

Міністерство охорони здоров'я України  
ДУ "Український інститут стратегічних досліджень"

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ СТОСОВНО РОЗРОБКИ  
МІСЦЕВИМИ ОРГАНАМИ ВИКОНАВЧОЇ ВЛАДИ ТА  
ОРГАНАМИ МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ ПЛАНІВ  
ЗАХОДІВ ЩОДО СПЕЦІАЛІЗАЦІЇ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ  
ЗДОРОВ'Я, ОПТИМІЗАЦІЇ ЇХ МЕРЕЖІ ТА СТВОРЕННЯ  
ОБ'ЄДНАНЬ ТАКИХ ЗАКЛАДІВ, ЗОКРЕМА МІЖРАЙОННИХ**

Київ – 2010

Міністерство охорони здоров'я України  
ДУ “Український інститут стратегічних досліджень”

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ СТОСОВНО РОЗРОБКИ  
МІСЦЕВИМИ ОРГАНАМИ ВИКОНАВЧОЇ ВЛАДИ ТА  
ОРГАНАМИ МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ ПЛАНІВ  
ЗАХОДІВ ЩОДО СПЕЦІАЛІЗАЦІЇ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ  
ЗДОРОВ'Я, ОПТИМІЗАЦІЇ ЇХ МЕРЕЖІ ТА СТВОРЕННЯ  
ОБ'ЄДНАНЬ ТАКИХ ЗАКЛАДІВ, ЗОКРЕМА МІЖРАЙОННИХ**

Київ – 2010

**Методичні рекомендації стосовно розробки місцевими органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування планів заходів щодо спеціалізації закладів охорони здоров'я, оптимізації їх мережі та створення об'єднань таких закладів, зокрема міжрайонних / за ред. Г.О. Слабкого. – К., 2010. – 24 с.**

**Авторський колектив:**

Г.О. Слабкий, В.П. Лисак, Ю.Б. Ященко, М.К. Хобзей, О.І. Левицький,  
М.В. Шевченко, М.М. Максимчук, З.Г. Крушинська, В.Я. Бойко,  
В.Г.Слабкий, О.К. Толстанов

**Рецензенти:**

1. **О.З. Децик** – завідувач кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я Івано-Франківського національного медичного університету, д.мед.н., професор
2. **В.Й. Шатило** – ректор Житомирського інституту медсестринства, д.мед.н., доцент

Рекомендовано Вченою радою ДУ "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України" (протокол від 25 серпня 2010 р. № 7)

Розраховано на керівників органів місцевого самоврядування та організаторів охорони здоров'я

## СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВМСД – вторинна медико-санітарна допомога

ЄС – Європейський Союз

ЛЗП/СМ – лікар загальної практики / сімейної медицини

МЛ – міські лікарні

ПМСД – первинна медико-санітарна допомога

РЛ – районні лікарні

ФАП – фельдшерсько-акушерський пункт

ФП – фельдшерський пункт

ЦМЛ – центральні міські лікарні

ЦРЛ – центральні районні лікарні

## ЗМІСТ

Список умовних скорочень	3
Вступ	6
Розділ 1. Правові передумови проведення структурних реформ	11
Розділ 2. Пропозиції стосовно розробки планів заходів щодо спеціалізації закладів охорони здоров'я, оптимізації їх мережі та створення об'єднань таких закладів, зокрема міжрайонних	13
Розділ 3. Основні принципи реорганізації мережі первинної та вторинної медико-санітарної допомоги на рівні області	18
Список літератури	21

## ВСТУП

Існуюча система охорони здоров'я не здатна задовольнити потреби населення у медичній допомозі, забезпечити доступність, якість та своєчасність медичних послуг.

Основними проявами такої ситуації є:

- скорочення очікуваної тривалості життя населення України, внаслідок чого розрив з середньоєвропейськими показниками становить понад 6 років, а з показниками країн Європейського Союзу (ЄС) – понад 10 років;
- високі показники загальної смертності населення, які вдвічі перевищують показники країн ЄС, а показники смертності населення у працездатному віці – у 2–4 рази;
- різке вираження феномена чоловічої «надсмертності», коли смертність чоловіків у середній віковій категорії (25–44 роки) майже в 4 рази перевищує таку серед жінок аналогічного віку;
- один з найвищих в Європейському регіоні рівень природного убутку населення, що веде до депопуляції населення швидкими темпами;
- стрімке старіння населення, яскраво регресивний характер відтворення населення, коли частка осіб старших вікових груп значно перевищує таку серед 0–15-річних;
- високий рівень загальної захворюваності населення на тлі значного поширення факторів ризику захворювань;
- яскраво виражена нерівність у питаннях надання медичної допомоги, що проявляється у різних відмінностях показників захворюваності забезпечених і малозабезпечених груп населення при високій питомій вазі бідного населення;
- надмірні особисті витрати населення на отримання медичних послуг (40% від загального обсягу фінансування);
- існування неформальних (тіньових) платежів населення за медичні послуги (10% від загального обсягу фінансування).

Погіршення стану здоров'я населення призводить до об'єктивного зростання потреб у медичній допомозі, які існуюча система охорони здоров'я задовольнити не в змозі, що негативно позначається на трудоресурсному потенціалі України.

Первинна медико-санітарна допомога (ПМСД) передбачає доступність послуги для хворих, справедливий розподіл ресурсів охорони здоров'я, інтегроване та узгоджене надання комплексних лікувальних, паліативних і профілактичних послуг, раціональне використання медичних технологій та лікарських засобів, а також підвищення ефективності по відношенню до витрат [1–3].

ПМСД посідає одне з провідних місць у реформуванні охорони здоров'я в цілому, що потребує передусім перегляду системи інвестування коштів саме в її надання [4–15]. Близько 85–90% обсягу медичної допомоги населення отримує у закладах ПМСД, тому її реформування визначено як першочергове завдання для поліпшення її доступності, якості і ступеня організації [16–20]. Більшість економічно розвинених країн досягли значних успіхів у реорганізації охорони здоров'я і структури її фінансування. При реформуванні охорони здоров'я пріоритети надаються розвитку ПМСД. Загальні характеристики в організації роботи лікарів загальної практики / сімейної медицини (ЛЗП/СМ) у країнах ЄС такі: чисельність прикріплених жителів у межах 2000 чоловік, робота переважно групами, усе жорсткіший контроль зростання витрат на медичну допомогу, широке застосування фінансових заохочень і відповідальності лікаря за просування ефективних механізмів зниження витрат [21–27].

Важливим є проведення реформ у стаціонарному секторі. Світовий досвід свідчить, що реформи організації лікарень поділяють на дві категорії. До першої належать насамперед системні зміни лікарень: об'єднання та злиття кількох лікарень, вертикальна і горизонтальна інтеграція лікарняних служб та створення інтегрованих систем надання допомоги, спільні закупівлі, укладення договорів зі сторонніми організаціями (Morrison E.M. et al. 1990)<sup>1</sup> тощо. Друга категорія – внутрішня реструктуризація лікарень, що веде до кардинальної зміни клінічного лікування та взаємовідносин між тими, хто бере участь у наданні медичних послуг (Blancett and Flarey 1995; Leatt et al. 1997)<sup>2-3</sup>. Реорганізація обох типів стосується більшості лікарень США та

---

1 ShorteU, S.M., Morrison, E.M. and Friedman, B. (1990) Strategic Choices for America's Hospitals: Managing Change in Turbulent Times. San Francisco, CA: Jossey Bass.

2 Blancett, S.S. and Flarey, D.L. (1995) Reengineering Nursing and Health Care: The Handbook for Organizational Transformation. Gaithersburg, MD: Aspen.

3 Leatt, P., Baker, G.R., Halverson, P.K. and Aird, C. (1997) Downsizing, reengineering and restructuring: long-term implications for healthcare organizations, *Frontiers of Health Services Management*, 13(4): 27-39.

Канади і поступово поширюється в Європі та за її межами (Decter 1994<sup>4</sup>; Aiken et al. 1997<sup>5</sup>; Bentsen et al, 1999<sup>6</sup>).

Проведені реформи лікарняного сектору в країнах ЄС вказують на такі загальні тенденції:

- активне залучення представників територіальних громад до планування надання медичної допомоги на рівні постачальників медичних послуг;
- інтеграція приватного сектору в сферу надання медичних послуг;
- автономізація постачальників медичних послуг;
- впровадження фінансових механізмів, спрямованих на підвищення ефективності управління системою охорони здоров'я.

Розвиток сучасних медичних технологій дає більше можливостей стосовно надання медичних послуг та зменшення інвазивних втручань. Сьогодні серед нових видів послуг у секторі охорони здоров'я ЄС особливої ваги набувають:

- базова амбулаторна хірургія;
- послуги денного стаціонару для проведення діагностичних тестів, а також медичного втручання (онкологія, реабілітація тощо);
- "медичні послуги вдома" за місцем проживання.

Наукові та технологічні досягнення у секторі охорони здоров'я, паралельно з підвищенням стандартів життя, освітніми та економічними новаціями, дають змогу для більшості хворих, які раніше потребували тривалих стаціонарних послуг, лікувати або виключно в амбулаторних умовах, або значно скоротити термін стаціонарного лікування. Часто ці підходи поєднують. Нові види послуг є менш вартісними за стаціонарне лікування. І це, звичайно, впливає на ефективність та якість лікарняного лікування в цілому. Біомедичні та біоінженерні дослідження сприяють вдосконаленню сфери охорони здоров'я в майбутньому, з потенційним радикальним впливом на лікарняні послуги і, зокрема, на хірургічні методи лікування. Для технічного вдосконалення вторинної медико-санітарної допомоги (ВМСД) важливим є не лише винахід нових медичних технологій, а насамперед ефективніше використання вже існуючих методів.

Існує широкий спектр альтернатив моделей функціонування постачальників послуг ВМСД, оскільки окремої ідеальної моделі надання таких послуг немає.

Сьогодні в ЄС спостерігаються певні тенденції, які можна узагальнити так:

---

4 Decter, M. (1994) *Healing Medicare: Managing Health System Change the Canadian Way*. Toronto: McGilligan Books.

5 Aiken, L.H., Sochalski, J. and Fagin, C.M. (1997a) Hospital restructuring in the United States, Canada and western Europe: an outcomes research agenda, *Medical Care*, 35 (suppl. 10): S13\_25.

6 Bentsen, E.Z., Borum, F., Erlingsdottir, G. and Sahlin\_Andersson, K. (eds) (1999) *Nar Styringsambitioner Moder Praksis: den Svoere Omstilling af Sygehus (og Sundhedsvoesenet i Danmark og Sverige [When Management Ambitions Meet Practice: The Difficult Transformation of the Hospital and Health Care System in Denmark and Sweden]*. Copenhagen: Copenhagen Business School Press.



- зменшення кількості ліжкового фонду;
- скорочення тривалості перебування в лікарнях невідкладної допомоги;
- використання зовнішніх постачальників неклінічних (немедичних) послуг ("аутсорсинг");
- зменшення кількості госпітальних центрів та операційних відділень;
- концентрація високотехнологічної діяльності у великих лікарняних центрах і центрах охорони здоров'я з одночасним відходом від низько-технологічних лікарень;
- передача більшої кількості обов'язків від лікарів медсестрам;
- нові форми госпіталізації;
- скорочення термінів госпіталізації (наприклад, хірургія одного дня);
- створення госпітальних мереж для забезпечення координації надання медичної допомоги у лікарнях;
- гуртожитки/„готелі" для пацієнтів;
- розширення мережі та активізація використання можливостей закладів паліативної допомоги чи хоспісів.

Методичні рекомендації призначені для представників органів державної влади та органів місцевого самоврядування, у т.ч. у сфері охорони здоров'я, організаторів охорони здоров'я, головних лікарів. Такі методичні рекомендації підготовлені в Україні вперше.

## РОЗДІЛ 1. ПРАВОВІ ПЕРЕДУМОВИ ПРОВЕДЕННЯ СТРУКТУРНИХ РЕФОРМ

З урахуванням чинного законодавства України структурну реформу галузі охорони здоров'я можна проводити двома шляхами:

1) зі змінами в законодавстві, зокрема:

- статті 49 Конституції з метою відміни заборони скорочувати наявну мережу державних і комунальних медичних закладів;
- статей 32, 43 та 44 Закону України "Про місцеве самоврядування в Україні" з метою передачі повноважень щодо забезпечення функціонування ПМСД на рівень районів і міст, а ВМСД – на рівень областей та тих районів, кількість населення в яких перевищує 100 тис. осіб;
- Бюджетного кодексу України з метою закріплення видатків на функціонування ПМСД за районними бюджетами, а ВМСД – за обласними бюджетами;

2) без змін у законодавстві: шляхом добровільного об'єднання зусиль і ресурсів бюджетів декількох районних та міських рад з метою утворення міжтериторіальних господарських об'єднань лікарень (госпітальних округів), які обслуговують не менше 150 тис. населення, яке проживає на території відповідних адміністративно-територіальних одиниць, та здатні надавати якісні медичні послуги. При цьому маленькі лікарні, що стануть членами таких об'єднань, будуть перепрофільовані у заклади, які надають ПМСД, паліативну допомогу та сестринські послуги (амбулаторії сімейної медицини, лікарні сестринського догляду, хоспіси тощо).

Запропонований шлях добровільних структурних реформ галузі має бути виваженим, потребує політичної волі та відповідних рішень кожної окремої районної та міської ради, які проводитимуть таку реструктуризацію.

Реструктуризація мережі лікарень не означає закриття всіх невеликих лікарень. Заборона скорочення мережі державних і комунальних закладів охорони здоров'я, відповідно до положень Конституції, не стосується їх внутрішньої реструктуризації та перепрофільювання. Так, малопотужні лікарні доцільно реорганізувати у медико-соціальні заклади та заклади сестринського догляду, в яких населення України сьогодні має надзвичайно гостру потребу. Конституція також не забороняє проведення функціональної спеціалізації лікарень на тих чи інших видах медичної допомоги.

Проведення заходів структурної реорганізації, що пропонується, не потребує додаткового бюджетного фінансування і може здійснюватися у рамках тих обсягів бюджетних коштів, які виділяються нині на галузь охорони здоров'я, відповідно до Закону про Державний бюджет України на відповідний рік.

Більш того, проведення заходів структурної реформи дає змогу підвищити ефективність використання наявних фінансових, матеріально-технічних і людських ресурсів таким чином, що при тих самих обсягах фінансування з'являється можливість підвищити якість медичних послуг, які надаватимуться у закладах охорони здоров'я.

## **РОЗДІЛ 2. ПРОПОЗИЦІЇ СТОСОВНО РОЗРОБКИ ПЛАНІВ ЗАХОДІВ ЩОДО СПЕЦІАЛІЗАЦІЇ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ОПТИМІЗАЦІЇ ЇХ МЕРЕЖІ ТА СТВОРЕННЯ ОБ'ЄДНАНЬ ТАКИХ ЗАКЛАДІВ, ЗОКРЕМА МІЖРАЙОННИХ**

Низька ефективність профілактичної роботи на рівні ПМСД, недосконала організація роботи швидкої медичної допомоги в Україні зумовлюють невиправдано високий рівень споживання населенням послуг ВМСД, і насамперед тієї її частини, що надається в стаціонарах лікарень. Значна частина випадків госпіталізації до стаціонарних відділень лікарень є необґрунтованою і не пов'язана з тими захворюваннями та станами, які потребують діагностики і лікування, постійного цілодобового медичного спостереження та інтенсивного догляду і можуть бути забезпечені винятково в умовах стаціонару.

Раціоналізація системи надання медичних послуг у цілому та послуг лікарень зокрема є тривалим процесом, потребує комплексного підходу, тому в його основу повинні бути покладені:

- переосмислення ролі та докорінної перебудови системи ПМСД;
- значні та постійні організаційні зусилля, спрямовані на запровадження та підтримку нових, орієнтованих на результат моделей діяльності ЛЗП/СМ, лікарів, які надають спеціалізовану амбулаторну допомогу, та лікарень.

Основною метою процесу раціоналізації системи надання стаціонарних медичних послуг у лікарнях та спеціалізованих амбулаторних медичних послуг мають стати:

- забезпечення підвищення якості та доступності відповідних медичних послуг для тих пацієнтів, які мають в них зумовлену медичними показаннями обґрунтовану потребу;
- створення й постійна підтримка мотивацій медичного персоналу до забезпечення водночас як якості, так і економічної ефективності послуг.

### **Основні складові реформування первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги**

1. Структурно-організаційне та фінансово-економічне розмежування первинного і вторинного рівнів надання медичної допомоги шляхом створення центрів ПМСД та «госпітальних» округів з урахуванням особливостей адміністративних територій (щільності та характеру розселення населення, стану транспортних комунікацій, матеріально-технічного і кадрового потенціалу закладів охорони здоров'я, їх профілю та структури медичних послуг).

2. Централізація коштів на надання ПМСД на рівні районних (міських у містах) бюджетів і розрахунок витрат на основі подушного фінансового нормативу з введенням стимулюючих доплат і коригуючих коефіцієнтів за

обсяги та якість медичних послуг, перехід від фінансування закладів вторинного рівня надання медичної допомоги за предметною ознакою до глобального бюджету.

3. Диференціація закладів охорони здоров'я з урахуванням інтенсивності надання медичної допомоги.

4. Обґрунтування на основі результатів зазначеної вище оцінки потреб в інвестиціях, необхідних для розвитку відповідних медичних закладів відповідно до профілів і обсягів послуг, які надаватимуться цими закладами.

5. Запровадження державних закупівель медичних послуг на основі договорів між відповідними міськими радами (районними державними адміністраціями) як головними розпорядниками коштів місцевих бюджетів та медичними закладами – комунальними некомерційними підприємствами (лікарнями).

6. Реорганізація комунальних (районних та міських) лікарень (РЛ, МЛ), які мають статус бюджетних установ, у комунальні некомерційні підприємства з метою надання цим закладам більшої фінансової та управлінської автономії та гнучкості.

7. Створення на основі відповідних положень Господарського кодексу України та Закону України "Про місцеве самоврядування в Україні", міжтериторіальних господарських об'єднань лікарень – госпітальних округів у формі комунальних некомерційних корпорацій.

### **Примірні етапи реформування первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги**

#### ***Підготовчий етап реформування (до 01.11.2011 р.), який використовується для розробки планів заходів щодо спеціалізації закладів охорони здоров'я, оптимізації їх мережі***

##### **1. Ретельний аналіз:**

- демографічних показників території обслуговування (чисельність, щільність, віково-статеву структуру населення);
- стану здоров'я населення території обслуговування (показники народжуваності, захворюваності, поширеності, смертності та інвалідності);
- медичних потреб прикріпленого населення;
- ресурсного (кадрового, фінансового, матеріально-технічного) забезпечення та організаційно-функціональної структури закладів охорони здоров'я відповідної адміністративної території;
- порядку надання спеціалізованої медичної допомоги у закладах охорони здоров'я відповідної адміністративної території (самостійне звернення, кероване направлення ЛЗП/СМ, наявність регламентованого переліку показань для направлення хворого на консультування і лікування до лікарів-спеціалістів);
- розподілу обсягів надання медичної допомоги між ЛЗП/СМ та лікарями-спеціалістами;

– обґрунтованості направлення пацієнтів ЛЗП/СМ до лікарів-спеціалістів;

– основних показників діяльності амбулаторно-поліклінічних закладів відповідної адміністративної території (кількість відвідувань, у т.ч. до лікарів-спеціалістів, рівень госпіталізації, показники лікування хворих в умовах цілодобових, денних стаціонарів і стаціонарах вдома, кількість викликів швидкої медичної допомоги, ліжко-днів перебування хворого у стаціонарах, проведених операцій, у т.ч. у рамках хірургії "одного дня" тощо).

2. Оцінка можливостей та порядку взаємодії закладів ПМСД із закладами спеціалізованої медичної допомоги та медико-соціальної допомоги на території обслуговування.

3. Вивчення позиції та готовності медичних працівників до структурно-функціональної реорганізації системи медичного обслуговування населення відповідної адміністративної території на принципах розмежування первинного і вторинного рівнів надання медичної допомоги.

4. Вивчення думки населення щодо зміни порядку надання медичної допомоги з подальшим формуванням позитивного ставлення населення до цих системних перетворень шляхом проведення відповідної роз'яснювальної роботи із залученням засобів масової інформації.

5. Визначення реальних потреб у кадрових (насамперед у ЛЗП/СМ та лікарях-спеціалістах), фінансових і матеріально-технічних ресурсах.

6. Підготовка організаційного проекту і плану реорганізації первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги.

***Етапи впровадження примірних моделей реформування первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги***

*Перший етап (до 01.01.2011 р.):*

– оптимізація мережі та ліжкового фонду закладів охорони здоров'я, у т.ч. відомчого підпорядкування;

– централізація коштів територіальних громад району на рівні районного бюджету і спрямування їх на забезпечення фінансування медичного обслуговування населення для отримання більш потужного джерела фінансування та ефективнішого управління обмеженими ресурсами;

– визначення фельдшерсько-акушерських пунктів (ФАПів, ФПів) структурними підрозділами лікарських амбулаторій (амбулаторій сімейної медицини) або безпосередньо центральним районним (ЦРЛ), центральним міським (ЦМЛ) та міським лікарням (МЛ) міст обласного значення (або поліклінікам МЛ і самостійним міським поліклінікам);

– підпорядкування лікарських амбулаторій ЦРЛ, ЦМЛ або МЛ міст обласного значення (або поліклінікам МЛ і самостійним міським поліклінікам);

- формування у структурі поліклінічних відділень ЦРЛ, ЦМЛ і МЛ міст обласного значення (або поліклінік МЛ і самостійних міських поліклінік) центрів ПМСД як структурних підрозділів цих закладів;
- формування оптимальної мережі закладів первинного рівня надання медичної допомоги (з вирішенням питання щодо реорганізації ФАПів (ФПів), які обслуговують понад 1000 населення, у лікарські амбулаторії (амбулаторії сімейної медицини), частини дільничних лікарень у лікарські амбулаторії (амбулаторії сімейної медицини) тощо).

*Другий етап (2011 р.):*

- створення органів управління охороною здоров'я – відділів (управлінь) охорони здоров'я районних державних адміністрацій (міських рад) як замовників медичних послуг та розпорядників бюджетних коштів на відповідній території;
- створення юридично самостійних центрів ПМСД;
- продовження формування оптимальної мережі закладів первинного рівня надання медичної допомоги, створення мережі амбулаторій сімейної медицини, максимально наближених до місць проживання прикріпленого населення;
- поступове формування оптимальної мережі закладів вторинного рівня надання медичної допомоги з урахуванням інтенсивності надання медичних послуг на засадах єдиного медичного простору;
- поступове створення «госпітальних» округів, які об'єднують заклади декількох районів або міст і районів залежно від щільності та характеру розселення населення, з урахуванням стану транспортних комунікацій, матеріально-технічного та кадрового потенціалу стаціонарів, профілю їх діяльності та структури медичних послуг;
- створення у складі ЦРЛ, ЦМЛ і МЛ міст обласного значення (або поліклініках МЛ та самостійних міських поліклініках) консультативно-діагностичних центрів;
- перерозподіл ресурсів між закладами первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги;
- фінансування закладів первинного рівня надання медичної допомоги відповідно до подушного фінансового нормативу;
- перехід від фінансування закладів вторинного рівня надання медичної допомоги за предметною ознакою до глобального бюджету.

*Третій (завершальний) етап (2012 р.):*

- завершення формування "госпітальних" округів;
- автономізація закладів первинного і вторинного рівнів надання медичної допомоги, надання їм статусу комунальних некомерційних неприбуткових підприємств;

- впровадження державних закупівель медичних послуг на первинному і вторинному рівнях надання медичної допомоги за відповідними договорами;
- впровадження механізму реалізації права пацієнтів вільно вибирати лікаря ПМСД надання медичної допомоги або у визначеному порядку його змінювати;
- впровадження механізмів забезпечення організації доступу пацієнтів до спеціалізованої допомоги через направлення ЛЗП/СМ, за винятком випадків, які потребують надання невідкладної спеціалізованої медичної допомоги.



### **Розділ 3. ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ РЕОРГАНІЗАЦІЇ МЕРЕЖІ ПЕРВИННОЇ ТА ВТОРИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ НА РІВНІ ОБЛАСТІ**

З метою оптимізації керованості закладів первинної ланки, використання фінансових ресурсів, які виділяються на ПМСД, фінансової сталості закладів ПМСД планується створення **центрів ПМСД**. До складу таких **центрів** – закладів з правами юридичної особи – входять амбулаторії сімейної медицини та ФАПів, які забезпечують надання первинної лікарської та долікарської допомоги населенню окремого сільського району, або міста чисельністю 30–100 тис. осіб.

**У сільській місцевості** – шляхом реорганізації сільських лікарських амбулаторій, амбулаторних відділень сільських дільничних лікарень та частини поліклінічних відділень ЦРЛ і РЛ, великих ФАПів. У зв'язку з тим, що на рівні ФАПів, які обслуговують до 300 осіб, надається низькопродуктивна та здебільшого неякісна медична допомога, пропонується на рівні місцевих громад розглянути питання про їх закриття при паралельному розвитку мережі амбулаторій сімейної медицини.

**У міській місцевості** – шляхом реорганізації та перепрофілювання частини поліклінік і поліклінічних відділень багатопрофільних дорослих та дитячих лікарень, відкриття нових закладів, наближених до місця проживання населення.

До функції центру входить: укладання договорів із замовником на надання послуг ПМСД, планування, координація діяльності закладів ПМСД, які входять до складу центру, забезпечення якості медичної допомоги, облік та звітність, фінансовий менеджмент, визначення і розподіл стимулюючих виплат для працівників.

Враховуючи дані доказового менеджменту та найкращий світовий досвід, з метою поліпшення якості ВМСД з одночасним підвищенням ефективності використання наявних ресурсів, усунення невиправданого дублювання медичних послуг пропонується диференціація лікарень, виходячи з інтенсивності медичної допомоги, що надається, на:

- **лікарні інтенсивної допомоги** – для надання цілодобової медичної допомоги хворим з гострими станами, які потребують високої інтенсивності лікування та догляду (наприклад, інфаркт міокарда, інсульт, гостра кровотеча тощо). Ресурсне забезпечення лікарень цього типу потребує інтенсивних технологій, спеціалізованого, високовартісного діагностичного та лікувального обладнання, наявності служби реанімації та інтенсивної терапії, служби екстреної діагностики;

- **для проведення планового лікування** – для проведення повторних курсів протирецидивної терапії або долікування з використанням стандартних схем лікування;

- **для відновного лікування** – для відновлення функцій, порушених унаслідок захворювання чи травми, з метою або попередження інвалідності, або реабілітації інвалідів; потребують спеціального обладнання (фізіотерапевтичного, тренажерів для лікувальної фізкультури);

- **хоспіси** – надання паліативної допомоги та психологічної підтримки термінальним (безнадійно) хворим; потребують спеціального оснащення для надання допомоги і догляду, а також спеціально підготовленого, переважно сестринського персоналу та широкого залучення волонтерів;

- **для медико-соціальної допомоги** – забезпечення догляду та надання соціальної і паліативної допомоги хронічним хворим; потребують мінімального діагностичного та лікувального обладнання, обслуговування забезпечується переважно сестринським персоналом.

Головна роль надається багатопрофільним лікарням для надання інтенсивної допомоги, передусім екстреної медичної допомоги, оскільки саме від їх діяльності залежить життя та здоров'я пацієнтів. Саме ці лікарні в розвинених країнах світу становлять близько 90% усіх стаціонарів. Для ефективної діяльності такі лікарні мають обслуговувати не менше ніж 100–200 тис. населення і виконувати не менше ніж 3000 оперативних втручань і приймати не менше ніж 400 пологів на рік.

Провести зазначені перетворення можна при існуючому адміністративно-територіальному розподілі шляхом **створення госпітальних округів**, які об'єднують заклади декількох сільських районів або міст і районів.

Структура госпітального округу включає: **багатопрофільну лікарню інтенсивного лікування** (організується на базі потужних ЦРЛ і МЛ); лікарні для відновного лікування – відповідно до потреби; хоспіс – один на округ; заклади медико-соціальної допомоги / сестринського догляду (всі зазначені типи закладів організуються на базі ЦРЛ, РЛ або МЛ, які не задіяні як лікарні для інтенсивного лікування); лікарні для планового лікування хронічних хворих у кожному сільському адміністративному районі, місті без районного поділу або в районі міста з районним поділом (організуються на базі ЦРЛ, РЛ або МЛ, що не задіяні як лікарні для інтенсивного або відновного лікування, хоспісної допомоги).

**Примірна** структура лікарень різних типів наведена в таблиці.

*Таблиця*

**Примірна** структура лікарень різних типів

Багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування	Лікарня для планового лікування хронічних хворих	Лікарня відновного лікування
<i>Відділення</i>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• приймальне з діагностичним блоком;</li> <li>• реанімації та інтенсивної</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• терапії;</li> <li>• педіатрії;</li> <li>• гінекологічне;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• реабілітації для хворих, що перенесли інсульт;</li> </ul>

<p>терапії;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• терапії;</li> <li>• педіатрії (у великих містах з чисельністю населення 500 тис. населення і більше) можуть залишатися самостійні дитячі лікарні;</li> <li>• неврології;</li> <li>• інсультне;</li> <li>• інфарктне;</li> <li>• загальної хірургії;</li> <li>• травматології;</li> <li>• інфекційне коксоване;</li> <li>• протитуберкульозне коксоване;</li> <li>• пологове;</li> <li>• гінекологічне;</li> <li>• консультативне поліклінічне (до 20 лікарських спеціальностей);</li> <li>• діагностична служба;</li> <li>• денний стаціонар з пансіонатом</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• поліклінічне (з прийомами за спеціальностями «Терапія», «Педіатрія, акушерство та гінекологія», «Хірургія», «Травматологія», «Інфекційні хвороби», «Неврологія», «Психіатрія», «Дерматовенерологія», «Офтальмологія», «оториноларингологія»);</li> <li>• денний стаціонар;</li> <li>• діагностична служба</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• реабілітації для хворих, що перенесли інфаркт;</li> <li>• реабілітації для хворих із захворюваннями опорно-рухового апарату;</li> <li>• загальної реабілітації.</li> <li>• допоміжні служби: фізіотерапія, ЛФК, тренажерні та ін.;</li> <li>• місцеві рекреаційні засоби</li> </ul>
--	---	--

Забезпечення діагностичних досліджень для потреб первинної ланки та планова амбулаторна спеціалізована допомога будуть надаватися поліклінічними відділеннями лікарень планового лікування або консультативно-діагностичними поліклініками. У гострих випадках амбулаторна спеціалізована допомога буде надаватися спеціалістами лікарень для надання інтенсивної допомоги.

Планується поступове, виважене об'єднання багатопрофільних і монопрофільних або спеціалізованих закладів.

Усі типи закладів повинні бути до- або переоснащені відповідно до визначених функцій та табелів оснащення.

Створення госпітальних округів дасть змогу оптимізувати мережу медичних закладів України та забезпечити ефективне використання всіх видів наявних ресурсів – фінансових, матеріально-технічних і людських, а також вирішити ряд питань, а саме:

1) скорочення мережі лікувальних закладів, що відповідає Конституції України;

2) забезпечення належної якості послуг (за рахунок концентрації більш складних і затратних видів медичної допомоги у найбільш потужних та сучасно обладнаних лікарнях) і відповідність кваліфікації та робочого навантаження спеціалістів реальному обсягу робіт;

3) забезпечення населення ВМСД на допустимій відстані від місця проживання пацієнтів, на відміну від сучасної ситуації, коли населення часто змушене звертатися по кваліфіковану допомогу до закладів обласного рівня;

4) оптимальне перепрофілювання діяльності усіх закладів у структурі медичної допомоги, у результаті – надання населенню комплексної, багатопрофільної та доступної допомоги усіх рівнів відповідно до сучасних потреб та вимог.

При цьому цілком можливо проводити реорганізацію та перепрофілювання лікарень відповідно до потреб населення, оскільки власниками таких лікарень є відповідні місцеві ради, які, згідно зі статтями 26 та 43 Закону України "Про місцеве самоврядування в Україні", мають виключне право приймати рішення, пов'язані з організаційно-правовою формою таких лікарень, їх штатним розкладом, матеріально-технічним оснащенням, фінансуванню тощо.

Примірні договори та статuti некомерційних державних/комунальних підприємств затверджено наказом МОЗ України від \_\_\_\_\_ 2010 р. № \_\_\_\_\_.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Framework for professional and administrative development of general practice / family medicine in Europe. – Copenhagen : WHO, Reg. Off. Eur., 1998. – P. 3–8.
2. Harrison S. Which champions? Which people? / S. Harrison, M. Mort // Social Policy Administration. – 1998. – № 32. – P. 60–70.
3. Kutzin Joseph A. descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangement / Joseph A. Kutzin // Health Policy. – 2001. – № 56. – P. 121–204.
4. Вялков А. И. О необходимости внедрения новых экономических моделей в здравоохранение / А. И. Вялков // Экономика здравоохран. – 2001. – № 1. – С. 5–6.
5. Рахыпбеков Т. К. Приватизация и роль негосударственного сектора здравоохранения / Т. К. Рахыпбеков // Экономика здравоохран. – 2001. – № 6. – С. 14.
6. Рахыпбеков Т. К. Совершенствование системы оплаты стационарных медицинских услуг (по материалам Республики Казахстан) / Т. К. Рахыпбеков // Экономика здравоохран. – 2001. – № 6. – С. 1.
7. Асадов Д. А. Реформирование системы здравоохранения Узбекистана / Д. А. Асадов, Б. Д. Дуржанов // Пробл. соц. медицины, здравоохран. и истории медицины. – 2003. – № 5. – С. 54.
8. Шейман И. М. Реформа управления и финансирования здравоохранения / И. М. Шерман. – М. : Издатцентр, 1998. – 336 с.
9. Яковлев Е. П. Системы оплаты медицинской помощи / Е. П. Яковлев // Пробл. соц. гигиены, здравоохран. и истории медицины. – 2000. – № 6. – С. 42–45.
10. Саркисян А. Г. Стратегическое развитие здравоохранения / А. Г. Саркисян // Экономика здравоохран. – 2001. – № 7–8. – С. 31; 33.
11. Investigation of Health and Health Services. – Research Methods in Health. – 4. Cjsting health services: health economics/with Ian Rees Jones. – Buckingham–Philadelphia : Open University Press, 1997. – P. 79–98.
12. Sen A. Healths in development / A. Sen // Bulletin WHO. – 1999. – Vol. 77, № 8. – P. 619–623.
13. Alwan A. The implications of health sector reform for human resources development / A. Alwan, P. Hornby // Bulletin WHO. – 2002. – Vol. 80, № 1. – P. 56–60.
14. Milewa T. Primary care and public involvement: achieving a balanced partnership / T. Milewa, M. Calnan // Journal of the Royal society of medicine. – 2000. – Vol. 93, № 1. – P. 3–6.
15. Підгорна Л. М. Медичне страхування і реформування охорони здоров'я / Л. М. Підгорна // Стратегія реалізації державних гарантій надання

- медичної допомоги населенню України на засадах медичного страхування : зб. наук. пр. за матеріалами наук.-практ. конф., 25–26 груд. 2001 р., м. Ірпінь. – Ірпінь, 2001. – С. 171.
- 16.Парамонов З. М. Деякі уроки перебудови первинної медико-санітарної допомоги на селі / З. М. Парамонов, В. І. Хренов // Охорона здоров'я України. – 2001. – № 1. – С. 8.
  - 17.Москаленко В. Ф. Підгрунття розробки, прийняття та реалізації Концепції розвитку охорони здоров'я населення України / В. Ф. Москаленко // Охорона здоров'я України. – 2001. – № 1. – С. 6.
  - 18.Панорама охорони здоров'я населення України / за ред. А. В. Підаєва, О. Ф. Возіанова, В. Ф. Москаленка. – К. : Здоров'я, 2003. – С. 138–155.
  - 19.Москаленко В. Ф. Концепція розвитку охорони здоров'я – стратегія реформування галузі / В. Ф. Москаленко, В. М. Пономаренко // Лікар. справа. – 2001. – № 1. – С. 3–9.
  - 20.The World Health Report 2003 (Thomson Prentice, managing Editor) – Shaping the future. Charper 7. – WHO. – Geneva, Zwizerland, 2003. – P. 123–137.
  - 21.Лисицин Ю. П. О концепции здравоохранения / Ю. П. Лисицин // Пробл. соц. гигиены, здравоохран. и истории медицины. – 2003. – № 3. – С. 7.
  - 22.Orton P. Shared care / P. Orton // Lancet. – 1994. – Vol. 344, № 8934. – P. 1413–1415.
  - 23.Жирнова Г. М. Развитие общей врачебной практики в условиях муниципального здравоохранения / Г. М. Жирнова, В. Л. Сусликов, А. В. Лабузов // Здравоохран. Рос. Федерации. – 2003. – № 1. – С. 11–13.
  - 24.Шищук Е. А. Актуальные проблемы первичной медико-санитарной помощи / Е. А. Шищук, В. О. Щепин // Пробл. соц. гигиены, здравоохран. и истории медицины. – 2003. – № 1. – С. 39.
  - 25.Грачева А. Первичное звено. Каким путем двигаться дальше / А. Грачева // Вопр. экономики и управления для руководителей здравоохран. – 2001. – № 5 (23). – С. 56.
  - 26.Гагарина В. В. Оценка эффективности оказания первичной медицинской помощи в отделениях общей практики и поликлиниках / В. В. Гагарина // Рос. семейный врач. – 2002. – Т. 6, № 3. – С. 18.
  - 27.Trends in Health Status, Services and Finance: The transition in Central and Eastern Europe / E. Goldstein, A. Preker, O. Adeji, G. Chellaraj / World Bank Technical Paper 341. – Washington, 1996. – P. 213–226.
  - 28.ShorteU S. M. Strategic Choices for America's Hospitals : Managing Change in Turbulent Times / S. M. ShorteU, E. M. Morrison B. Friedman. – San Francisco, CA: Jossey Bass, 1990.

29. Blancett S. S. Reengineering Nursing and Health Care: The Handbook for Organizational Transformation / S. S. Blancett, D. L. Flarey. – Gaithersburg, MD: Aspen, 1995.
30. Downsizing, reengineering and restructuring: long-term implications for healthcare organizations / P. Leatt, G. R. Baker, P. K. Halverson, C. Aird // Frontiers of Health Services Management. – 1997. – Vol. 13, № 4. – P. 27–39.
31. Decter M. Healing Medicare: Managing Health System Change the Canadian Way / M. Decter. – Toronto : McGilligan Books, 1994.
32. Aiken L. H. Hospital restructuring in the United States, Canada and western Europe: an outcomes research agenda / L. H. Aiken, J. Sochalski, C. M. Fagin // Medical Care. – 1997. – Vol. 35, suppl. 10. – P. 13–25.
33. Når Styringsambitioner Møder Praksis: den Svoere Omstilling af Sygehus og Sundhedsvoesenet i Danmark og Sverige [When Management Ambitions Meet Practice: The Difficult Transformation of the Hospital and Health Care System in Denmark and Sweden] / E. Z. Bentsen, F. Borum, G. Erlingsdottir [ed al.]. – Copenhagen : Copenhagen Business School Press, 1999.
34. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К., 2009. – 50 с.

**Методичні рекомендації стосовно розробки місцевими органами  
виконавчої влади та органами місцевого самоврядування планів заходів  
щодо спеціалізації закладів охорони здоров'я, оптимізації їх мережі та  
створення об'єднань таких закладів, зокрема міжрайонних**

**Науково-методичне видання**

**Авторський колектив:**

Г.О. Слабкий, В.П. Лисак, Ю.Б. Яценко, М.К. Хобзей, О.І. Левицький, М.В.  
Шевченко, М.М. Максимчук, З.Г. Крушинська, В.Я. Бойко, В.Г.Слабкий,  
О.К. Толстанов

дані типографії  
Наклад – 100 примірників