



Геннадій Слабкий

д-р мед. наук,
професор, директор
ДУ «Український
інститут
стратегічних
досліджень
МОЗ України»

ТЕМА НОМЕРА

Оптимізація мережі закладів охорони здоров'я і створення лікарень інтенсивного лікування

Відповідно до Закону України «Про проведення у Донецькій, Дніпропетровській, Вінницькій областях експерименту з реформування системи охорони здоров'я» від 7 липня 2011 р. № 3612-VI, який, згідно з Програмою економічних реформ на 2011–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава», прийнято для практичного впровадження в охороні здоров'я України реальних кроків з оптимізації охорони здоров'я, що має за мету підвищення доступності, якості та ефективності медичної допомоги населенню при раціональному використанні ресурсів, здійснюється апробація реформи в названих пілотних регіонах.

Реформування охорони здоров'я передбачає структурну перебудову системи надання медичної допомоги з пріоритетним розвитком первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, створення нових типів закладів медичної допомоги вторинного рівня залежно від інтенсивності медичної допомоги, якої потребують пацієнти, та зміни системи фінансування закладів охорони здоров'я, спрямованої на потреби пацієнтів, а не на вирішення проблем системи охорони здоров'я.

Міністерство охорони здоров'я України готує нормативні документи для методичного забезпечення проведення реформи в пілотних областях.

Представляємо напрацьовані робочою групою Головного управління Дніпропетровської обласної державної адміністрації, Дніпропетровської державної медичної академії та науковими співробітниками ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» методично-нормативні документи для практичної ланки охорони здоров'я. Вони спрямовані на оптимізацію мережі закладів охорони здоров'я та створення лікарень інтенсивної допомоги пацієнтам.

Методичні підходи до оптимізації мережі закладів охорони здоров'я

Погіршення стану здоров'я населення України зумовлено не лише загальними соціально-економічними факторами, а й негативними тенденціями системи охорони здоров'я, зокрема, незбалансованістю структури медичної допомоги за її видами.

За визначенням ВООЗ, сучасна система охорони здоров'я має піклуватися про доступність медичних послуг для тих, хто їх найбільш потребує, характеризуватися високою якістю та безпечністю цих послуг і забезпечувати максимально можливі результати для здоров'я на популяційному рівні.

Існуюча в Україні система охорони здоров'я є неефективною на всіх рівнях медичного обслуговування, що перешкоджає наданню медичних послуг, потрібних населенню.

В Україні не існує чіткого розподілу на служби первинної і вторинної допомоги. До виконання функцій первинної допомоги фактично залучаються всі спеціалісти поліклініки, що призводить до надмірного використання спеціалізованої амбулаторної допомоги. Із загальної кількості медичних закладів Міністерства охорони здоров'я лише близько половини (56,2 %) призначені для надання виключно первинної медичної допомоги (сільські та міські лікарські амбулаторії, амбулаторні відділення сільських дільничних лікарень), 28,1 % — надають і первинну, і вторинну амбулаторну допомогу (поліклініки, по-

ліклінічні відділення міських лікарень для дорослого та дитячого населення, центральних районних лікарень). Лише 27 % фахівців первинної ланки становлять лікарі загальної практики — сімейні лікарі.

Інфраструктура стаціонарної допомоги, що склалася, не лише не відповідає основним напрямам реформування вітчизняної охорони здоров'я, а й є свого роду гальмом для практичної реалізації реформування системи охорони здоров'я. Наразі чисельність стаціонарів у країні більш як удвічі перевищує аналогічний показник країн Європи, що призводить до розпорощення ресурсів та низької якості медичної допомоги. Частка малопотужних лікарень (до 50 ліжок) у загальній чисельності всіх лікарень становить 12 %. За даними Держкомстату, загальна забезпеченість ліжками на 10 тис. населення (незважаючи на те, що в Україні відбулося скорочення ліжкового фонду майже на третину) залишається досить високою — 9,73, що в 1,7 раза перевищує аналогічні показники в країнах ЄС та в 1,4 раза — в Європейському регіоні в цілому.

При цьому в Україні рівень (21,9 %) та тривалість госпіталізації (13,3 дня) істотно перевищують середньоєвропейські показники (19,2 % та 10,4 дня) і показники в країнах ЄС (18 % та 9,2 дня), а від 30 до 50 % пацієнтів госпіталізується необґрунтовано.

Донині стаціонарна медична допомога залишається найбільш ресурсоємним і дорогим сектором вітчизняної охорони здоров'я. Однією з причин такого становища є недостатня диференціація ліжкового фонду в міру інтенсивності лікування і догляду. Вкрай рідко застосовується принцип етапності стаціонарного лікування, що передбачає своєчасне переведення пацієнтів після інтенсивного лікування до реабілітаційних відділень санаторно-курортних закладів, у стаціонари (відділення) відновного лікування і медико-соціального профілю.

На сучасному етапі в Україні між показниками діяльності різних рівнів лікарень майже немає істотних відмінностей. Відносно тривалі терміни перебування пацієнтів у стаціонарах районних та міських лікарень є певним свідченням незадовільної організації та низької якості медичного обслуговування, а відносно короткі терміни перебування хворих в обласних лікарнях дають підстави вважати, що певна частина їх пацієнтів не потребує лікування в закладах такого типу.

Через відсутність диференціації ліжкового фонду залежно від потреб стаціонарних хворих у спеціалізованих відділеннях стаціонарів перебувають як пацієнти, що потребують інтенсивної допомоги, так і ті, що одужують, пацієнти, яким передусім необхідний догляд, та пацієнти у термінальній стадії захворювання.

Діючі механізми кошторисного фінансування медичних установ не створюють стимулів до підвищення якості медичних послуг та ефективності використання ресурсів. Крім того, формування кошторису на старих радянських засадах, що базується на потужності закладів охорони

здоров'я — тобто залежно від чисельності ліжок та персоналу — і не враховує потреб населення в медичній допомозі, створює неадекватні стимули до екстенсивного розвитку галузі, збереження надмірної і не-ефективної інфраструктури (зокрема, невиправданого збільшення кількості амбулаторних консультацій, необґрунтованих госпіталізацій, подовження термінів госпіталізації тощо). Обсяг і якість виконуваної роботи при цьому не беруть до уваги.

Реформаторські зусилля в секторі стаціонарної допомоги останніми роками були зосереджені на скороченні, переважно адміністративними методами, занадто роздутого ліжкового фонду, однак загальна ефективність стаціонарних служб змінилася мало.

Таким чином, розпорошеність наявних ресурсів охорони здоров'я України при деформованості структури медичних послуг може призвести до загострення проблем медичного обслуговування населення, особливо в умовах фінансово-економічної кризи.

І тому існуюча на сьогодні мережа закладів охорони здоров'я в Україні нагально потребує послідовної оптимізації відповідно до потреб населення у різних видах медичної допомоги.

Мета оптимізації мережі закладів охорони здоров'я — підвищення доступності та якості медичної допомоги при більш ефективному і раціональному використанні ресурсів.

Завдання оптимізації мережі закладів охорони здоров'я:

- проведення чіткого розмежування медичної допомоги за рівнями її надання: первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) та екстреної залежно від потреби в інтенсивності медичної допомоги;
- створення мережі Центрів первинної медико-санітарної допомоги;
- розподіл функцій екстреної та невідкладної медичної допомоги і передання невідкладної допомоги як функції на первинний рівень;
- створення Центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф;
- диференціація лікарень вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги з огляду на інтенсивність її надання: лікарні інтенсивного лікування, лікарні планового лікування хронічно хворих, лікарні відновлювального лікування, хоспіси, лікарні медико-соціальної допомоги, дитячі лікарні, консультативно-діагностичні та спеціалізовані медичні центри;
- створення високоспеціалізованих багатопрофільних або однопрофільних закладів охорони здоров'я для надання третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;

- створення університетських клінік — встановлення консолідованого державного замовлення на обсяги медичної допомоги в умовах клінік НДІ;
- створення умов для збереження і розвитку кадрового і матеріального потенціалу бюджетних установ у найбільш гнучких і адаптивних організаційних формах;
- поліпшення системи моніторингу і контролю за результатами діяльності бюджетних установ з боку органів місцевого самоврядування, у віданні яких вони перебувають;
- підвищення якості надання медичної допомоги і ефективності використання бюджетних асигнувань за рахунок раціонального використання ресурсів, що виникає внаслідок усунення дублюючих функцій та диференційованого підходу до надання медичної допомоги закладами охорони здоров'я різних рівнів.

Критерії оптимізації мережі закладів охорони здоров'я:

- загальна кількість населення за попередній п'ятирічний період, тип розселення;
- стан здоров'я та основні причини смертності населення;
- існуюча мережа та потужність закладів охорони здоров'я;
- обсяги медичної допомоги в закладах охорони здоров'я різних рівнів надання медичної допомоги;
- обсяги незадоволеної потреби у медичній допомозі;
- штатна та фактична чисельність працівників бюджетних закладів охорони здоров'я;
- показники використання медичних кадрів;
- структура і динаміка фінансового забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я (з урахуванням частки позабюджетного фінансування);
- власність закладів охорони здоров'я;
- балансова вартість майна закладів охорони здоров'я;
- рівень оснащення закладів охорони здоров'я;
- якість медичної допомоги, що надається;
- інфраструктура доріг та громадського автотранспорту.

Щодо різних бюджетних закладів охорони здоров'я ці критерії можуть бути змінені з урахуванням галузевих особливостей, наприклад: функціонування відомчих закладів охорони здоров'я, що дублюють роботу територіальних закладів охорони здоров'я; потужність клінік, які реально використовуються для надання медичної допомоги; наявність закладів охорони здоров'я, в яких не забезпечується кваліфікована медична допомога.

Нова структура закладів охорони здоров'я

Оптимізація мережі закладів охорони здоров'я полягає у створенні нових типів закладів охорони здоров'я, які диференціюються залежно від рівня надання медичної допомоги (первинна, вторинна, третинна) та її інтенсивності. При цьому такі заклади мають юридичну самостійність.

Наводимо перелік закладів первинної, вторинної та третинної медичної допомоги, які створюються під час реформування системи медичної допомоги населенню і забезпечують відповідне розмежування медичної допомоги.

Заклади охорони здоров'я, що надають первинну медико-санітарну допомогу:

- Центри первинної медико-санітарної допомоги.
- Амбулаторії сімейної медицини.

Заклади охорони здоров'я, що надають вторинну медико-санітарну допомогу:

- Багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування (для планових хворих та хворих з гострими станами) з консультативно-діагностичним центром.
- Лікарня планового лікування з консультативною поліклінікою.
- Лікарня відновного лікування.
- Лікарня медико-соціальної допомоги.
- Хоспіс.
- Дитяча лікарня інтенсивного та планового лікування.
- Міський пологовий будинок.
- Консультативно-діагностичний центр.
- Спеціалізований медичний центр (за напрямками, в тому числі протитуберкульозний, стоматологічний, обслуговування студентської молоді тощо).

Заклади охорони здоров'я, що надають третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу:

- Обласна лікарня.
- Обласна дитяча лікарня.
- Центр високоспеціалізованої допомоги (за напрямками).
- Госпіталь для інвалідів та ветеранів війни.
- Клініки та консультативні поліклініки науково-дослідних інститутів.

Заклади охорони здоров'я єдиної системи надання екстреної медичної допомоги:

- Обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.
- Станція швидкої медичної допомоги.

■ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ (ЦПМСД)

Центри первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) створюються у кожній адміністративно-територіальній одиниці шляхом відокремлення від центральних районних (районних) лікарень підрозділів з надання первинної медико-санітарної допомоги, частини адміністративно-управлінських і допоміжних (господарських) підрозділів та приєднання мережі лікарських амбулаторій, ФАПів, ФП, медичних пунктів.

Лікарські амбулаторії створюються (зокрема, шляхом реорганізації ФАПів) у населених пунктах з кількістю жителів 1000 осіб і більше. Лікарські амбулаторії можуть обслуговувати декілька сіл таким чином, щоб первинною медико-санітарною допомогою було охоплено все населення. У лікарських амбулаторіях створюються умови для продовження функціонування існуючих стоматологічних кабінетів, що мають увійти до складу закладів / підрозділів з надання стоматологічної допомоги населенню району.

ЦПМСД мають функціонувати у всіх районних центрах, у кожному місті з населенням до 100 тис. жителів. У малих містах (до 15 тис. жителів) можуть створюватися ЦПМСД, які обслуговують населення міста і найближчого сільського району. У великих містах та мегаполісах ЦПМСД створюються на кожні 100–150 тис. населення.

Лікарські амбулаторії створюються з метою забезпечення рівної територіальної доступності ПМСД за місцем проживання для населення у мікрорайонах, віддалених поселеннях. В амбулаторіях працюють від одного до 4–8 лікарів, залежно від характеру забудови мікрорайонів.

У новобудовах доцільно передбачити розташування на перших поверхах лікарських амбулаторій, які мають відповідати санітарно-гігієнічним вимогам.

■ БАГАТОПРОФІЛЬНА ЛІКАРНЯ ІНТЕНСИВНОГО ЛІКУВАННЯ З КОНСУЛЬТАТИВНО-ДІАГНОСТИЧНИМ ЦЕНТРОМ

Основною функцією лікарні інтенсивного лікування є надання цілодобової медичної допомоги хворим з гострими станами, що потребують високої інтенсивності лікування та догляду, цілодобової спеціалізованої медичної допомоги окремим категоріям пацієнтів (вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим, дітям).

Багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування розподіляються на два рівні:

- лікарня першого рівня формується для обслуговування від 150 до 350 тис. населення;
- лікарня другого рівня формується для обслуговування понад 350 тис. населення.

Лікарня першого рівня відрізняється від лікарні другого рівня за структурою та спеціалізованими напрямками надання медичної допомоги пацієнтам.

Адміністративну територію для обслуговування лікарнею визначає орган управління охорони здоров'я, якому вона підпорядковується, залежно від потреби населення в інтенсивній медичній допомозі, чисельності населення, фактичного забезпечення населення спеціалізованою медичною допомогою.

Лікарня інтенсивного лікування розташовується в спеціально збудованих або пристосованих будівлях, що є комунальною власністю, або орендованих приміщеннях, які за набором та площею службових приміщень відповідають чинним санітарно-гігієнічним і будівельним нормам, вимогам техніки безпеки та протипожежним вимогам. Лікарня розташовується на земельній ділянці, що закріплена за нею, та має відповідати таблицю матеріально-технічного оснащення, затвердженому МОЗ України. Критерії відбору нині діючих закладів охорони здоров'я для створення лікарень інтенсивного лікування наведено у *таблиці*.

Лікарня є юридичною особою, користується правом оперативного управління щодо закріпленого майна, має штамп, печатку, статут, які затверджуються згідно з чинним законодавством, розрахунковий та інші рахунки у фінансових установах, здійснює бухгалтерський і первинний медичний облік.

Керівництво лікарнею здійснює головний лікар, що призначається і звільняється в установленому порядку, який у своїй діяльності керується чинним законодавством.

Лікарня може бути клінічною та навчальною базою вищих медичних навчальних закладів і науково-дослідних установ.

Критерії відбору закладів охорони здоров'я для створення лікарень інтенсивного лікування

№ п/п	Показник	Оптимальне значення показника	Бальна оцінка	Примітка
Характеристика територій				
1	Кількість населення, що обслуговується лікарнею інтенсивного лікування	150 тис. і більше	8	Зменшення населення знижує оцінку (за кожні 20 тис. — на 1 бал)
2	Кількість населення адміністративно-територіальної одиниці	Населений пункт з максимальною кількістю населення в межах округу	3	
3	Населений пункт є центром тяжіння для інших адміністративно-територіальних одиниць	Населення з інших адміністративно-територіальних одиниць працює, звертається по медичну допомогу, отоварюється, відпочиває в цьому населеному пункті (кількість населення в лікарні з інших населених пунктів)	8	
4	Радіус обслуговування	Не більше 100 км	4	Збільшення радіусу обслуговування зменшує оцінку (за кожні 10 км — на 1 бал)
5	Наявність доріг з твердим покриттям	Асфальтовані або бетонні дороги між адміністративно-територіальними одиницями	4	Відсутність — 0
6	Якість доріг	Відремонтовані	2	
7	Можливість організації доставки пацієнтів до лікарні з усіх населених пунктів службою екстреної (швидкої) медичної допомоги	Наявність Рішення про створення мережі станцій, підстанцій та пунктів тимчасового перебування бригад ШМД, достатньої для доїзду до пацієнтів у межах 10 хвилин у місті та 20 хвилин — у сільській місцевості і доставки пацієнтів до лікарні в межах 1–1,5 години	8	Відсутність — 0
8	Наявність у населеному пункті вищих навчальних медичних закладів I–II рівнів акредитації	Наявні	4	
Усього балів за критерієм характеристики територій			41	
Характеристика будівлі				
9	Загальний стан будівлі	Задовільний	7	Незадовільний — 0
10	Наявність площ приміщень лікарні, що дають можливість розмістити хворих із забезпеченням санітарних норм	Наявні	9	
11	Наявність централізованого гарячого водопостачання	Наявне	6	Відсутність — 2
12	Наявність централізованого холодного водопостачання	Наявне	7	Відсутність — 0
13	Наявність централізованого постачання електроенергії з двох джерел	Наявне	6	Відсутність — 2
14	Наявність централізованої каналізаційної мережі з колектором для знезараження нечистот	Наявна	5	Відсутність — 2

ТЕМА НОМЕРА:

ОПТИМІЗАЦІЯ МЕРЕЖІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я І СТВОРЕННЯ ЛІКАРЕНЬ ІНТЕНСИВНОГО ЛІКУВАННЯ

№ п/п	Показник	Оптимальне значення показника	Бальна оцінка	Примітка
15	Наявність централізованої мережі для подачі кисню	Наявна	7	Відсутність — 0
16	Наявність гаражів з ремонтною базою	Наявні	3	Відсутність — 1
17	Наявність умов для спалювання біологічних відходів	Наявні	2	Відсутність — 1
18	Наявність умов для створення на базі приймального відділення — відділення невідкладної допомоги	Наявні умови для реконструкції	6	Відсутність — 0
19	Наявність операційного блоку	Наявний	7	Відсутність — 0
20	Наявність боксованого інфекційного відділення	Наявні бокси для хворих з різними інфекціями	6	Відсутність — 0
21	Наявність пологового відділення з індивідуальними пологовими залами та палатами для сумісного перебування матері та дитини	Наявне	6	Відсутність — 0
22	Наявність патолого-анатомічного відділення	Наявне	5	Відсутність — 0
23	Наявність централізованого стерилізаційного відділення	Наявне	5	Відсутність — 0
24	Наявність цілодобового аптечного пункту	Наявний (є можливість його відкриття)	3	Відсутність — 0
Усього балів за критерієм характеристики будівлі			90	

Характеристика кадрової можливості надання допомоги в цілодобовому режимі

25	Кількість анестезіологів	5 і більше	10	Зі зменшенням критичного значення індикатора бали зменшуються пропорційно
26	Кількість неонатологів	5 і більше	8	— // —
27	Кількість акушерів-гінекологів стаціонару	5 і більше	8	— // —
28	Кількість хірургів стаціонару	5 і більше	9	— // —
29	Кількість травматологів	5 і більше	8	— // —
30	Кількість кардіологів стаціонару	5 і більше	7	— // —
31	Кількість невропатологів стаціонару	5 і більше	7	— // —
32	Кількість нейрохірургів стаціонару	5 і більше	5	— // —

ТЕМА НОМЕРА:

ОПТИМІЗАЦІЯ МЕРЕЖІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я І СТВОРЕННЯ ЛІКАРЕНЬ ІНТЕНСИВНОГО ЛІКУВАННЯ

№ п/п	Показник	Оптимальне значення показника	Бальна оцінка	Примітка
33	Рівень укомплектованості середнім медичним персоналом	95 % і більше	8	Зі зменшенням критичного значення індикатора бали зменшуються пропорційно
34	Рівень укомплектованості молодшими медичними працівниками	95 % і більше	5	— // —
35	Кількість лаборантів з вищою освітою	2 і більше	6	— // —
36	Кількість рентгенологів	2 і більше	6	— // —
37	Кількість спеціалістів з функціональної діагностики	5 і більше	6	— // —
38	Кількість патологоанатомів	1 і більше	6	— // —
39	Можливість використання кадрового потенціалу викладачів вищих навчальних медичних закладів III–IV рівнів акредитації	Наявність кафедри або її філії	2	Відсутність — 0
40	Можливість організації центру безперервного підвищення професійного рівня медичних працівників для округу	Наявність приміщення та можливість його відповідного оснащення	5	Відсутність — 0
Усього балів за критерієм характеристики кадрової можливості надання допомоги в цілодобовому режимі			106	
Характеристика потужності лікарні				
41	Загальна кількість ліжок	250 і більше	7	Зі зменшенням критичного значення індикатора бали зменшуються пропорційно
42	Потужність відділення реанімації та інтенсивної терапії	12 ліжок і більше (або є можливість збільшення потужності)	9	— // —
43	Акушерський ліжковий фонд	25 ліжок і більше	6	— // —
44	Терапевтичний ліжковий фонд	60 ліжок і більше	6	— // —
45	Кардіологічний ліжковий фонд	40 ліжок і більше	8	— // —
46	Педіатричний ліжковий фонд	30 ліжок і більше	6	— // —
47	Неврологічний ліжковий фонд	40 ліжок і більше	8	— // —
48	Хірургічний ліжковий фонд	40 ліжок і більше	8	— // —
49	Травматологічний ліжковий фонд	25 ліжок і більше	6	— // —
Усього балів за критерієм характеристики потужності лікарні			64	

ТЕМА НОМЕРА:

ОПТИМІЗАЦІЯ МЕРЕЖІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я І СТВОРЕННЯ ЛІКАРЕНЬ ІНТЕНСИВНОГО ЛІКУВАННЯ

№ п/п	Показник	Оптимальне значення показника	Бальна оцінка	Примітка
Характеристика кадрової можливості надання допомоги в цілодобовому режимі				
50	Усього операцій у стаціонарі за рік	Найбільша кількість серед лікарень, які розглядаються на роль лікарні інтенсивного лікування	6	Якщо ні, балів — 0
51	Термінова хірургія (прооперовано протягом року)	— // —	10	Зі зменшенням значення індикатора бали зменшуються пропорційно
52	Операцій на ОЧП (протягом року)	— // —	8	— // —
53	Великих гінекологічних операцій (протягом року)	25 % від прооперованих	8	— // —
54	Проліковано пацієнтів з гострим інфарктом міокарда (протягом року)	Найбільша кількість серед лікарень, які розглядаються на роль лікарні інтенсивного лікування	9	— // —
55	Проліковано пацієнтів з гострим порушенням мозгового кровообігу (протягом року)	— // —	9	— // —
56	Надано медичну допомогу пацієнтам з ЧМТ (протягом року)	— // —	7	Відсутність — 0
57	Прийнято пологів (усього протягом року)	Не менш як 1000	9	Зі зменшенням критичного значення індикатора бали зменшуються пропорційно
58	Кількість операцій на одного хірурга в стаціонарі (протягом року)	400 і більше	9	— // —
59	Кількість операцій на ОЧП на одного хірурга в стаціонарі (протягом року)	150 і більше	9	— // —
60	Кількість операцій на одного гінеколога в стаціонарі (протягом року)	400 і більше, крім акушерських операцій	9	— // —
Усього балів за критерієм характеристики інтенсивності діяльності лікарні			93	
Характеристика забезпеченості медичним обладнанням та устаткуванням				
61	Наявність діючих комп'ютерних томографів	Наявні	9	Відсутність — 0
62	Наявність діючих ангиографів	Наявні	9	Відсутність — 0

ТЕМА НОМЕРА:

ОПТИМІЗАЦІЯ МЕРЕЖІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я І СТВОРЕННЯ ЛІКАРЕНЬ ІНТЕНСИВНОГО ЛІКУВАННЯ

№ п/п	Показник	Оптимальне значення показника	Бальна оцінка	Примітка
63	Наявність діючих ендоскопів	Наявні ендо- та трахеоскопи	8	Зі зменшенням критичного значення індикатора бали зменшуються пропорційно
64	Наявність діючих УЗД-апаратів	Не менше 2-х	8	— // —
65	Наявність діючих МРТ	Наявні	9	Відсутність — 0
66	Наявність лабораторії, що працює в цілодобовому режимі	Наявна	8	При неможливості роботи в цілодобовому режимі бали зменшуються вдвічі
67	Наявність діючих біохімічних автоаналізаторів	Наявні	7	Відсутність — 0
68	Співвідношення операційних столів та наркозних апаратів	1:1	9	Зі зменшенням критичного значення індикатора бали зменшуються пропорційно
69	Співвідношення операційних столів та моніторів вітальних функцій	1:1	9	— // —
70	Співвідношення ліжок інтенсивної терапії та ШВЛ	1:1	9	— // —
71	Наявність комп'ютерної мережі	Наявна	5	Відсутність — 0
72	Можливість створення центру телемедицини для округу	Існує можливість	7	Відсутність — 0
73	Забезпеченість санітарним автотранспортом	3 санітарних автомобілі і більше	4	Зі зменшенням критичного значення індикатора бали зменшуються пропорційно
74	Забезпеченість транспортом для господарських потреб	4 автомобілі і більше	5	— // —
Усього балів за критерієм характеристики забезпеченості медичним обладнанням та устаткуванням			106	

Загальна максимальна кількість балів — 500

Організаційна структура лікарні інтенсивного лікування

1. Лікарня є лікувально-профілактичним закладом, який має у своєму розпорядженні будівлі з відповідною територією, обладнання, м'який та твердий інвентар, інше майно відповідно до затвердженого МОЗ табеля матеріально-технічного оснащення.

2. Структура лікарні визначається залежно від потреб населення у кваліфікованій, спеціалізованій медичній допомозі та затверджується управлінням охорони здоров'я облдержадміністрації.

3. Основними структурними підрозділами лікарні першого рівня є:

3.1. Адміністративна частина / управління лікарнею.

Керівництво лікарні (головний лікар, його заступники, відділ кадрів, фінансово-економічний відділ та бухгалтерія).

3.2. Приймально-діагностичне відділення — відділення невідкладної допомоги:

- травматологічний пункт;
- мала операційна;
- реанімаційна зала.

3.3. Діагностична служба (цілодобово):

- клінічна лабораторія з клінічним, біохімічним, бактеріологічним відділами;
- кабінет функціональної діагностики;
- кабінет рентгенологічної діагностики;
- кабінет ультразвукової діагностики;
- відділення ендоскопічної діагностики.

3.4. Лікувальна служба:

3.4.1. Стаціонарний сектор:

- відділення анестезіології та інтенсивної терапії;
- хірургічне відділення — чисте;
- травматологічне відділення;
- урологічне відділення;
- хірургічне відділення — гнійно-септичне;
- гінекологічне відділення;
- терапевтичне відділення;
- неврологічне відділення;
- дитяче відділення;
- інфекційне відділення боксоване;
- відділення патології вагітних;
- пологове відділення з ліжками інтенсивної терапії для новонароджених та роділь і породіль.

3.4.2. Амбулаторний сектор:

- діагностично-консультативний центр*.

* За рішенням обласного органу управління охорони здоров'я консультативно-діагностичні центри можуть створюватися як юридичні особи (на базі існуючих).

3.4.3. Денний стаціонар з операційним блоком (хірургія одного дня).

3.5. Допоміжні відділення:

- операційний блок;
- кабінет трансфузіології;
- патолого-анатомічне відділення;
- центральне стерилізаційне відділення;
- відділ медичної статистики та контролю якості медичної допомоги;
- медичний архів.

3.6. Господарська частина:

- відділ технічного обслуговування;
- харчоблок;
- пральня;
- гараж.

3.7. Пансіонат для пацієнтів денного стаціонару та родичів хворих, що перебувають на стаціонарному лікуванні.

4. Основними структурними підрозділами лікарні другого рівня є:

4.1. Адміністративна частина / управління лікарнею.

Керівництво лікарні (головний лікар, його заступники, фінансово-економічний відділ та бухгалтерія, відділ кадрів).

4.2. Приймально-діагностичне відділення — відділення невідкладної допомоги:

- травматологічний пункт;
- мала операційна;
- реанімаційна зала;
- діагностичні палати добового перебування.

4.3. Діагностична служба (цілодобово):

- клінічна лабораторія з клінічним, біохімічним, бактеріологічним відділами;
- відділення функціональної діагностики;
- відділення променевої діагностики;
- відділення ендоскопічної діагностики.

4.4. Лікувальна служба:

4.4.1. Стаціонарний сектор:

- служба анестезіології та інтенсивної терапії модульного типу для надання медичної допомоги хворим терапевтичного, неврологічного, хірургічного профілів та політравми;
- хірургічне відділення для надання медичної допомоги хворим з хірургічною, невідкладною урологічною та судинною патологією;
- хірургічне відділення — гнійно-септичне;
- відділення травматології та політравми;
- гінекологічне відділення;

- терапевтичне відділення;
- кардіологічне відділення;
- неврологічне відділення;
- дитяче відділення;
- інфекційне відділення боксоване;
- пологове відділення з ліжками інтенсивної терапії для жінок та новонароджених;
- відділення патології вагітних;
- офтальмологічне відділення;
- отоларингологічне відділення;
- відділення гемодіалізу.

4.4.2. Амбулаторний сектор:

- діагностично-консультативний центр.

4.4.3. Денний стаціонар з операційним блоком (хірургія одного дня).

4.4.4. Допоміжні відділення:

- операційний блок;
- відділення трансфузіології;
- патолого-анатомічне відділення;
- центральне стерилізаційне відділення;
- відділ медичної статистики та контролю якості медичної допомоги;
- медичний архів.

4.5. Господарська частина:

- відділ технічного обслуговування;
- харчоблок;
- пральня;
- гараж.

4.6. Пансіонат для пацієнтів денного стаціонару та родичів хворих, що перебувають на стаціонарному лікуванні.

■ ЛІКАРНЯ ПЛАНОВОГО ЛІКУВАННЯ З КОНСУЛЬТАТИВНОЮ ПОЛІКЛІНІКОЮ

Лікарня планового лікування є лікувально-профілактичним закладом, що забезпечує надання планової вторинної (спеціалізованої) консультативної і стаціонарної медичної допомоги населенню території обслуговування та надання невідкладної медичної допомоги (у разі потреби).

Орган управління охорони здоров'я, якому підпорядковується лікарня планового лікування, визначає територію обслуговування залежно від потреби населення в плановій медичній допомозі. Чисельність населення, закріпленого за лікарнею планового лікування, визначається

кількістю осіб, що проживають на адміністративній території, але не може бути меншою за 50 тис. осіб.

Лікарня планового лікування є юридичною особою, користується правом оперативного управління щодо закріпленого майна, має штамп, печатку, статут, які затверджуються згідно з чинним законодавством, розрахунковий та інші рахунки у фінансових установах, здійснює бухгалтерський і первинний медичний облік.

Лікарня планового лікування розташовується в спеціально збудованих або пристосованих будівлях, що за переліком та площею службових приміщень відповідають чинним санітарно-гігієнічним і проти-епідемічним нормам та правилам, вимогам техніки безпеки та проти-пожежним вимогам. Це можуть бути нині діючі центральні районні або міські лікарні. Лікарня планового лікування оснащується відповідно до табеля матеріально-технічного оснащення, затвердженого МОЗ України.

Організаційна структура лікарні планового лікування з консультативною поліклінікою

1. Структуру лікарні визначає орган управління охорони здоров'я, якому вона підпорядковується, залежно від потреб населення в плановій медичній допомозі.

2. Структура лікарні може включати такі підрозділи:

2.1. Адміністративна частина / управління лікарнею.

Керівництво лікарні (головний лікар, його заступники, відділ кадрів, фінансово-економічний відділ та бухгалтерія).

2.2. Стаціонарна служба:

- приймальне відділення;
- терапевтичне відділення;
- неврологічне відділення;
- гінекологічне відділення з ліжками для патології вагітних;
- педіатричне відділення.

2.3. Амбулаторний сектор:

- консультативно-діагностична поліклініка.

2.4. Денний стаціонар з операційним блоком (хірургія одного дня).

2.5. Діагностичне відділення:

- рентгенівський кабінет;
- клініко-діагностична лабораторія;
- кабінет функціональної діагностики;
- кабінет ультразвукової діагностики;
- ендоскопічний кабінет.

2.6. Фізіотерапевтичне відділення:

- кабінет фізіотерапевтичного лікування;
- кабінет лікувальної фізкультури;
- кабінет масажу.

2.7. Допоміжні відділення:

- центральне стерилізаційне відділення;
- відділ медичної статистики та контролю якості медичної допомоги;
- медичний архів.

2.8. Господарська частина:

- відділ технічного обслуговування;
- харчоблок;
- пральня;
- гараж.

■ ЛІКАРНЯ ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ

Лікарня відновного лікування є лікувально-профілактичним закладом, що забезпечує надання планової реабілітаційної стаціонарної допомоги населенню на території обслуговування.

Орган управління охорони здоров'я, якому підпорядковується лікарня відновного лікування, визначає територію обслуговування залежно від потреби населення в реабілітаційній медичній допомозі. Чисельність населення для обслуговування лікарнею відновного лікування має бути не менш як 150 тис. осіб.

Лікарня відновного лікування є юридичною особою, користується правом оперативного управління щодо закріпленого майна, має штамп, печатку, статут, які затверджуються згідно з чинним законодавством, розрахунковий та інші рахунки у фінансових установах, здійснює бухгалтерський і первинний медичний облік.

Лікарня відновного лікування розташовується в спеціально збудованих або пристосованих будівлях, що за переліком та площею службових приміщень відповідають чинним санітарно-гігієнічним і протиепідемічним нормам та правилам, вимогам техніки безпеки та протипожежним вимогам. Це можуть бути нині діючі районні або міські лікарні. Лікарня відновного лікування оснащується відповідно до табеля оснащення, затвердженого МОЗ України.

Організаційна структура лікарні відновного лікування

1. Структура лікарні відновного лікування визначається органом управління охорони здоров'я, якому вона підпорядковується залежно від потреб населення в реабілітаційній медичній допомозі.

2. Структура лікарні відновного лікування може включати такі підрозділи:

2.1. Адміністративна частина / управління лікарнею.

Керівництво лікарні (головний лікар, відділ кадрів, фінансово-економічний відділ та бухгалтерія).

2.2. Стаціонарна служба:

- приймальне відділення;
- відділення для реабілітації пацієнтів із захворюваннями органів руху;
- неврологічне відділення відновного лікування;
- загальне реабілітаційне відділення;
- педіатричне відділення відновного лікування.

2.3. Допоміжні відділення:

- центральне стерилізаційне відділення;
- відділ медичної статистики та контролю якості медичної допомоги;
- медичний архів.

2.4. Господарська частина:

- відділ технічного обслуговування;
- харчоблок;
- пральня;
- гараж.

■ ЛІКАРНЯ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ

Лікарня медико-соціальної допомоги є лікувально-профілактичним закладом, що забезпечує надання медико-соціальної стаціонарної допомоги населенню на території обслуговування.

Орган управління охорони здоров'я, якому підпорядковується лікарня медико-соціальної допомоги, визначає територію обслуговування залежно від потреби населення в медико-соціальній допомозі. Чисельність населення, яке обслуговує лікарня, має бути не меншою за 80 тис. осіб. Лікарня медико-соціальної допомоги оснащується відповідно до табеля оснащення, затвердженого МОЗ України.

Лікарня є юридичною особою, користується правом оперативного управління щодо закріпленого майна, має штамп, печатку, статут, які затверджуються згідно з чинним законодавством, розрахунковий та інші рахунки у фінансових установах, здійснює бухгалтерський і первинний медичний облік.

Лікарня розташовується в спеціально збудованих або пристосованих будівлях, що за переліком та площею службових приміщень відповідають чинним санітарно-гігієнічним і протиепідемічним нормам та правилам, вимогам техніки безпеки та протипожежним вимогам. Це можуть бути нині діючі заклади охорони здоров'я, які не використані для перетворення

на лікарні інтенсивного лікування, планового або відновного лікування. Керівництво лікарною здійснює медична сестра-магістр

Організаційна структура лікарні медико-соціальної допомоги

1. Структура лікарні медико-соціальної допомоги визначається органом управління охорони здоров'я, якому вона підпорядковується, залежно від потреб населення в медико-соціальній допомозі.

2. Структура лікарні медико-соціальної допомоги може включати такі підрозділи:

2.1. Адміністративна частина / управління лікарнею.

Керівництво лікарні (керівник, відділ кадрів, фінансово-економічний відділ та бухгалтерія).

2.2. Стаціонарна служба:

- приймальне відділення;
- відділення для надання медико-соціальної допомоги (кількість відділень та їх потужність визначаються потребою).

2.3. Допоміжні відділення:

- центральне стерилізаційне відділення;
- відділ медичної статистики та контролю якості медико-соціальної допомоги;
- медичний архів.

2.4. Господарська частина:

- відділ технічного обслуговування;
- харчоблок;
- пральня;
- гараж.

■ ХОСПІС

Хоспіс — це спеціалізований заклад охорони здоров'я особливого типу, який створюється для надання цілодобового кваліфікованого догляду, необхідного паліативного або симптоматичного та, за потребою, патогенетичного лікування, медико-психологічної реабілітації, соціальної та духовної підтримки паліативних хворих, переважно у термінальній стадії захворювання, а також для медико-соціальної, психологічної та духовної підтримки родичів хворого на період його хвороби та період скорботи після смерті хворого.

Основними завданнями хоспісу є забезпечення максимально можливої якості життя хворих шляхом своєчасної діагностики больового синдрому та розладів життєдіяльності, запобігання стражданням хворих та їх полегшення методами паліативного лікування, цілодобового кваліфікованого медичного догляду, медико-психологічної реабілітації,

соціальної та духовної підтримки у стаціонарі, здійснення патронажного догляду за хворими вдома, надання організаційно-методичної та консультативної допомоги і координації надання первинної, загальної і спеціалізованої паліативної допомоги на закріпленій території.

Діяльність хоспісу здійснюється за умови наявності ліцензії Міністерства охорони здоров'я України на право провадження господарської діяльності з медичної практики, сертифіката державної акредитації закладу охорони здоров'я і фахівців, які здобули спеціальну підготовку з паліативної та хоспісної допомоги.

Рішення про відкриття хоспісу приймається органом управління охорони здоров'я, якому він підпорядковується, залежно від потреби населення в паліативній медичній допомозі. Чисельність населення для обслуговування хоспісом визначається кількістю осіб, що проживають на території, але не може бути меншою за 100 тис. осіб.

Хоспіс розташовується в спеціально збудованій типовій або пристосованій до його функцій будівлі, що за набором та площею службових, функціональних і допоміжних приміщень відповідає санітарно-гігієнічним нормам і правилам, вимогам техніки безпеки та протипожежним вимогам. Хоспіс має бути забезпечений усіма видами комунальних послуг для перебування хворих, у ньому слід створити умови для роботи волонтерів, груп взаємодопомоги та кабінету психологічного розвантаження, обладнати приміщення для здійснення релігійних потреб та духовної підтримки тощо. Це можуть бути нині діючі заклади охорони здоров'я, які не використані для перетворення на лікарні інтенсивного лікування, планового або відновного лікування, медико-соціальної допомоги.

Хоспіс може бути клінічною базою вищих медичних навчальних закладів усіх рівнів акредитації та закладів післядипломної освіти і наукових установ.

Організаційна структура хоспісу

1. Структура хоспісу визначається органом управління охорони здоров'я, якому він підпорядковується, залежно від потреб населення в паліативній допомозі.

2. Структура хоспісу може включати такі підрозділи:

2.1. Адміністративна частина / управління хоспісом.

Керівництво хоспісу (головний лікар, відділ кадрів, бухгалтерія).

2.2. Стаціонарна служба:

- приймальне відділення;
- відділення паліативної медицини;
- спеціалізована мобільна бригада паліативної допомоги «Хоспіс удома».

2.3. Допоміжні відділення:

- центральне стерилізаційне відділення;
- відділ медичної статистики та контролю якості хоспісної допомоги;
- медичний архів.

2.4. Господарська частина:

- відділ технічного обслуговування;
- харчоблок;
- пральня;
- гараж.

■ ДИТЯЧА ЛІКАРНЯ ІНТЕНСИВНОГО ТА ПЛАНОВОГО ЛІКУВАННЯ

Основною функцією дитячої лікарні інтенсивного та планового лікування є цілодобове надання медичної допомоги хворим та потерпілим дітям, що доставляються бригадами швидкої медичної допомоги та іншими транспортними засобами, або звертаються безпосередньо, в тому числі за направленнями діагностично-консультативного центру лікарні інтенсивного лікування, інших медичних закладів, лікарів загальної практики — сімейних лікарів або самостійно.

Рішення про відкриття дитячої лікарні приймає орган управління охорони здоров'я, якому вона підпорядковується. Адміністративна територія, що обслуговується лікарнею, визначається залежно від потреби дитячого населення в медичній допомозі, чисельності населення, зони обслуговування, з урахуванням фактичного забезпечення населення ліжковим фондом в інших лікарнях та його спеціалізацією. Рекомендується створення дитячих лікарень інтенсивного та планового лікування з розрахунку на 400 тис. населення.

Дитячі лікарні інтенсивного та планового лікування розміщуються в спеціально збудованих або пристосованих будівлях, що є комунальною власністю, або орендованих приміщеннях, які за набором та площею службових приміщень відповідають чинним санітарно-гігієнічним і будівельним нормам, вимогам техніки безпеки та протипожежним вимогам. Дитяча лікарня розташовується на земельній ділянці, закріпленій за нею. Вона оснащується відповідно до таблиця оснащення, затвердженого МОЗ України.

Дитяча лікарня є юридичною особою, користується правом оперативного управління щодо закріпленого майна, має штамп, печатку, статут, які затверджуються згідно з чинним законодавством, розрахунковий та інші рахунки у фінансових установах, здійснює бухгалтерський і первинний медичний облік.

Інтенсивна медична допомога надається всім дітям, які її потребують, незалежно від громадянства, місця проживання, наявності документів та інших обставин.

Керівництво дитячою лікарнею інтенсивного та планового лікування здійснює головний лікар, що призначається і звільняється в установленому порядку, який у своїй діяльності керується чинним законодавством.

Дитяча лікарня може бути клінічною та навчальною базою вищих медичних навчальних закладів та науково-дослідних установ.

Організаційна структура дитячої лікарні інтенсивного та планового лікування

1. Дитяча лікарня інтенсивного та планового лікування є лікувально-профілактичним закладом, який має у своєму розпорядженні будівлі з відповідною територією, обладнанням, інвентарем, іншим майном відповідно до затвердженого МОЗ табеля оснащення.

2. Структура дитячої лікарні визначається залежно від потреб населення у кваліфікованій спеціалізованій медичній допомозі та затверджується управлінням охорони здоров'я облдержадміністрації.

3. Основними структурними підрозділами дитячої лікарні є:

3.1. Адміністративна частина / управління лікарнею.

Керівництво лікарні (головний лікар, його заступники, відділ кадрів, фінансово-економічний відділ та бухгалтерія).

3.2. Приймально-діагностичне відділення — відділення невідкладної допомоги:

- травматологічний пункт;
- мала операційна;
- реанімаційна зала.

3.3. Діагностична служба (цілодобово):

- клінічна лабораторія з клінічним, біохімічним, бактеріологічним відділами;
- кабінет функціональної діагностики;
- кабінет рентгенологічної діагностики;
- кабінет ультразвукової діагностики;
- відділення ендоскопічної діагностики.

3.4. Лікувальна служба:

3.4.1. Стаціонарний сектор:

- модульне відділення анестезіології та інтенсивної терапії;
- хірургічне відділення — чисте;
- травматологічне відділення;
- хірургічне відділення — гнійно-септичне;
- педіатричне відділення;
- неврологічне відділення;
- інфекційне відділення боксоване;

- відділення патології новонароджених;
 - відділення інтенсивної терапії новонароджених;
 - відділення другого етапу виходжування недоношених дітей.
- 3.4.2. Амбулаторний сектор:
- діагностично-консультативний центр.
- 3.4.3. Денний стаціонар з операційним блоком (хірургія одного дня).
- 3.5. Допоміжні відділення:
- операційний блок;
 - кабінет трансфузіології;
 - патолого-анатомічне відділення;
 - центральне стерилізаційне відділення;
 - відділ медичної статистики та контролю якості медичної допомоги;
 - медичний архів.
- 3.6. Господарська частина:
- відділ технічного обслуговування;
 - харчоблок;
 - пральня;
 - гараж.
- 3.7. Пансіонат для пацієнтів денного стаціонару та родичів хворих дітей, що перебувають на стаціонарному лікуванні.

■ ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ

Екстрена медична допомога передбачає:

- надання медичної допомоги хворим та потерпілим на місці виклику чи події;
- забезпечення медичного сортування хворих і потерпілих, які потребують надання екстреної медичної допомоги;
- транспортування хворих і потерпілих, які потребують надання екстреної медичної допомоги, до закладів охорони здоров'я;
- подолання медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій природного і техногенного характеру.

Організаційна структура служби екстреної медичної допомоги:

1. Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф:
 - служба ШМД;
 - оперативно-диспетчерська служба;
 - служба медицини катастроф.
2. Підрозділи та служби, що співпрацюють зі службою екстреної медичної допомоги:

Виробництво засновано в Києві у 1931 році
80 років ми виробляємо медичне обладнання

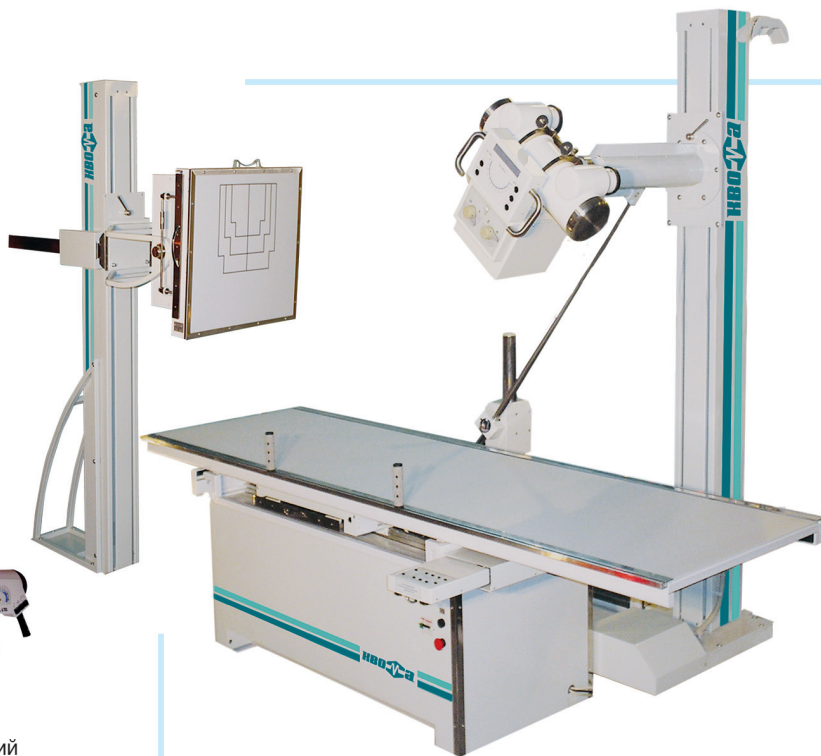
Лідер на ринку рентгенівського обладнання

- Багаторічний досвід роботи
- Високий професійний рівень фахівців компанії
- Постійно в наявності обладнання

Флюорограф ФЦОЗ-07



Палатний
рентгенапарат



Рентгенодіагностичні комплекси
РДК-ВСМ на 2 робочих місця

Продукція виробляється за стандартами якості **ISO 9001** та **ISO 13485**



Уповноваженим торговим партнером Київського виробничого об'єднання «Медапаратура» є Торговий Дім «Медапаратура», який надає унікальну можливість придбання високоякісного медичного обладнання за цінами та на умовах виробника.

Україна, 04655
м. Київ, пр-т Московський, 21
тел./факс: +38 (044) 490-35-41, 464-49-41
e-mail: smt@medtex.com.ua
www.medtex.com.ua

- заклади охорони здоров'я, які мають у своєму складі відділення невідкладної медичної допомоги;
- центри травми;
- заклади охорони здоров'я різних форм власності, які надають невідкладну медичну допомогу.

Порядок надання екстреної медичної допомоги

На території України встановлюється норматив доїзду бригади швидкої медичної допомоги протягом десяти хвилин у містах і двадцяти хвилин у сільській місцевості, з урахуванням наявності наслідків надзвичайних ситуацій, стану доріг, погодних умов та сезонних особливостей території.

Нормативи підготовки та виїзду бригад першої і другої черги служби медицини катастроф регулюються чинним законодавством щодо ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій.

Порядок надання екстреної медичної допомоги регламентується стандартами, протоколами та протокольними схемами, затвердженими у порядку, визначеному спеціально уповноваженим органом виконавчої влади в сфері охорони здоров'я.

Контроль за виконанням стандартів, протоколів та протокольних схем під час надання екстреної медичної допомоги в Україні здійснює спеціально уповноважений орган виконавчої влади у сфері охорони здоров'я згідно з законодавством.

Етапи оптимізації мережі закладів охорони здоров'я

Оптимізацію мережі закладів охорони здоров'я доречно провести у кілька етапів.

Перший етап

1. Проведення ретельного аналізу:

- демографічних показників території обслуговування (чисельність, щільність розселення, віково-статева структура населення, показники смертності та народжуваності);
- стану здоров'я населення території обслуговування (показники поширеності захворюваності та інвалідності);
- мережі закладів охорони здоров'я та основних показників їх діяльності;
- ресурсного (кадрового, фінансового, матеріально-технічного) забезпечення та організаційно-функціональної структури закладів охорони здоров'я відповідної адміністративної території;
- розподілу обсягів надання медичної допомоги між лікарями первинної медико-санітарної допомоги та лікарями-спеціалістами;
- обґрунтованості направлення хворих лікарями ПМСД на консультацію та лікування до закладів охорони здоров'я вторинного та третинного рівнів;
- обґрунтованості викликів швидкої медичної допомоги;
- основних показників діяльності закладів охорони здоров'я ПМСД відповідної адміністративної території (кількість відвідувань, у тому числі лікарів-спеціалістів, рівень госпіталізації, показники лікування хворих в умовах цілодобових, денних

- стаціонарів та у стаціонарах удома, кількість викликів швидкої медичної допомоги, ліжко-днів перебування хворого у стаціонарі, кількість проведених операцій, у тому числі у рамках хірургії одного дня, тощо);
- порядку надання первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги у закладах охорони здоров'я відповідної адміністративної території (самостійне звернення, направлення лікарем ПМСД, наявність регламентованого переліку показань для направлення хворого на консультування та лікування до лікарів-спеціалістів).
2. Здійснення диференціації закладів охорони здоров'я з урахуванням інтенсивності надання медичної допомоги.
 3. Оцінювання можливості та порядку взаємодії закладів ПМСД із закладами спеціалізованої медичної допомоги та медико-соціальної допомоги на території обслуговування.
 4. Вивчення готовності медичних працівників до структурно-функціональної реорганізації системи медичного обслуговування населення відповідної адміністративної території на принципах розмежування первинного, вторинного та третинного рівнів надання медичної допомоги.
 5. З'ясування позиції населення щодо зміни порядку надання медичної допомоги з подальшим формуванням позитивного ставлення населення до системних перетворень шляхом проведення відповідної роз'яснювальної роботи із залученням засобів масової інформації.
 6. Визначення реальних потреб у кадрових, фінансових та матеріально-технічних ресурсах.
 7. Підготовка організаційного проекту та плану реорганізації первинного, вторинного та третинного рівнів надання медичної допомоги.
 8. Створення раціонального медичного маршруту пацієнта для надання медичної допомоги на всіх рівнях.
 9. Запровадження системи індикаторів якості медичних послуг, що надаються на первинному, вторинному та третинному рівнях медичної допомоги.
 10. Організація безперервної підготовки медичних працівників.
 11. Інформування населення про завдання та механізми перетворень.

Другий етап

1. Централізація коштів територіальних громад на рівні районного/міського бюджету та спрямування їх на забезпечення фінансування медичного обслуговування населення адміністративної

Комплексне оснащення лабораторій гемостазу

- апаратура
- реагенти
- витратні матеріали
- сервіс
- навчання роботі на коагулометрі

Сучасний оптико-нефелометричний коагулометр К 3002 OPTIC

- ✓ Призначений для виконання коагулогічних тестів:
 - Протромбіновий тест з автоматичним обчисленням МНВ (INR), протромбіна за Квіком, протромбінового індексу.
 - АЧТЧ/АРТТ-тест.
 - Тромбіновий тест.
 - Визначення кількості фібриногену за Клауссом.
 - Визначення факторів згортання крові.
 - Визначення інгібіторів згортання крові.
- ✓ Відкрита система.
- ✓ Робота за методикою «мікро»
(дворазова економія реагентів).
- ✓ Просте і зрозуміле меню.
- ✓ Стисла та інформативна інструкція.
- ✓ Швидке оволодіння управлінням апарату.



Ексклюзивний дистриб'ютор



в Україні

ТОВ «КСЕЛЬМЕД-УКРАЇНА»

тел. у м. Київ +38 044 233 09 19
тел. у м. Суми +38 0542 793 725
факс +38 0542 797 180
тел/факс у м. Донецьк +38 062 309 31 29
office@kselmed.com.ua
info@kselmed.com.ua

www.kselmed.com.ua

- території для більш потужного джерела фінансування та ефективного управління обмеженими ресурсами.
2. Створення Центрів ПМСД.
 3. Створення Центрів екстреної медичної допомоги.
 4. Впровадження механізму реалізації права пацієнтів вільно вибрати лікаря ПМСД або у визначеному порядку його змінювати.
 5. Підготовка планів оптимізації мережі та ліжкового фонду закладів охорони здоров'я, у тому числі відомчого підпорядкування.
 6. Фінансування ПМСД за подушним принципом.
 7. Безперервна підготовка медичних працівників.
 8. Інформування населення про завдання та механізми перетворень.

Третій етап

1. Централізація видатків на надання екстреної, вторинної та третинної медичної допомоги на обласному рівні.
2. Поступове формування оптимальної мережі закладів вторинного та третинного рівнів надання медичної допомоги з урахуванням інтенсивності надання медичних послуг на засадах єдиного медичного простору з переданням лікарень в обласну власність (оперативне управління УОЗ ОДА).
3. Впровадження механізмів забезпечення організації доступу пацієнтів до вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги через направлення лікаря ПМСД за винятком випадків, що потребують надання екстреної медичної допомоги.
4. Перерозподіл ресурсів між закладами первинного, вторинного та третинного рівнів надання медичної допомоги.
5. Перехід від фінансування закладів вторинного рівня надання медичної допомоги за предметною ознакою до глобального бюджету.
6. Запровадження програмно-цільового методу фінансування закладів охорони здоров'я.
7. Моніторинг та аналіз структурних перетворень. Контроль якості медичної допомоги.
8. Безперервна підготовка медичних працівників.
9. Інформування населення про завдання та механізми перетворень.

ПРИМІРНЕ ПОЛОЖЕННЯ ПРО ЛІКАРНЮ ІНТЕНСИВНОГО ЛІКУВАННЯ

1. Загальні положення

1.1. Лікарня інтенсивного лікування (далі — Лікарня) є багатопрофільним лікувально-профілактичним закладом.

1.2. Метою діяльності Лікарні є надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги в умовах цілодобового стаціонару, денного стаціонару або в амбулаторних умовах дорослим і дітям з гострими станами або хронічними захворюваннями, що потребують високої інтенсивності лікування та догляду.

1.3. Лікарні інтенсивного лікування залежно від чисельності населення, що обслуговується, під-розділяються на лікарні двох рівнів:

1.3.1. Лікарня першого рівня організовується для обслуговування населення чисельністю від 150 до 350 тис., має меншу ліжкову та діагностичну потужність та обмежений перелік госпітальних відділень.

1.3.2. Лікарня другого рівня організовується для обслуговування населення чисельністю понад 350 тис., має більшу ліжкову та діагностичну потужність та широкий перелік госпітальних відділень. Лікарня другого рівня забезпечує надання інтенсивної допомоги населенню підпорядкованого округу з відповідною чисельністю населення або населенню декількох округів, до складу яких входять лікарні першого рівня, для надання інтенсивної допомоги населенню за профілями, що відсутні в лікарнях першого рівня, або у випадках, коли хворий потребує більш складних діагностичних та лікувальних втручань, ніж ті, що можуть надаватися в лікарнях першого рівня.

1.4. Адміністративна територія, що обслуговується лікарнею інтенсивного лікування, визначається органом управління охорони здоров'я, якому вона підпорядковується, залежно від потреби населення в інтенсивній медичній допомозі, чисельності населення, зони обслуговування, фактичного забезпечення населення ліжковим фондом та його спеціалізацією.

1.5. Лікарня є юридичною особою, користується правом оперативного управління щодо закріпленого майна, має штамп, печатку, товарний знак, статут і паспорт, які затверджуються згідно з чинним законодавством, розрахунковий та інші рахунки у фінансових установах, здійснює бухгалтерський і первинний медичний облік, веде статистичну звітність у встановленому законодавством порядку.

1.6. Надання інтенсивної медичної допомоги всім, хто її потребує, здійснюється незалежно від громадянства, місця проживання, роботи та інших обставин.

1.7. У своїй діяльності Лікарня керується Конституцією України, чинним законодавством, директивними, нормативними та методичними документами Міністерства охорони здоров'я України, директивними документами органів управління охорони здоров'я відповідної адміністративної території, нормативно-правовими актами з охорони праці та пожежної безпеки, наказами головного лікаря Лікарні та цим Положенням.

2. Організаційно-функціональна структура

2.1. Лікарня першого рівня створюється в госпітальному окрузі — одна на округ. Лікарня другого рівня створюється одна на округ, а за визначеними спеціалізованими напрямками та складністю — для обслуговування населення декількох округів.

2.2. Основними структурними підрозділами Лікарні першого рівня є:

2.2.1. Адміністративна частина / управління лікарнею. Керівництво лікарні (головний лікар, його заступники, планово-економічний відділ та бухгалтерія, відділ кадрів).

2.2.2. Приймально-діагностичне відділення — відділення невідкладної допомоги, до складу якого входять:

- травмпункт;
- мала операційна;
- реанімаційна зала.

2.2.3. Діагностична служба (цілодобова):

- клінічна лабораторія з клінічним, біохімічним, бактеріологічним відділами;
- кабінет функціональної діагностики;
- кабінет рентгенологічної діагностики;
- кабінет ультразвукової діагностики;
- відділення ендоскопічної діагностики.

2.2.4. Лікувальна служба:

Стационарний сектор:

- відділення анестезіології та інтенсивної терапії;
- хірургічне відділення для надання медичної допомоги хірургічним, урологічним хворим, хворим з гнійно-септичними захворюваннями;
- травматологічне відділення;
- гінекологічне відділення;
- терапевтичне відділення;
- дитяче відділення;
- неврологічне відділення;
- інфекційне відділення боксоване;
- пологове відділення з ліжками інтенсивної терапії для новонароджених;
- відділення патології вагітних.

Амбулаторний сектор:

- діагностично-консультативний центр.

Денний стаціонар з операційним блоком (хірургія одного дня).**Допоміжні відділення:**

- операційний блок;
- кабінет трансфузіології;
- патолого-анатомічне відділення;
- стерилізаційна;
- відділ медичної статистики та контролю якості медичної допомоги.

2.2.5. Господарська частина:

- відділ технічного обслуговування;
- харчоблок;
- пральня;
- гараж.

2.2.6. Пансіонат для пацієнтів денного стаціонару та родичів хворих, що перебувають на стаціонарному лікуванні.

2.3. Основними структурними підрозділами Лікарні другого рівня є:

2.3.1. Адміністративна частина / управління лікарнею. Керівництво лікарні (головний лікар, його заступники, планово-економічний відділ та бухгалтерія, відділ кадрів).

2.3.2. Приймально-діагностичне відділення — відділення невідкладної допомоги, до складу якого входять:

- травмпункт;
- мала операційна;
- реанімаційна зала;
- діагностичні палати добового перебування.

2.3.3. Діагностична служба (цілодобова):

- клінічна лабораторія з клінічним, біохімічним, бактеріологічним відділами;
- відділення функціональної діагностики;
- відділення променевої діагностики;
- відділення ендоскопічної діагностики.

2.3.4. Лікувальна служба:

Стационарний сектор:

- служба анестезіології та інтенсивної терапії модульного типу для надання медичної допомоги хворим терапевтичного, неврологічного, хірургічного профілів та політравми;
- хірургічне відділення для надання медичної допомоги хворим з хірургічною, невідкладною урологічною та судинною патологією;
- хірургічне відділення гнійно-септичне;
- відділення політравми;
- гінекологічне відділення;
- терапевтичне відділення;
- кардіологічне відділення;
- неврологічне відділення;
- дитяче відділення;
- інфекційне відділення боксоване;
- пологове відділення з ліжками інтенсивної терапії для жінок та новонароджених;
- відділення патології вагітних;
- офтальмологічне відділення;
- ЛОР-відділення.

Амбулаторний сектор:

- діагностично-консультативний центр.

Денний стаціонар з операційним блоком (хірургія одного дня).**Допоміжні відділення:**

- операційний блок;
- відділення трансфузіології;
- патолого-анатомічне відділення;
- стерилізаційна;
- відділ медичної статистики та контролю якості медичної допомоги.

2.3.5. Господарська частина:

- роздягальня для медичного персоналу;
- відділ технічного обслуговування;
- харчоблок;
- пральня;
- гараж.

2.3.6. Пансіонат для пацієнтів денного стаціонару та родичів хворих, що перебувають на стаціонарному лікуванні.

2.4. Лікарню очолює головний лікар, що несе персональну відповідальність за всі види її діяльності та виконання покладених на неї завдань і визначених функцій, встановлює ступінь відповідальності своїх заступників та керівників структурних підрозділів Лікарні за керівництво окремими ділянками її діяльності, а також за роботу її підрозділів.

2.5. Призначення, звільнення та притягнення до дисциплінарної відповідальності головних лікарів закладів охорони здоров'я, що є об'єктами спільної власності територіальних громад та фінансуються з обласного бюджету, здійснюється за поданням територіального органу охорони здоров'я до облдержадміністрації.

2.6. Головний лікар Лікарні:

- визначає структуру, штатний розпис і кошторис Лікарні в межах граничної чисельності та фонду оплати праці, і подає на затвердження головному розпоряднику бюджетних коштів;
- затверджує Положення про структурні підрозділи;
- видає накази в межах компетенції Лікарні, організує і контролює їх виконання;
- є розпорядником коштів у межах затвердженого кошторису, вирішує питання прийому і звільнення з роботи співробітників згідно з чинним законодавством;

- виступає від імені Лікарні, представляє її інтереси як у межах держави, так і за кордоном у межах наданих повноважень, розпоряджається майном Лікарні, укладає договори, видає доручення, відкриває розрахункові рахунки, має право першого підпису на юридичних, фінансових та інших документах.

2.7. З метою розроблення стратегії розвитку закладу та забезпечення виконання контрольно-наглядових функцій у Лікарні утворюється Наглядова рада. Порядок утворення, провадження діяльності, права та обов'язки Наглядової ради затверджуються Кабінетом Міністрів України.

3. Основні завдання та функції

3.1. Основними завданнями Лікарні є:

- 3.1.1. Цілодобове надання інтенсивної медичної допомоги хворим та потерпілим при виникненні патологічних станів, що загрожують життю і раптово погіршують стан здоров'я, при надзвичайних ситуаціях, у післяопераційному періоді.
- 3.1.2. Надання стаціонарної в цілодобовому режимі, стаціонарозамінної та амбулаторної медичної допомоги відповідно до показань хворим і потерпілим, хронічним хворим, при станах, що не загрожують життю, але потребують інтенсивного лікування.
- 3.1.3. Надання кваліфікованої лікувально-діагностичної допомоги вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим згідно з «Нормативами надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги».
- 3.1.4. Забезпечення та контроль якості медичної допомоги хворим у межах затверджених МОЗ України клінічних протоколів.
- 3.1.5. Матеріально-технічне забезпечення діагностичного і лікувального процесів, впровадження затверджених нових доведено ефективних медичних технологій на догоспітальному і госпітальному етапах, раціональне і ефективне використання трудових, матеріальних і фінансових ресурсів.
- 3.1.6. Участь у розробці прогнозів потреби населення регіону обслуговування в інтенсивній медичній допомозі, в тому числі при виникненні надзвичайних ситуацій.
- 3.1.7. Участь у розробці пропозицій з удосконалення організаційних форм, методів діагностики і лікування хворих і потерпілих, які потребують інтенсивної медичної допомоги на догоспітальному і госпітальному етапах.
- 3.1.8. Участь у розробці рекомендацій з профілактики і зниження впливу негативних факторів, що спричиняють виникнення раптових захворювань, нещасних випадків, надзвичайних ситуацій. Проведення просвітницької роботи серед населення з питань профілактики гострих захворювань, травматизму і нещасних випадків.
- 3.1.9. Організація і проведення заходів щодо підготовки Лікарні до роботи у надзвичайних ситуаціях. Створення постійного незнижуваного запасу засобів для забезпечення сталої роботи Лікарні в умовах надзвичайних ситуацій.
- 3.1.10. Інформування місцевих органів виконавчої влади та управління охорони здоров'я у випадках, за яких це інформування обумовлено чинним законодавством, відповідними директивними і нормативними документами, в тому числі при виникненні масових уражень людей та виявленні хворих з підозрою на карантинні і особливо небезпечні інфекції.

3.2. Відповідно до покладених завдань Лікарня здійснює такі функції:

- 3.2.1. Цілодобово приймає хворих, потерпілих, вагітних у передпологовому періоді, що доставлені бригадами швидкої медичної допомоги та іншим транспортом або звернулись безпосередньо у приймальне або консультативне відділення, в тому числі за направленнями діагностично-консультативного центру Лікарні або інших медичних закладів.
- 3.2.2. Проводить медичне сортування хворих та потерпілих при їх масовому надходженні до Лікарні.
- 3.2.3. Організовує і проводить невідкладний лікарський огляд та відповідне стану хворого чи потерпілого діагностичне обстеження всіх хворих і потерпілих, що надійшли до при-

- ймального відділення, а також їх госпіталізацію за показаннями незалежно від наявності вільних місць.
- 3.2.4. Забезпечує пацієнтів інтенсивною медичною допомогою відповідного профілю, виходячи з показань та рівня Лікарні, в умовах цілодобового, денного стаціонарів та амбулаторно.
 - 3.2.5. Забезпечує цілодобове надання первинної реанімаційної допомоги та інтенсивної терапії новонародженим.
 - 3.2.6. Дає обґрунтовані пропозиції щодо належного місця надання медичної допомоги при відсутності показань до медичного обслуговування у лікарні інтенсивної допомоги.
 - 3.2.7. Для забезпечення оперативного використання ліжкового фонду Лікарня при отриманні від органу управління охорони здоров'я дозволу має право переводити хворих і потерпілих, які потребують долікування або відновного лікування, до інших лікувально-профілактичних закладів округу.
 - 3.2.8. При потребі надання високоспеціалізованої допомоги Лікарня направляє хворих до відповідних закладів охорони здоров'я третинного рівня.
 - 3.2.9. Забезпечує структурні підрозділи і служби всім необхідним для роботи: лікарськими засобами, витратними матеріалами, виробами медичного призначення тощо. Створює належні умови праці, техніки безпеки, протипожежної безпеки працівникам Лікарні.
 - 3.2.10. Бере участь у впровадженні нових науково обґрунтованих методів організації, діагностики і надання інтенсивної медичної допомоги.
 - 3.2.11. Забезпечує ведення і передання обліково-звітної документації у встановленому порядку.
 - 3.2.12. Проводить аналіз організації та якості лікувально-діагностичної діяльності, здійснює організаційно-методичну роботу з питань надання інтенсивної медичної допомоги на території обслуговування.
 - 3.2.13. Організовує підготовку, перепідготовку, підтримку належного кваліфікаційного рівня медичного персоналу Лікарні.
 - 3.2.14. Проводить профілактичну та санітарно-просвітницьку роботу серед населення з питань профілактики і надання першої медичної допомоги при раптових захворюваннях, нещасних випадках і отруєннях.
 - 3.2.15. Організовує планування і підготовку персоналу Лікарні до роботи в умовах надзвичайної ситуації. Створює запаси засобів для забезпечення сталого функціонування Лікарні в умовах надзвичайних ситуацій.
 - 3.2.16. Забезпечує органи виконавчої влади та управління охорони здоров'я інформацією про надзвичайні ситуації та випадки, передбачені чинним законодавством та інструктивно-директивними документами.
 - 3.2.17. Надає в установленому порядку відомості населенню при безпосередньому зверненні та по телефону про стан хворих і потерпілих, які перебувають на лікуванні у лікарні.

4. Права

Лікарня має право:

4.1. Співпрацювати з установами і підприємствами в Україні та за кордоном незалежно від форм власності. Укладати угоди з науково-дослідними інститутами, медичними навчальними закладами, лікувально-профілактичними закладами і спеціалізованими центрами та провідними фахівцями з питань консультативної, лікувально-діагностичної, методичної допомоги, підготовки і підвищення кваліфікації фахівців Лікарні.

4.2. Надавати платні медичні послуги згідно з чинним законодавством.

5. Фінансове забезпечення діяльності

5.1. Основним джерелом фінансування Лікарні є обласний бюджет.

5.2. Додатковими джерелами фінансування можуть бути:

- 5.2.1. Кошти, отримані від установ, організацій та населення за надання платних медичних послуг, передбачених чинним законодавством.
- 5.2.2. Виплати за пролікованих хворих, що надходять від страхових фондів та компаній, за надання платних медичних послуг.
- 5.2.3. Кошти, отримані за здавання в оренду площ приміщень чи територій, вільних від забезпечення лікувально-діагностичного процесу чи господарської діяльності, здавання в оренду чи продаж спрацьованого, застарілого і невикористаного майна, реалізація якого не суперечить чинному законодавству України.
- 5.2.4. Кошти, отримані від суб'єктів і юридичних осіб як компенсація витрат на лікування хворих і потерпілих, погіршення здоров'я яких пов'язано з виробництвом, дорожньо-транспортними пригодами, порушенням протиепідемічного режиму, та інші кошти, отримання і використання яких не суперечить чинному законодавству України.
- 5.2.5. Кошти, отримані від приватних осіб, благодійницьких фондів і організацій або з інших джерел, не заборонених чинним законодавством.
- 5.2.6. Бюджетні кошти, що виділяються для ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій.

6. Взаємовідносини (зв'язки) між підрозділами Лікарні та з іншими закладами

6.1. Кожен структурний підрозділ Лікарні під час виконання покладених на нього завдань взаємодіє з іншими підрозділами Лікарні для надання медичної допомоги хворим, що потребують інтенсивного лікування. Консультативно-діагностичний центр за необхідності може направити пацієнта до цілодобового або денного стаціонару. Після завершення періоду захворювання, коли необхідний цілодобовий нагляд, пацієнта можуть направити до денного стаціонару із забезпеченням можливості його проживання в пансіонаті Лікарні; з денного стаціонару при погіршенні перебігу захворювання — до цілодобового стаціонарного відділення.

6.2. Лікарня взаємодіє з медичними і немедичними закладами та установами при вирішенні питань організації і надання інтенсивної медичної допомоги, в тому числі при надзвичайних ситуаціях. За необхідності долікування після завершення інтенсивного періоду лікування Лікарня направляє пацієнтів до лікарні планового лікування, для відновлення порушених у процесі захворювання функцій — до лікарні відновного лікування, за необхідності надання медичної допомоги більш високої спеціалізації — до закладів охорони здоров'я третинного рівня.

6.3. На перехідний період для погодження дій закладів охорони здоров'я вторинного рівня створюється координаційна рада з числа керівників цих закладів.

7. Відповідальність

7.1. Відповідальність за виконання покладених завдань, функцій, дотримання вимог законодавства з питань охорони праці, пожежної безпеки та за всі види діяльності Лікарні несе її головний лікар.

7.2. Ступінь відповідальності інших працівників Лікарні визначається посадовими інструкціями, затвердженими головним лікарем Лікарні.

8. Система внутрішнього контролю діяльності закладу

8.1. Внутрішній контроль якості надання медичної допомоги хворим у Лікарні організовується на принципах безперервного її підвищення і здійснюється шляхом експертизи відповідності якості наданої медичної допомоги вимогам державних стандартів, нормативів, клінічних протоколів.

8.2. Внутрішній контроль якості надання медичної допомоги покладається на завідувачів діагностичних та лікувальних відділень, керівників інших підрозділів Лікарні з використанням матеріалів лікувально-консультативних комісій, клініко-патологоанатомічних конференцій.

8.3. Вибірковий внутрішній контроль якості роботи підрозділів Лікарні покладається на заступників головного лікаря за напрямками їх діяльності та обов'язково включає експертизу летальних випадків, випадків ускладнень, випадків повторної госпіталізації з приводу того самого захворювання протягом року, випадків захворювань з подовженими чи скороченими термінами лікування (чи тимчасової непрацездатності), випадків з розбіжністю діагнозів, випадків, що супроводжувалися скаргами пацієнтів чи їхніх родичів.

8.4. Координаційна, консультативна та дорадча функції з питань організації управління якістю медичної допомоги в Лікарні покладаються на медичну раду закладу, яку очолює керівник закладу.

ПРАВОВІ ПИТАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДУ

Закон України «Про захист персональних даних», який набрав чинності з 1 січня 2011 року, регулює відносини, пов'язані із захистом персональних даних під час їх обробки. А спонукає до вивчення його положень Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо посилення відповідальності за порушення законодавства про захист персональних даних», в якому визначено випадки відповідальності за порушення у цій сфері. Отже, з'ясуємо докладніше, що таке персональні дані, де і як реєструються бази персональних даних, яку відповідальність передбачено за недотримання законодавства про захист персональних даних



Алла Кізім

головний редактор журналу «Практика управління медичним закладом»

Реєстрація баз персональних даних

Під персональними даними у Законі України «Про захист персональних даних» від 1 червня 2010 р. № 2297-VI (*далі* — Закон № 2297) розуміються відомості чи сукупність відомостей про фізичну особу, яку ідентифіковано або може бути конкретно ідентифіковано. Персональними даними є будь-яка інформація про фізичну особу, яка дає можливість її ідентифікувати, в тому числі місце роботи та проживання, освіта, сімейний стан, стан здоров'я, адреса, дата і місце народження.

До персональних даних можна віднести також і медичну інформацію (історію хвороби, відомості про стан здоров'я людини, про методи лікування). З цього приводу досить цікаво ознайомитися з рішенням Конституційного суду України від 30 жовтня 1997 р. № 5-зп у справі № 18/203-97.

Зрештою, кому як не лікарям знати, що таке персональні дані. Інша річ — база персональних даних.

■ ЩО ТАКЕ БАЗА ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ

Іменована сукупність упорядкованих персональних даних в електронній формі та/або у формі картотек персональних даних — це база персональних даних. Володільцем бази персональних даних є фізична або юридична особа, якій законом або за згодою суб'єкта персональних даних надано право на обробку цих даних, яка затверджує мету обробки персональних даних у цій базі даних, встановлює склад цих даних та процедури їх обробки, якщо інше не визначено законом (ст. 1 Закону № 2297).

Тобто базою можна вважати медичні карти амбулаторних хворих, історії хвороб, відомості про пацієнтів. До окремої бази персональних даних можна віднести відомості про найманих працівників медичного закладу, контрагентів-підприємців, фізичних осіб, інформація про яких нагромаджується для просування послуг, тощо. І ці бази підлягають державній реєстрації. Зверніть увагу, реєструвати потрібно не інформацію про кожного пацієнта чи найманого працівника, а той факт, що медичний заклад володіє персональними даними. І ці дані використовуються з певною метою.

Особливостями захисту персональних даних і роботи з базами персональних даних є:

- отримання згоди фізичної особи на обробку її персональних даних;
- попередження фізичної особи про цілі, для яких потрібні її персональні дані.

Згода суб'єкта персональних даних, відповідно до Закону № 2297, — це будь-яке документоване, зокрема письмове, добровільне волевиявлення фізичної особи щодо надання дозволу на обробку її персональних даних відповідно до сформульованої мети їх обробки. Тобто кожен відвідувач-пацієнт має написати на ім'я керівника медичного закладу чи уповноваженого працівника заяву такого змісту:

Головному лікарю Іванову І. І.
Громадянина Сидорова С. С.
проживає: м. Київ
вул. _____

Даю згоду на обробку моїх персональних даних з метою лікування та обліку (статистичного, управлінського, бухгалтерського).

Дата

Підпис

Наймані працівники також подають заяви зі згодою на обробку їхніх персональних даних, однак мету їх використання слід сформулювати інакше, ніж щодо персональних даних пацієнтів.

До того ж, у медичному закладі на видному місці слід розмістити інформацію для пацієнтів (і цей факт необхідно зафіксувати у наказі). Наприклад:

Поліклініка (лікарня) № __ у _____ районі м. Києва доводить до відома відвідувачів і пацієнтів, що відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» від 1 червня 2010 р. № 2297-VI інформація про ваші персональні дані (ПІБ, місце проживання, стан здоров'я тощо), яка стає нам відомою, використовується в цілях статистичного обліку, лікування і стороннім особам не розголошується.

Або можна у реєстраційних картках передбачити поля для відмітки про згоду пацієнта на обробку його персональних даних (— «даю згоду на обробку моїх персональних даних з метою лікування, обліку»), а також інформації про те, для чого потрібна ця згода («повідомляємо, що ваші персональні дані можуть бути використані нами з метою обліку»).

■ ДЕ РЕЄСТРУЮТЬ БАЗИ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ

Бази персональних даних реєструє Державна служба України з питань захисту персональних даних (*далі* — ДСЗПД). Положення про Державну службу України з питань захисту персональних даних затверджено Указом Президента України від 6 квітня 2011 р. № 390/2011.

ДСЗПД серед іншого:

- розробляє типовий порядок обробки персональних даних, методичні матеріали та рекомендації з питань захисту персональних даних;
- розглядає пропозиції, запити, звернення, вимоги та скарги фізичних і юридичних осіб;
- веде Державний реєстр баз персональних даних;
- здійснює в межах своїх повноважень контроль за додержанням вимог законодавства про захист персональних даних;
- видає обов'язкові для виконання законні вимоги (приписи) щодо усунення порушень законодавства про захист персональних даних; складає адміністративні протоколи про виявлені порушення законодавства у сфері захисту персональних даних;

- організовує та забезпечує взаємодію з іноземними суб'єктами відносин, пов'язаними із персональними даними, бере участь у роботі міжнародних організацій з питань захисту персональних даних.

Інформацію про діяльність служби можна знайти на її офіційному сайті за адресою www.zpd.gov.ua.

■ ЯК ЗДІЙСНЮЄТЬСЯ РЕЄСТРАЦІЯ БАЗ ДАНИХ

Реєстрація баз персональних даних, яку розпочато 1 липня 2011 року, та внесення змін до відомостей Державного реєстру баз персональних даних здійснюється відповідно до:

- Положення про Державний реєстр баз персональних даних та порядок його ведення, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 травня 2011 р. № 616;
- Порядку подання заяв про реєстрацію бази персональних даних та про внесення змін до відомостей Державного реєстру баз персональних даних, затвердженого наказом Міністерства юстиції України від 8 липня 2011 р. № 1824/5.

Державній реєстрації підлягають усі бази персональних даних в електронному вигляді та/або в картотеках, в яких обробляються персональні дані, незалежно від обсягу та форми їх застосування, виду діяльності. При цьому щодо кожної бази даних, яка є у володінні заявника, подається окрема заява. У медичного закладу буде як мінімум дві бази даних: про найманих працівників і про пацієнтів.

Для реєстрації бази персональних даних уповноваженому державному органу з питань захисту персональних даних подається заява встановленого зразка. Заява про реєстрацію бази персональних даних має містити інформацію про володільця та розпорядників бази персональних даних, інформацію про базу даних та місце її розташування, а також підтвердження зобов'язання стосовно виконання вимог законодавства щодо захисту персональних даних.

Заява подається в паперовій формі (бажано з наданням електронної копії) або у формі електронного документа відповідно до вимог Законів України «Про електронні документи та електронний документообіг» від 22 травня 2003 р. № 851-IV та «Про електронний цифровий підпис» від 22 травня 2003 р. № 852-IV.

Заява про реєстрацію бази персональних даних містить таку інформацію:

Розділ I. Інформація про володільця бази персональних даних — у нашому випадку це будуть дані про медичний заклад.

РАЗРАБОТКА И ПРОИЗВОДСТВО НАБОРОВ РЕАГЕНТОВ

ДЛЯ: ИММУНОФЕРМЕНТНОЙ ДИАГНОСТИКИ
ПЦР-ДИАГНОСТИКИ
КЛИНИЧЕСКОЙ БИОХИМИИ



Точность!

Розробка та виробництво наборів реагентів для: імуноферментної діагностики, ПЛР-діагностики, клінічної біохімії.
ВЛУЧНО В ЦІЛЬ. ЗАТ «Вектор-Бест-Україна», 02088, м. Київ, а/с 55. ЗАТ «Вектор-Бест», 630117, м. Новосибірськ-117, а/с 492.

ЗАО «ВЕКТОР-БЕСТ-УКРАИНА»
02088, г. Киев, а/я 55
Тел.: +7 (10 380 44) 220-04-04
Тел./факс: +7 (10 380 44) 220-04-05
vector@vbestua.com

ЗАО «ВЕКТОР-БЕСТ»
630117, г. Новосибирск-117, а/я 492
Тел.: +7 (383) 227-60-30
Тел./факс: +7 (383) 332-94-44
vbmarket@vector-best.ru

www.vector-best.ru

Розділ II. Інформація про найменування і місцезнаходження бази персональних даних — наприклад, «Лікарі» і адреса медичного закладу, де містяться особові справи лікарів.

Розділ III. Мета обробки персональних даних з посиланням на нормативно-правові акти, положення, установчі чи інші документи, які регулюють діяльність володільця бази персональних даних, та визначенням категорії обробки персональних даних відповідно до статей 6, 7 Закону № 2297 — як мінімум тут слід зазначити, що така інформація необхідна з метою обліку. Це можуть бути також маркетингові дослідження тощо.

Розділ IV. Інформація про розпорядників бази персональних даних — тут наводиться інформація про осіб, яким було передано базу даних. Наприклад, якщо інформацію про телефони пацієнтів ви розголошуєте рекламним агентам, то слід вказати, кому саме.

Про кожну зміну вищезазначених відомостей не пізніше як протягом десяти робочих днів з дня настання такої зміни володільць бази персональних даних зобов'язаний повідомляти уповноважений державний орган з питань захисту персональних даних шляхом подання заяви про внесення змін до відомостей Державного реєстру баз персональних даних.

Починаючи з 1 січня 2012 року за нереєстрацію баз персональних даних передбачено досить сувору адміністративну та кримінальну відповідальність.

■ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕДОТРИМАННЯ ЗАКОНОДАВСТВА ПРО ЗАХИСТ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ

За порушення законодавства у сфері захисту персональних даних (ст. 188-39 Кодексу України про адміністративні правопорушення від 7 грудня 1984 р. № 8073-Х; далі — КпАП), невиконання законних вимог посадових осіб (ст. 188-40 КпАП), порушення недоторканності приватного життя (нова редакція ст. 182 Кримінального кодексу України від 5 квітня 2001 р. № 2341-III) передбачено адміністративну та кримінальну відповідальність. Штрафи обчислюються не одним-двома неоподатковуваними мінімумами доходів громадян, а сотнями. І застосовуватимуться вже з 1 січня 2012 року.

Так, неповідомлення або несвоєчасне повідомлення суб'єкта персональних даних (наприклад, пацієнта) про його права у зв'язку із включенням його персональних даних до бази персональних даних, про мету збору цих даних та про осіб, яким ці дані передаються, тягне за собою накладення штрафу:

- на громадян — від 200 до 300 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян (нмдг), або від 3400 до 5100 грн; за повторне порушення протягом року — від 300 до 500 нмдг, або від 5100 до 8500 грн;
- на посадових осіб і громадян — суб'єктів підприємницької діяльності — від 300 до 400 нмдг, або від 5100 до 6800 грн; за повторне порушення протягом року — від 400 до 700 нмдг, або від 6800 до 11 900 грн.

Неповідомлення або несвоєчасне повідомлення ДСЗПД про зміну відомостей, що подаються для державної реєстрації бази персональних даних, тягне за собою накладення штрафу:

- на громадян — від 100 до 200 нмдг, або від 1700 до 34 100 грн; за повторне порушення протягом року — 300 до 500 нмдг, або від 5100 до 8500 грн;
- на посадових осіб і громадян — суб'єктів підприємницької діяльності — від 200 до 400 нмдг, або від 3400 до 6800 грн; за повторне порушення протягом року — від 400 до 700 нмдг, або від 6800 до 11 900 грн.

Ухилення від державної реєстрації бази персональних даних тягне за собою накладення штрафу:

- на громадян — від 300 до 500 нмдг, або від 5100 до 8500 грн;
- на посадових осіб і громадян — суб'єктів підприємницької діяльності — від 500 до 1000 нмдг, або від 8500 до 17 000 грн.

Недодержання встановленого законодавством про захист персональних даних порядку захисту персональних даних у базі персональних даних, що призвело до незаконного доступу до них, тягне за собою накладення штрафу від 300 до 1000 нмдг, або від 5100 до 17 000 грн.

Невиконання законних вимог посадових осіб ДСЗПД щодо усунення порушень законодавства про захист персональних даних тягне за собою накладення штрафу на посадових осіб, громадян — суб'єктів підприємницької діяльності від 100 до 200 нмдг, або від 1700 до 3400 грн. Однак зверніть увагу, така відповідальність настає лише за невиконання вимог у частині усунення порушень, а не за недопуск до перевірки, відмову від надання інформації тощо.

Незаконне збирання, зберігання, використання, знищення, поширення конфіденційної інформації про особу або незаконна зміна такої інформації, крім випадків, передбачених іншими статтями Кримінального кодексу, караються штрафом від 500 до 1000 нмдг, або від 8500 до 17 000 грн, чи виправними роботами на строк до двох років, чи арештом на строк до шести місяців, чи обмеженням волі на строк до трьох років.

Ті самі дії, вчинені повторно, або якщо вони заподіяли істотну шкоду охоронюваним законом правам, свободам та інтересам особи (заподіяли матеріальних збитків на суму понад 1700 грн), караються арештом на строк від трьох до шести місяців або обмеженням волі на строк від трьох до п'яти років, або позбавленням волі на той самий строк. ■