурсації.

Закон України
«Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»

Стаття 2. Визначення основних термінів

- ✓ **реімбурсація** - механізм повного або часткового відшкодування суб'єктам господарювання, які здійснюють діяльність з роздрібної торгівлі лікарськими засобами, вартості лікарських засобів, що були відпущені пацієнту на підставі рецепта, за рахунок коштів Державного бюджету України;
- ✓ **тариф** – ставка, що визначає розмір повної оплати за передбачені програмою медичних гарантій медичні послуги та лікарські засоби

Детальний перелік послуг, що входять до державного гарантованого пакета медичної допомоги і підлягають оплаті з державного бюджету або співоплаті за уніфікованим тарифом, а також структура та рівень тарифів на відповідні послуги затверджуватимуться щороку Кабінетом Міністрів України.

Пропозиції щодо переліку послуг та рівня тарифів будуть розроблятися єдиним національним замовником медичних послуг (далі – Національною службою здоров'я України) і погоджуватися з МОЗ та Мінфіном.

- Послуги первинної та екстреної медичної допомоги (зокрема у стаціонарі) повністю покриватимуться державним солідарним медичним страхуванням – співоплата для таких послуг не передбачається.
- Послуги спеціалістів та обстеження за направленням лікаря покриватимуться державним солідарним медичним страхуванням із співоплатою від пацієнта; *без направлення лікаря пацієнт оплачуватиме повну вартість*.
- Послуги стаціонарного лікування та високоспеціалізовані послуги покриватимуться державним солідарним медичним страхуванням із співоплатою пацієнта.

Державне солідарне медичне страхування - система прав, обов'язків і гарантій, яка передбачає повну або часткову оплату за встановленими тарифами за рахунок коштів державного солідарного медичного страхування наданих застрахованим особам необхідних медичних послуг та лікарських засобів у межах державного гарантованого пакета у разі настання страхового випадку;

Прийняті Верховною Радою України та Кабінетом Міністрів України нормативно-правові акти передбачають введення державних фінансових гарантій.

Стаття 6. Права та обов’язки пацієнтів у сфері державних фінансових гарантій.

Пацієнти мають право на:

- ✓ отримання необхідних їм медичних послуг та лікарських засобів належної якості за рахунок коштів Державного бюджету України, передбачених на реалізацію програми медичних гарантій, у надавачів медичних послуг;
- ✓ безоплатне отримання інформації від Уповноваженого органу (далі – Національна служба здоров’я України) або надавачів медичних послуг про програму медичних гарантій та надавачів медичних послуг за цією програмою, які можуть надати необхідну пацієнту медичну послугу;
- ✓ можливість вибору лікаря у порядку, встановленому законодавством;

- ✓ надання лікарям, третім особам права доступу до персональних даних та іншої інформації, що міститься в електронній системі охорони здоров’я, у тому числі до інформації про стан свого здоров’я, діагноз, про відомості, одержані під час медичного обстеження, за умови дотримання такими особами вимог Закону України “Про захист персональних даних”;
- ✓ отримання від Національної служби здоров’я України інформації про осіб, які подавали запити щодо надання інформації, що міститься в електронній системи охорони здоров’я, про такого пацієнта;
- ✓ оскарження рішень, дій чи бездіяльності надавачів медичних послуг або Національної служби здоров’я України;
- ✓ судовий захист своїх прав;
- ✓ звернення до Ради громадського контролю щодо дій чи бездіяльності Національної служби здоров’я України;
- ✓ інші права, передбачені законодавством.

Пацієнти зобов’язані:

- ✓ надавати відповідному надавачу медичних послуг достовірну інформацію та документи, необхідні для отримання медичних послуг та лікарських засобів;
- ✓ проходити профілактичні медичні огляди в порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров’я;
- ✓ виконувати медичні приписи лікаря та дотримуватися правил внутрішнього розпорядку надавача медичних послуг;
- ✓ виконувати інші вимоги, передбачені законодавством про охорону здоров’я.

Істотними умовами договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій є:

- перелік та обсяг надання пацієнтам медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій;
- умови, порядок та строки оплати тарифу;
- фактична адреса надання медичних послуг;
- права та обов’язки сторін;
- строк дії договору;
- звітність надавачів медичних послуг;
- відповідальність сторін.

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.

Надавачам медичних послуг, які є державними та комунальними закладами охорони здоров’я, забороняється вимагати від пацієнтів винагороду в будь-якій формі за медичні послуги та лікарські засоби, надані за програмою медичних гарантій.

Такі дії є підставою для притягнення до відповідальності, передбаченої договором про медичне обслуговування населення, в тому числі одностороннього розірвання договору з ініціативи Національної служби здоров’я України.

Доступ до даних пацієнта, що містяться в електронній системі охорони здоров'я, можливий лише у разі отримання згоди такого пацієнта (його законного представника) у письмовій формі або у формі, що дає змогу зробити такий висновок про надання згоди.

Без згоди доступ до інформації про пацієнта можливий у випадках:

- ✓ наявності ознак прямої загрози життю пацієнта;
- ✓ за умови неможливості отримання згоди такого пацієнта чи його законних представників (до часу, коли отримання згоди стане можливим);
- ✓ за рішенням суду.

E-Health

ЕЛЕКТРОННА СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я

– це система, яка допомагає:

- ✓пацієнтам-отримувати
- ✓ лікарям – надавати якісні медичні послуги
- ✓контролювати, наскільки ефективно витрачаються виділені на охорону здоров’я державні кошти
- ✓запобігати зловживанням

У майбутньому eHealth система дасть можливість кожному швидко отримати свою медичну інформацію, а лікарям – правильно ставити діагноз з урахуванням цілісної картини здоров’я пацієнта. Вже не буде потреби в паперових медичних картах і друкованих довідках, які губляться і забуваються. Лікарі виписуватимуть електронні рецепти, які не можна буде ні загубити, ні підробити. Система міститиме всю медичну історію пацієнта, і вона буде доступна як пацієнту, так і його лікарям.

Зверніть увагу, що з квітня 2019 року діє електронний рецепт, який може бути виписаний лише тим сімейним лікарем, терапевтом або педіатром, з яким ви маєте декларацію

Доступні ліки - це оновлена урядова програма реімбурсації, яку з 1 квітня 2019 року адмініструє Національна служба здоров'я України.

Реімбурсація - це механізм повної або часткової оплати лікарських засобів, що включені до деталізованого опису з бюджету

РЕІМБУРСАЦІЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В УКРАЇНІ

Реімбурсація – механізм відшкодування державою вартості ліків під час амбулаторного лікування

З 1 квітня 2017 року
такий механізм запроваджується для осіб хворих на:

СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ
≈22,6 млн хворих

БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ
≈210 тис. хворих

ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ II ТИПУ
≈1 млн хворих

АПТЕКА

Купити (отримати) ліки з відшкодуванням можна лише в аптеках, які беруть участь у програмі
Відшкодування аптекам проводиться з місцевих бюджетів

500 млн грн
ЗАКЛАДЕНО В БЮДЖЕТІ НА ВІДШКОДУВАННЯ ВАРТОСТІ ЛІКІВ

ПЕРЕЛІК ЛІКІВ ЗАТВЕРДЖУЄТЬСЯ МОЗ

РОЗДРІБНУ ТА ГРАНИЧНУ ЦІНУ НА ТАКІ ЛІКИ ВИЗНАЧАЄ МОЗ

ЛІКАР

ВИПИСУЄ РЕЦЕПТ **НА ДІЮЧУ РЕЧОВИНУ,** А НЕ НА КОНКРЕТНИЙ ПРЕПАРАТ	ВИЗНАЧАЄ КІЛЬКІСТЬ ТА ФОРМУ ЛІКІВ

строк дії рецепта
30 днів

Якщо **пацієнт обирає рекомендований МОЗ препарат** (найдешевший), то отримує його безкоштовно **100% компенсується державою**

Якщо **пацієнт обирає інший препарат (дорожчий),** компенсується лише ціна рекомендованого МОЗ, **а різницю в цінах оплачує пацієнт**

ПРЕПАРАТИ НА ЯКІ РОЗПОВСЮДЖУЄТЬСЯ ДІЯ ПРОГРАМИ:

БРОНХІАЛЬНА АСТМА
> Беклометазон
> Будесонід (у 2 лік. формах)
> Сальбутамол (у 2 лік. формах)

ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ II ТИПУ
> Метформін
> Гліклазид

СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ
> Аміодарон
> Амлодипін
> Атенолол
> Верапаміл
> Гідрохлортіазид
> Спіронолактон
> Фуросемід
> Дигоксин
> Еналаприл
> Ізосорбіду динітрат
> Карведилол
> Клопідогрель
> Метопролол
> Нітрогліцерин
> Симвастатин
> Бісопролол

СЛОВО І ДІЛО

Інфографіку створено за даними відкритих джерел інформації станом на 30.03.2017 року
*Дані наведено з аналізу регулятивного впливу до проекту постанови КМУ «Про забезпечення доступності лікарських засобів»

Як отримати "Доступні ліки" за Е-рецептом

ДОСТУПНІ ЛІКИ
ЯК ОТРИМАТИ ЛІКИ ЗА ЕЛЕКТРОННИМ РЕЦЕПТОМ

- Пацієнт називає працівнику аптеки номер рецепту з смс-повідомлення
- Провізор вводить номер рецепту в електронну систему
- В електронній системі показується список препаратів, які ця аптека може запропонувати пацієнту
- Пацієнт обирає препарат*
- Провізор вводить код підтвердження і накладає свій електронний підпис
- Пацієнт отримує препарат безоплатно або з невеликою доплатою

*Пацієнт може відмовитися від ліків у цій аптеці

#ЦифраТижняДоступніЛіки

650 419 224 грн

отримали аптечні заклади
В 2019 РОЦІ ЗА ДОГОВОРОМ З НСЗУ

123 981 482 грн	45 966 636 грн	480 471 106 грн
комунальні заклади	ФОП	приватні заклади

Національна служба здоров'я України

ЯКІ ЗМІНИ ЧЕКАЮТЬ НА СПЕЦІАЛІЗОВАНУ МЕДИЦИНУ У 2020

- ***4 563,64 грн*** базова ставка за проліковані випадки, які включено до пакетів « Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах» та «Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій»
- ***19 332,31 грн*** тариф з надання медичної допомоги при гострому мозковому інсульті в стаціонарних умовах (ставка на пролікований випадок)
- ***8 136,03 грн*** тариф на пологи
- Від ***26 087,72 грн до 98 533,82 грн*** з надання медичної допомоги новонародженим у складних неонатальних випадках (залежно від складності наданої медичної послуги)

ПОСЛУГИ, ЯКІ НСЗУ БУДЕ СПЛАЧУВАТИ МЕДЗАКЛАДАМ ЗА ПРІОРИТЕТНИМ ТАРИФОМ

- ***204,12 грн*** - мамографія
- ***943,92 грн*** – колоноскопія
- ***802,44 грн*** – цистоскопія
- ***968,76 грн*** – бронхоскопія
- ***17 843,96 грн*** – діагностика і хіміотерапевтичне лікування онкохворих
- ***30 327,75 грн*** – діагностика і радіологічне лікування онкохворих
- ***7406,40 грн -*** психіатрична допомога
- ***20 663,68 грн*** - лікування туберкульозу

- ***1500,05 грн*** – діагностика і лікування людей з ВІЛ
- ***7865,64 грн*** – паліативна медична допомога
- ***9832,05 грн*** – мобільна паліативна медична допомога
- ***6554,73 грн*** – реабілітація немовлят, які передчасно народилися;
  реабілітація з ураженням опрно-рухового апарату;
  реабілітація з ураженням нервової системи

УМОВИ УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ З НСЗУ

- ✓закладам потрібно буде стати комунальними некомерційним підприємствами (автомізація закладу),
- ✓мати чинну ліцензію,
- ✓комп’ютери, щоб підключитися до електронної системи охорони здоров’я,
- ✓необхідне обладнання,
- ✓та персонал.

Для укладення договору на надання пріоритетних послуг заклад повинен відповідати вимогам, визначеним НСЗУ.

- ✓Послуги спеціалізованої медичної допомоги за програмою медичних гарантій можна буде отримати безоплатно тільки за направленням лікаря первинки або лікуючого лікаря.
- ✓Без направлення спеціалізовану медичну допомогу відповідно до медичних показань можна буде отримати безоплатно пацієнтам, які звернулися до акушера-гінеколога, стоматолога, педіатра, психіатра, нарколога.
- ✓Також без направлення безоплатно надається медична допомога при невідкладному стані.

#Уряд2020

- ПРОГРАМА МЕДИЧНИХ ГАРАНТІЙ
- ДІДЖИТАЛІЗАЦІЯ
- ІМУНОПРОФІЛАКТИКА
- ЄВРОПЕЙСЬКІ СТАНДАРТИ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ КРОВІ
- ПРОФІЛАКТИКА НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ
- РОЗВИТОК ТРАНСПЛАНТАЦІЇ В УКРАЇНІ
- ПОКРАЩЕННЯ СИСТЕМИ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
- РОЗБУДОВА СИСТЕМИ ОЦІНКИ МЕДИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ
- ЗАПРОВАДЖЕННЯ ЄВРОПЕЙСЬКИХ СТАНДАРТІВ МЕДСЕСТРИНСТВА

СТАЦІОНАРНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Це організація цілодобової медичної допомоги і догляду за хворим в спеціально обладнаних стаціонарних медичних закладах.

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.

МЕДИЧНІ ЗАКЛАДИ

- ***Лікарня*** – медичний заклад та лікувально-профілактична установа, яка надає стаціонарну кваліфіковану і спеціалізовану медичну допомогу.
- ***Стаціонар*** – (від лат. stationarius – «нерухомий», «постійний», «сталий») – лікувальна установа з постійними ліжками для хворих.
- ***Клініка*** – медичний лікувальний заклад (установа), в якому здійснюють як лікування хворих, так і навчальну та наукову роботу. *Клініки, таким чином, є складовими навчальних медичних закладів. Вони можуть бути багатопрофільними (госпіталь, лікарня, поліклініка) або монопрофільними (клініка хірургії, гінекології…)*

КЛАСИФІКАЦІЯ ЛІКАРЕНЬ ЗА АДМІНІСТРАТИВНО-ТЕРИТОРІАЛЬНИМ ПОДІЛОМ

- ✓ обласні
- ✓ міські
- ✓ центральні районні
- ✓ сільські лікарні

ТИПИ ЛІКАРЕНЬ ЗА РОЗМІЩЕННЯМ

- ***Децентралізовані*** – де кожне відділення займає окремий корпус лікарні.
- ***Централізовані*** – абсолютна більшість відділень поєднані в одному корпусі, розташованих, як правило, на різних поверхах або частинах будинку. Як правило при такому вигляді організації за межі однієї будівлі винесені технічні приміщення, харчоблок, поліклінічне і паталогоанатомічне відділення.
- ***Змішані*** – поєднання особливостей обох видів: є один-два великі корпуси з різними відділеннями і кілька дрібніших корпусів для деяких відділень. Більшість великих лікарень організована за таким принципом.

ЗА СПЕЦІАЛІЗАЦІЄЮ (ПРОФІЛЕМ)

- ✓ ***Спеціалізовані*** – спрямовані на лікування певного класу захворювань: кардіологічні (кардіоцентр), нейрохірургічні, онкологічні, урологічні, інфекційні та інші.
- ✓ ***Загальні*** – багатопрофільні установи, де проводиться діагностика та лікування широкого спектру захворювань.

КЛАСИФІКАЦІЯ ЛІКАРЕНЬ ЗА ТРИВАЛІСТЮ ПЕРЕБУВАННЯ ПАЦІЄНТА:

- ***Невідкладної (короткотривалої) допомоги*** – більше половини госпіталізованих направляються у відділення із середньою тривалістю лікування менше 30 днів. До них належать більшість комунальних лікарень.
- ***Довготривалого перебування*** - більше половини госпіталізованих направляються у відділення із середньою тривалістю лікування понад 30 днів. До них належать лікарні для хронічних хворих, психіатричні, протитуберкульозні диспансери, хоспіси.

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*** , 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.

ОРГАНІЗАЦІЯ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ ХВОРИХ В ПРИЙМАЛЬНОМУ ВІДДІЛЕННІ

За порядком госпіталізація хворих буває:

- ***Планова*** – за направленням лікарів амбулаторно-поліклінічних закладів. Це краще, бо хворий поступає обстежений і з встановленим діагнозом,
- ***Ургентна*** – машиною швидкої допомоги
- ***Самозвернення***

Приймальне відділення буває:

- ***централізоване*** (єдине для всієї лікарні)
- ***децентралізоварне*** (по окремих підрозділах)

ФУНКЦІЇ ПРИЙМАЛЬНОГО ВІДДІЛЕННЯ:

- цілодобовий прийом хворих;
- встановлення (уточнення) діагнозу і обґрунтування госпіталізації;
- реєстрація хворих, що поступають у стаціонар та виписуються;
- заповнення паспортної частини Медичної картки стаціонарного хворого (ф. № 003/о);
- медичне сортування хворих, визначення профілю спеціалізованого відділення та направлення до нього;
- надання при потребі невідкладної допомоги;
- санітарна обробка хворих;
- реєстрація відмов у госпіталізації з визначенням причини;
- надання довідкової інформації про госпіталізованих хворих

ДЯКУЮ ЗА УВАГУ!