

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
МЕДИЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ
КАФЕДРА СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ГІГІЄНИ

«Соціальна медицина та ООЗ. Модуль III»

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДО ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ ДЛЯ СТУДЕНТІВ ІV
КУРСУ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ**

Укладачі:
доц. Керецман А. О.
проф. Рогач І.М.
ас. Феєр О. В.

Керецман А. О., Рогач І.М., Феєр О. В. Соціальна медицина та ООЗ. Модуль III. // Методичні рекомендації. – Ужгород, 2020. – 109 с.

У методичних рекомендаціях поданий навчально-методичний матеріал для підготовки та проведення практичних занять з навчальної дисципліни «Соціальна медицина, громадське здоров'я» для студентів IV курсу медичного факультету, що відповідає вимогам освітньо-кваліфікаційного рівня «Магістр» кваліфікації «Лікар» у вищих навчальних закладах III-IV рівнів акредитації України, а також вимогам Положення про державну атестацію випускників медичних вищих навчальних закладів України. В даних методичних рекомендаціях розглядаються загальні принципи соціальної медицини та ООЗ в Україні та інших країнах світу в рамках питань Модулю III із соціальної медицини та ООЗ.

Затверджено:

на засіданні кафедри соціальної медицини та гігієни від _____ 2020 р., протокол №____;
на засіданні Вченої Ради медичного факультету УжНУ від _____ 2020 р., протокол №____;

Рецензенти :

доктор медичних наук, професор **Слабкий Г.О.**, завідувач кафедри наук про здоров'я факультету здоров'я та фізичного виховання УжНУ;

доктор медичних наук, професор **Погоріляк Р.Ю.**, завідувач кафедри громадського здоров'я і гуманітарних дисциплін медичного факультету №2 УжНУ.

ЗМІСТ

Вступ	5
Тема 1. Види медичної допомоги, засади надання первинної та позалікарняної (спеціалізованої та вузькоспеціалізованої) медичної допомоги.....	6
Тема 2. Організація стаціонарної та екстреної медичної допомоги населенню. Особливості медичного обслуговування сільського населення.....	13
Тема 3. Організація та зміст роботи закладів системи охорони материнства і дитинства. Організація акушерсько-гінекологічної допомоги населенню.....	20
Тема 4. Організація амбулаторної та стаціонарної медичної допомоги дитячому населенню.....	28
Тема 5. Види медичних експертиз. Організація медико-соціальної експертизи втрати працездатності.	32
Тема 6. Організація експертизи тимчасової втрати працездатності.....	38
Тема 7. Організація експертизи стійкої втрати працездатності.....	42
Тема 8. Забезпечення якості медичної допомоги населенню. Стандартизація в охороні здоров'я.....	46
Тема 9. Організація санітарно-епідеміологічної служби: основні заклади, що її забезпечують. Види та порядок здійснення санітарно-епідеміологічного нагляду.....	63
Тема 10. Управління охороною здоров'я. Методика прийняття управлінських рішень. Управління персоналом.....	74
Тема 11. Основи медичного страхування.....	80
Тема 12. Заклад охорони здоров'я як суб'єкт господарювання. Основи підприємницької діяльності.....	89
Тема 13. Системи фінансування закладів охорони здоров'я. Економічна оцінка ефективності інвестиційних проектів.....	97
Тема 14. Особливості формування ринкових відносин в системі охорони здоров'я та маркетингова діяльність медичних закладів.....	104

ВСТУП

Здоров'я населення являється універсальною цінністю і займає важливе місце серед пріоритетів в області громадського здоров'я та є показником соціально-економічного розвитку держави. Водночас, здоров'я має виняткове значення у житті кожної людини, кожної сім'ї та суспільства в цілому.

Здоров'я громадян держави завжди являється національним пріоритетом, а відповідальність за його збереження та зміцнення покладається на уряд. Науково обґрунтована, продумана, з високим рівнем відповідальності про здоров'я та благополуччя населення політика складає основу успішного керівництва. Вона забезпечує ефективну діяльність медичної сфери та визначає чітке розуміння основних її цінностей, цілей, принципів та функцій.

При цьому треба чітко розуміти, що доступність та якість є стратегічними цілями і ключовими поняттями в організації медичної допомоги населенню незалежно від його економічного та соціального статусу, місця проживання, статі та віку. Надзвичайно важливим завданням держави є фінансовий захист населення від зубожіння на випадок захворювання. Одним словом, перед системою охорони здоров'я країни стоїть ключова задача – при існуючих ресурсах забезпечити максимально ефективне медичне обслуговування населення та досягти максимально високого рівня надання медичної допомоги і медичних послуг.

Саме з метою підвищення рівня підготовки майбутніх фахівців для галузі охорони здоров'я було складено представлені методичні рекомендації в рамках Модулю III.

ТЕМА №1
ВИДИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ, ЗАСАДИ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ ТА
ПОЗАЛІКАРНЯНОЇ (СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ТА ВУЗЬКОСПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ)
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Навчальна мета

Ознайомити із засадами, видами та організацією медичної допомоги на різних рівнях її надання. Розкрити сутність діяльності окремих закладів охорони здоров'я.

Знати:

- види медичної допомоги;
- особливості надання первинної, вторинної та третинної допомоги;
- завдання та можливості різних моделей первинної медичної допомоги (ПМД);
- роль амбулаторно-поліклінічної допомоги в забезпеченні ефективної діяльності системи охорони здоров'я.

Вміти:

- розкрити сутність і значення основних принципів медичної допомоги;
- організація роботи амбулаторно-поліклінічних закладів охорони здоров'я;
- надання паліативної допомоги.

Запитання для підготовки до заняття:

1. Основні види медичної допомоги за особливостями її надання.
2. Призначення основних медичних закладів.
3. Завдання акредитації медичних закладів
4. Організація первинної медичної допомоги.
5. Організація амбулаторно-поліклінічної допомоги міському населенню на різних рівнях її надання.
6. Особливості реалізації завдань диспансеризації.
7. Організація третинної поліклінічної допомоги.
8. Звітні форми, які використовуються для належної оцінки діяльності закладів охорони здоров'я.

Література:

1. Громадське здоров'я /За редакцією академіка НАМН України В. Ф. Москаленка. – Вінниця: Нова Книга. 2013. – с.308-338.

Зміст теми заняття:

Медична допомога – це комплекс заходів, спрямованих на запобігання захворюванням, ранню діагностику, допомогу особам з гострими та хронічними захворюваннями, на реабілітацію хворих та інвалідів з метою продовження їх активного довголіття.

1. Основні види медичної допомоги за особливостями її надання:

- Амбулаторно-поліклінічна – надається особам, які потребують періодичного медичного спостереження, лікування на догоспітальному етапі та проведення профілактичних заходів. Її отримують безпосередньо у відповідному закладі чи вдома.
- Стаціонарна – надається хворим, які потребують постійного медичного спостереження, застосування складних методів обстеження та інтенсивного лікування, а також оперативних втручань, що не можуть бути виконані в амбулаторних умовах.
- Екстрена – надається хворим при раптових захворюваннях із тяжким перебігом і постраждалим від нещасних випадків, забезпечується закладами охорони здоров'я в максимально можливому обсязі за місцем виклику, під час транспортування та госпіталізації.

Види медичної допомоги за складністю:

- Первинна – передбачає консультацію лікаря загальної практики (сімейного), діагностику та лікування основних найпоширеніших хвороб, направлення пацієнта для надання спеціалізованої допомоги, проведення профілактичних закладів.
- Вторинна (спеціалізована) – надається лікарями відповідних спеціальностей за направленням лікаря загальної практики, передбачає кваліфіковане консультування, діагностику, лікування, реабілітацію та профілактику хвороб.
- Третинна (високоспеціалізована) – надається за направленням лікуючого лікаря з надання первинної чи вторинної медичної допомоги лікарями (або їх групами), які мають відповідну підготовку в галузі складних для діагностики та лікування хвороб, а також хвороб, що рідко зустрічаються.

2. Призначення основних медичних закладів

Провідні принципи розвитку медичної допомоги як важливої складової охорони здоров'я:

- Доступність медичної допомоги
- Висока якість медичного обслуговування
- Послідовність амбулаторної та стаціонарної допомоги (за необхідністю)
- Відповідальність медичних працівників за професійну діяльність
- Дотримання прав пацієнтів
- Незалежність медичного персоналу (за винятком обмежень, які визначаються етико-деонтологічними положеннями)

В *амбулаторіях і центрах здоров'я* медичну допомогу надають лікарі однієї чи інших спеціальностей. В основному в цих закладах працюють лікарі загальної практики/сімейні лікарі.

У *поліклініках (поліклінічних відділеннях лікарень)*, які в сучасних умовах можуть виконувати функції консультативно-діагностичних центрів, допомогу здійснюють медичні працівники багатьох спеціальностей.

3. Завдання акредитації медичних закладів

Державна акредитація закладу охорони здоров'я будь якої форми власності – це офіційне визнання його статусу, за наявності в ньому умов для надання первинного рівня

медико-санітарної допомоги, підтвердження його відповідності встановленим критеріям і гарантії високої якості професійної діяльності.

Всі **заклади охорони здоров'я** підлягають **акредитації**. Акредитація закладів охорони здоров'я дозволяє визначити відповідність їхньої діяльності встановленим стандартам, нормам і правилам. Вона є підтвердженням того, що певний заклад або фізична особа відповідають конкретним вимогам, які дозволяють їм здійснювати належні функції. Після проведення акредитації видається сертифікат встановленого зразка, до якого додається ліцензія із зазначенням конкретних видів допомоги, які заклад може надавати.

Ліцензія – державний документ, який дає власнику (ліцензіату) дозвіл на здійснення певної діяльності з урахуванням кваліфікації спеціалістів, їх післядипломної підготовки, а також діючих положень із сертифікації.

4. Організація первинної медичної допомоги

ПМД передбачає надання інтегрованих і доступних послуг у сфері охорони здоров'я лікарями, які відповідають за забезпечення багатьох потреб пацієнтів на основі партнерських стосунків з ним і співпраці з родиною та громадськістю.

ПМД – це не лише лікування поширених захворювань і травм основним засобами, але й сприяння в організації раціонального харчування, забезпеченні доброякісною водою, проведенні санітарно-оздоровчих заходів, охорона здоров'я матері та дитини, імунізація проти основних інфекційних хвороб, профілактика ендемічних хвороб і боротьби з ними, санітарна просвіта населення.

Фундаментальні засади ПМД:

- безперервність допомоги
- профілактична спрямованість
- всеохоплюючий підхід
- невіддільність від проблем сім'ї
- висока якість

ПМСД в Україні надається переважно лікарями загальної практики/сімейними лікарями або дільничними терапевтами та педіатрами.

Сімейний лікар – це дипломований медичний працівник, який особисто надає первинну медико-санітарну та безперервну допомогу окремим хворим, сім'ям і населенню дільниці, незалежно від віку, статі та виду захворювання.

Види моделей ПМД

- Індивідуальна або групова практика в самостійному закладі (амбулаторії)
- Об'єднання кількох групових практик у центрах здоров'я.
- Індивідуальна чи групова практика в діючих поліклініках.

До складу центрів ПМД входять:

у сільській місцевості:

- фельдшерсько-акушерські пункти
- медичні пункти
- амбулаторії з навантаженням 1200 осіб на одного лікаря

у містах:

- амбулаторії, у кожній з яких можуть працювати 2-4 лікарі з навантаженням 1500 осіб на одного лікаря.

Амбулаторія включає:

- реєстратуру
- кабінет лікарського прийому
- оперативно-перев'язувальний блок
- лабораторію
- фізіотерапевтичний кабінет
- денний стаціонар
- допоміжні приміщення

Завдання основного закладу ПМД:

- проведення профілактичних заходів
- надання хворим кваліфікованої первинної МД в умовах амбулаторії та вдома
- за наявності показань направлення хворих на консультування та госпіталізацію до інших медичних закладів
- надання невідкладної МД
- дотримання наступності в роботі з іншими медичними закладами щодо обстеження та лікування хворих
- забезпечення динамічного спостереження за станом здоров'я населення, проведення лікувально-оздоровчих заходів
- експертизу тимчасової втрати працездатності
- направлення осіб з ознаками стійкої втрати працездатності на медико-соціальну експертну комісію (МСЕК)
- проведення профілактичних щеплень
- навчання пацієнтів методам зміцнення здоров'я та планування сім'ї.

5. Організація амбулаторно-поліклінічної допомоги міському населенню на різних рівнях її надання

Основні завдання міської поліклініки/відділення:

- надання первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги амбулаторно та вдома
- проведення диспансерного спостереження за різними контингентами
- проведення лікарської експертизи працездатності
- організація та проведення профілактичних заходів включаючи й протиепідемічні
- гігієнічне виховання населення
- вивчення показників здоров'я населення

Основні розділи роботи поліклініки:

- профілактична, включно з протиепідемічними заходами
- лікувально-діагностична
- організаційно-методична

Профілактична робота:

Первинна:

- щеплення
- гігієнічне виховання населення
- диспансерний нагляд за здоровими та особами з факторами ризику

- санітарно-протиепідемічні заходи

Вторинна:

- своєчасне виявлення інфекційних захворювань і повідомлення про інфекційного хворого в санітарно-епідеміологічну станцію
- організація ізоляції хворих, нагляд за контактним та одужуючими
- оздоровчі та лікувальні заходи з метою попередження загострень та ускладнень захворювань

Лікувально-діагностична робота:

- раннє виявлення захворювань та повноцінне своєчасне обстеження хворих
- лікування хворих в поліклініках і вдома, у тому числі в денних стаціонарах і стаціонарах удома, із застосуванням відповідного комплексу методів відновного лікування
- надання невідкладної допомоги при раптовому погіршенні стану здоров'я хворого
- обстеження, відбір і направлення хворих на госпіталізацію
- відбір і обстеження хворих для санаторно-курортного лікування
- проведення експертизи тимчасової втрати працездатності
- відбір і направлення хворих з ознаками стійкої втрати працездатності до МСЕК

Організаційно-методична робота:

- аналіз стану здоров'я населення
- оцінка діяльності поліклініки, її підрозділів і персоналу
- впровадження у практику нових ефективних методів і засобів профілактики, діагностики, лікування, а також організаційних форм і методів роботи
- організація та забезпечення підвищення кваліфікації медичного персоналу (направлення на післядипломну підготовку та стажування в стаціонарах, проведення науково-практичних конференцій і семінарів)

Умови, що необхідні для дотримання дільничного принципу:

- оптимальна чисельність населення дільниці (1700 осіб)
- укомплектованість поліклініки дільничними лікарями
- наявність і дотримання змінного графіка роботи лікарів



6. Особливості реалізації завдань диспансеризації.

Завдання диспансеризації:

- збереження здоров'я здорових
- раннє виявлення факторів ризику та початкових форм захворювань
- повноцінне обстеження та лікування хворих, оздоровлення осіб групи ризику
- зниження захворюваності з тимчасовою втратою працездатності та інвалідності
- підвищення продуктивності праці

Етапи диспансеризації:

- активне виявлення та формування контингентів для диспансерного спостереження
- облік контингентів диспансеризованих
- комплекс обстеження осіб, що підлягають диспансеризації
- активне динамічне спостереження та оздоровлення відповідних контингентів
- оцінка ефективності диспансеризації та проведення організаційно-методичних заходів покращення її організації та якості

Відбір контингентів для диспансерного спостереження проводиться за допомогою:

- звернень до медичних закладів
- масових та індивідуальних профілактичних оглядів
- обстежень осіб, контактних з інфекційними хворими

Відбір осіб для диспансерного спостереження проводиться за:

Медичними показаннями:

- хворі на окремі хронічні захворювання
- особи, що мають фактори ризику
- часто та тривало хворіючі

Соціальними показаннями:

- ті, хто працюють у шкідливих і небезпечних умовах
- працівники харчових, комунальних і дитячих закладів
- вчителі загальноосвітніх шкіл
- особи з факторами ризику соціального характеру
- діти та підлітки
- вагітні жінки

Профілактичні огляди бувають:

- індивідуальні та масові
- цільові, попередні та періодичні

За оцінкою стану здоров'я виділяють групи:

- I група – здорові – особи, що не мають в анамнезі хронічних захворювань, або порушень функцій окремих органів і систем. При обстеженні у них не знайдено відхилень від норми.
- II група – практично здорові – особи, які в анамнезі мають гостре чи хронічне захворювання, що не впливає на функції життєво важливих органів а на працездатність.
- III група – хворі на хронічні захворювання із:
 - компенсованим перебігом захворювання, нетривалими втратами працездатності

- субкомпенсованим перебігом захворювання, частими загостреннями та тривалими втратами працездатності
- декомпенсованим перебігом, стійкими патологічним змінами, що призводять до інвалідності

7. Організація третинної поліклінічної допомоги.

У забезпеченні третинної поліклінічної допомоги беруть участь:

- спеціалізовані центри
- диспансери загальнодержавного підпорядкування
- консультативні підрозділи обласних і спеціалізованих лікарень

Направлення хворих на третинний рівень мають здійснити, як правило, переважно спеціалісти другого рівня (крім випадків, що потребують надання допомоги саме на вказаному рівні за екстреними показаннями)

8. Звітні форми, які використовуються для належної оцінки діяльності закладів охорони здоров'я.

- Звіт лікувально-профілактичного закладу (ф. №20)
- Звіт про число захворювань, зареєстрованих у хворих, які проживають в районі обслуговування лікувального закладу (ф. №12)

Для оцінки діяльності амбулаторно-поліклінічних закладів визначають:

- Середню кількість відвідувань лікарів на одного мешканця
- Питому вагу профілактичних відвідувань (%)
- Повноту охоплення профілактичними оглядами різних контингентів населення (окремо по кожній групі) (%)
- Повноту охоплення диспансеризацією відповідних осіб (%)
- Своєчасність взяття хворих під диспансерне спостереження (%)
- Поділ осіб, за яким здійснюється диспансерне спостереження, по групах здоров'я (%) і переведення їх з однієї до іншої групи здоров'я (%)
- Частоту загострень у хворих із диспансерних груп (на 100 осіб)

ТЕМА №2
ОРГАНІЗАЦІЯ СТАЦІОНАРНОЇ ТА ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
НАСЕЛЕННЮ. ОСОБЛИВОСТІ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ
СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ

Навчальна мета

Дати визначення медичних експертиз і характеристику особливостей кожної з них. Вивчити основи організації експертизи втрати працездатності, засвоїти правила оформлення основних документів.

Знати:

- зміни, які відбулися в методиці та організації експертизи непрацездатності за останні роки;
- причини інвалідності, що безпосередньо пов'язані з умовами праці, погіршенням екологічної ситуації.

Вміти:

- визначати методику проведення медико-соціальної експертизи тимчасової та стійкої втрати працездатності, критеріїв оцінки, спеціалістів, які беруть участь у її проведенні.

Запитання для підготовки до заняття:

1. Види медичної експертизи, їх характеристика.
2. Медико-соціальна експертиза втрати працездатності.
3. Визначення тимчасової та стійкої втрати працездатності за трудовим прогнозом. Ступені втрати працездатності.
4. Основні документи, що засвідчують факт тимчасової непрацездатності.
5. Лікарсько-консультативна комісія (ЛКК): склад, функції, організація роботи.
6. Види тимчасової непрацездатності.
7. Порядок експертизи непрацездатності при окремих видах непрацездатності.
8. Види інвалідності.
9. Групи інвалідності та критерії їх визначення; термін перегляду.
10. Види медико-соціальних експертних комісій (МСЕК), їх підпорядкованість, склад, функції.
11. Порядок направлення хворих на МСЕК; документація МСЕК.

Література:

1. Громадське здоров'я /За редакцією академіка НАМН України В. Ф. Москаленка. – Вінниця: Нова Книга. 2013. – с.473-497.

Зміст теми заняття:

1. Функції сучасної лікарні (за рекомендаціями ВООЗ):

- *Лікувально-відновлювальні* (діагностика та лікування захворювань, медико-соціальна реабілітація, невідкладна медична допомога);

- **Профілактичні** (профілактика інфекційних захворювань, запобігання переходу гострих хвороб у хронічні, зниження захворюваності з тимчасовою непрацездатністю та інвалідності);
- **Навчальні** (підготовка медичного персоналу та підвищення кваліфікації медичних працівників);
- **Науково-дослідницькі.**

2. Основні завдання стаціонару:

- Надання спеціалізованої цілодобової стаціонарної допомоги в достатньому обсязі;
- Апробація та впровадження сучасних методів діагностики, лікування та профілактики;
- Комплексне відновне лікування;
- Експертиза непрацездатності.

3. Структурні підрозділи стаціонару

- Приймальне відділення
- Спеціалізовані лікувальні відділення
- Лікувально-допоміжні та діагностичні підрозділи
- Інші підрозділи: харчоблок, архів, патологоанатомічне відділення

4. Основні завдання центрів:

- Забезпечення науково-методичного та організаційного керівництва медичною допомогою відповідного профілю;
- Надання консультативно-діагностичної та лікувальної допомоги прикріпленому населенню;
- Запровадження сучасних методів діагностики. Лікування та профілактики в роботу спеціалізованих профілактичних відділень і кабінетів закладів охорони здоров'я;
- Проведення підвищення кваліфікації лікарів певного профілю (на курсах, Семінарах, безпосередньо на робочих місцях);
- Здійснення заходів щодо підвищення рівня знань лікарів суміжних спеціальностей.

5. Основні завдання диспансеру:

- Участь у активному виявленні хворих
- Обстеження та уточнення діагнозу
- Призначення відповідного лікування
- Активне динамічне спостереження за хворими та контактними
- Проведення оздоровчих заходів
- Вивчення захворюваності в районі діяльності
- Розробка запобіжних заходів щодо виникнення патології
- Проведення організаційно-методичної роботи
- Надання консультативної допомоги лікарям інших медичних закладів
- Контроль повноти обліку та своєчасності сигналізації при виявленні хворого.

6. Показання до госпіталізації:

- Наявність невідкладних або екстрених показань

- Застосування інтенсивних методів лікування
- Необхідність проведення складних діагностичних досліджень

7. Оцінка ефективності використання ліжкового фонду:

Для ефективнішого використанні ліжкового фонду передбачається функціональний розподіл лікарень за ступенем інтенсивності лікування і догляду.

За метою підвищення ефективності роботи стаціонару та забезпечення раціонального використання ліжкового фонду необхідно аналізувати показники його діяльності.

8. Основна облікова документація стаціонару:

- Виписка із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого, ф. №027/о
- Консультативний висновок спеціаліста, ф. №028/о
- Журнал обліку процедур, ф. №029/о
- Журнал запису висновків лікарсько-консультативної комісії, ф. №035/о
- Журнал реєстрації листків непрацездатності, ф. №036/о
- Довідка для дільничного педіатра або сімейного лікаря, ф. №057/
- Направлення на МСЕК, ф. №088/о
- Листок призначень лікарями наркотичних і психотропних лікарських засобів та виконання цих призначень, ф. №091/о
- Медична карта стаціонарного хворого, ф.№003/о
- Інформована добровільна згода.
- Листок лікарських призначень, ф.№003-4/о
- Температурний листок, ф.№004/о

9. Показники діяльності стаціонару:

Оцінка діяльності стаціонарів здійснюється за даним звіту ЛПЗ (ф. №20), за яким визначають такі показники:

- Середньорічна зайнятість ліжка (дні);
- Середня тривалість перебування хворого в лікарні (дні);
- Обіг ліжка, тобто середнє число хворих, які перебували на одному ліжку (протягом певного періоду);
- Показники летальності;

З метою аналізу хірургічної роботи стаціонару оцінюють такі показники:

- Середня кількість операцій на одну зайняту посаду хірурга;
- Кількість оперативних втручань загалом і по окремих видах на 100 хірургічних ліжок;
- Структура оперативних втручань;
- Використання апаратури при операціях (лазерної, криогенної, ендоскопічної).

Оцінка термінової хірургічної допомоги проводиться за даними показників пізньої госпіталізації від початку захворювання.

Окремо визначають післяопераційну летальність (відповідними показниками при окремих операціях, а також з летальністю оперованих хворих при загальній анестезії).

Визначають також летальність серед оперованих і неоперованих хворих, доставлених у стаціонар своєчасно чи з запізненням.

10. Етапи надання медичної допомоги сільському населенню:

- I – сільська лікарська дільниця забезпечує первинну медико-санітарну допомогу;
- II – районні медичні заклади надають в основному вторинну медичну допомогу (первинна допомога цього центру надається лише мешканцям районного центру та прилеглих до нього сіл – приписної дільниці);
- III – обласні лікарні та диспансери забезпечують вузькоспеціалізовану високотехнологічну допомогу;
- IV – спеціалізовані центри.

11. Заклади різних рівнів надання медичної допомоги:

- Первинна МД: Сільська лікарська дільниця, ФАП, Дільничні лікарні, Лікарські амбулаторії, Медичні пункти (групової та монопрактики).
- Вторинна МД: Центральні районні лікарні, міські лікарні.
- Третинна МД: Обласні заклади, Міжобласні та державні центри.

12. Визначення екстреної медичної допомоги:

ЕМД надається хворим або постраждалим, стан яких визначається як невідкладний (стан організму людини, який безпосередньо загрожує життю чи призводить до значного погіршення здоров'я при відсутності або запізненні адекватної медичної допомоги).

13. Функції швидкої медичної допомоги:

- Прийом від населення викликів і їх забезпечення
- Надання ЕМД хворим і потерпілим на до госпітальному етапі згідно із медико-економічними стандартами
- Перевезення хворих і потерпілих, що потребують медичного супроводу, до стаціонарів закладів ОЗ
- Підготовка та направлення виїзних бригад поза межі території обслуговування для участі в ліквідації медико-санітарних наслідків НС
- Ведення обліку вільних ліжок у стаціонарах медичних закладів і визначення місць екстреної госпіталізації
- Діагностично-консультативні та довідково-інформаційні послуги населенню по телефону
- Накопичення та оновлення запасів медикаментів, перев'язувального матеріалу, виробів медичного призначення, укладок-наборів тощо для роботи в повсякденних умовах і при виникненні НС
- Забезпечення взаємодії з іншими закладами ОЗ, правоохоронними службами, пожежними часинами, службою ЕМД при НС, іншими рятувальними та оперативно-ремонтними службами
- Забезпечення послідовності та взаємозв'язку з медичними закладами при наданні ЕМД
- Оперативне інформування органів управління ОЗ та інших зацікавлених організацій про нещасні випадки, катастрофи, надзвичайні та інші визначені ситуації тощо.

14. Права та обов'язки станцій ШМД:

Станція ШМД має право:	Станція ШМД не має права:
Відмовляти населенню у викликах, які є необґрунтованими для станцій ШМД згідно з її пробільністю, та передавати при потребі виклики до амбулаторно-поліклінічного закладу після попередження абонента.	Видавати листки непрацездатності.
	Виписувати рецепти на медикаменти.
	Проводити експертизу алкогольного чи наркотичного сп'яніння.
Направляти бригади ШМД тільки до певних місць, які не становлять загрозу для життя и здоров'я членів бригади (пацієнт знаходиться у водоймі, на кризі, в шахті, на висоті тощо). Бригада надає допомогу лише після прибуття рятувальних служб, які зобов'язані доставляти пацієнта до безпечного місця.	Видавати усні або письмові довідки про стан здоров'я пацієнтів без офіційного запиту юридичної особи.
	Виконувати призначення медичних працівників інших закладів охорони здоров'я.
	Виконувати консультативні обстеження.
Госпіталізувати пацієнтів у разі загрози їх життю до найближчого медичного закладу незалежно від наявності вільних ліжок, підпорядкованості та форм власності.	Перевозити затриманих осіб до закладів охорони здоров'я без супроводу працівників правоохоронних органів.
	Перевозити трупи.

15. Основні завдання ШМД:

- 1) Надання ЕМД на місці пригоди;
- 2) Екстрена госпіталізація до стаціонару відповідного профілю;
- 3) Перевезення до стаціонару хворих, які потребують медичного супроводу при транспортуванні;
- 4) Участь у ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій.

16. Показники діяльності ШМД

- 1) Забезпеченість бригадами (на 100 тис. населення): лікарськими (загальнопрофільними, спеціалізованими); фельдшерськими;
- 2) Частота викликів бригад ШМД (усього, за профілем бригад, з приводу раптових захворювань, нещасних випадків) на 1000 населення;
- 3) Своєчасність надання ШМД (%);
- 4) Питома вага непрофільних виїздів (%);
- 5) Питома вага виїздів ШМД до хворих хронічними захворюваннями (%);
- 6) Розподіл викликів бригад по місяцях року, годинах протягом доби (%);
- 7) Частота запізнень прибуття бригади до місця виклику (%);
- 8) Частота госпіталізації пацієнтів, доставлених бригадами ШМД (на 1000 населення);
- 9) Летальність хворих і постраждалих на етапі надання ШМД (%);
- 10) Добова летальність після надання допомоги бригадою (%);

11) Частота відмовлень у госпіталізації хворим, направленим за екстреними показаннями (відсутність місць у стаціонарі, відмова пацієнта, відсутність показань до госпіталізації тощо) (%).

17. Реформування екстреної та швидкої медичної допомоги, чинники, що його визначають

Реформа екстреної медицини розпочалася у 2019 році. На пілотний проект виділено з бюджету 922,5 мільйони гривень. Реформа зачепила лише п'ять областей: Вінницьку, Донецьку, Одеську, Полтавську, Тернопільську – та місто Київ. Серед змін планують закупівлю сучасного транспорту та обладнання, підвищення зарплатні медикам, які пройдуть нову програму підготовки інструкторів, і покращення роботи диспетчерів.

Реформа екстреної медицини розрахована на 5 років. Пілотними стали 5 областей та місто Київ. Саме ці регіони, за інформацією МОЗ, мають інфраструктуру та можливості для перекваліфікації медиків, а крім того, уже показали свою управлінську ефективність під час реформи первинної медичної допомоги.

Екстрена та невідкладна допомога. Яка різниця?

Швидку медичну допомогу тепер розділять на екстрену (необхідна термінова госпіталізація) та невідкладну (у людини загострення хронічної хвороби, висока температура та тиск).

Бригаду екстреної допомоги потрібно викликати, якщо наявні:

- серйозні травми (поранення, переломи, опіки, важкі забої, травми голови);
- раптовий больовий синдром, судоми;
- головний біль, що супроводжується запамороченням і нудотою;
- гострий біль у черевній порожнині та поперековому відділі;
- зовнішня кровотеча, блювання кров'ю;
- втрата свідомості;
- раптовий розлад дихання;
- порушення мови, слабкість у кінцівках;
- гіпо- та гіперглікемічна кома;
- гіпертермічний синдром;
- ознаки гострого отруєння;
- анафілактичний шок (у тому числі викликаний укусами змій і тварин);
- тепловий удар або переохолодження;
- асфіксія всіх видів (утоплення, потрапляння сторонніх тіл у дихальні шляхи, задуха);
- гострі психічні розлади (поведінка, небезпечна для життя хворого й довколишніх);
- передчасні пологи, викидень, кровотеча.

Бригада невідкладної допомоги приїжджає, коли загрози для життя немає, але є для здоров'я. Отже, викликати цю бригаду є можливість, якщо наявні:

- головний біль на тлі мігрені, підвищення температури, зміни тиску;
- біль в огрудді, пов'язаний із рухом і диханням;
- больовий синдром у суглобах, хребті (невралгія, радикуліт, після зазваної травми, операції, у онкохворих);

- біль у животі, на тлі встановленого діагнозу «хронічний гастрит», виразка дванадцятипалої кишки;
- біль у вухах, горлі, м'язах при підвищенні температури.

Бригада невідкладної допомоги може приїжджати через 2–3 години, а екстрена – через 10–20 хвилин після виклику.

Викликати медичну допомогу можна безкоштовно та цілодобово через єдиний номер 103, незалежно від місця реєстрації та проживання. Дзвінки приймають диспетчери Центру екстреної допомоги та медицини катастроф – саме вони визначають, якої допомоги потребує пацієнт. За планами МОЗ, диспетчери повинні швидко ухвалювати рішення, а також консультувати присутніх біля хворого чи потерпілого про надання першої допомоги до прибуття бригади екстреної допомоги. Саме тому представники цієї служби проходять перенавчання.

Як підвищуватимуть кваліфікацію лікарі швидкої?

Як зазначають у МОЗ, парамедики – це персонал, який має забезпечити комплексні послуги пацієнтові – від оцінки його стану до надання необхідного лікування. Тому спеціально було розроблено чотиримодульну програму перепідготовки фельдшерів та лікарів швидкої, відповідно до міжнародних стандартів. Навчання парамедиків триватиме 3 роки та прирівнюватиметься до рівня бакалавра.

Крім того, водії швидкої також мають бути повноцінним членом команди – екстреним медичним техніком. Ця підготовка триватиме мінімум 3 тижні та включатиме теоретичну і практичну частину.

Ті медики та робітники «швидкої», які пройдуть перекваліфікацію, отримають ринкові зарплати та доступ до якісно обладнаних автомобілів екстреної допомоги.

ТЕМА №3
ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ЗМІСТ РОБОТИ ЗАКЛАДІВ СИСТЕМИ ОХОРОНИ
МАТЕРИНСТВА І ДИТИНСТВА. ОРГАНІЗАЦІЯ АКУШЕРСЬКО-
ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ

Навчальна мета

Ознайомити зі значенням охорони здоров'я матері та дитини в покращенні здоров'я нації, у тому числі репродуктивного здоров'я чоловіків і жінок, із сучасним станом правового забезпечення заходів, спрямованих на формування належного здоров'я. Висвітлити організацію медичного забезпечення жінок і дітей, перспективи її подальшого удосконалення, упровадження новітніх технологій.

Знати:

- комплекс заходів щодо зміцнення здоров'я жінок і дітей;
- стан репродуктивного здоров'я та здоров'я дітей залежно від впливу різних чинників;
- організація акушерсько-гінекологічної допомоги.

Вміти :

- проводити експертну оцінку надання медичної допомоги вагітним, роділлям і породіллям;
- обчислювати та оцінювати показники діяльності жіночої консультації та пологового будинку.

Запитання для підготовки до заняття:

1. Медико-соціальні аспекти охорони здоров'я матері та дитини.
2. Охорона здоров'я матері та дитини.
3. Етапи надання медичної допомоги жінкам і дітям
4. Репродуктивне здоров'я.
5. Організація акушерсько-гінекологічної допомоги.
6. Амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога.
7. Стаціонарна акушерсько-гінекологічна допомога.

Література:

Громадське здоров'я /За редакцією академіка НАМН України В. Ф. Москаленка. – Вінниця: Нова Книга. 2013. – с. 396-422.

Зміст теми заняття:

1. Медико-соціальні аспекти охорони здоров'я матері та дитини

Охорона здоров'я матері та дитини – це комплекс громадських і державних заходів, спрямованих на зміцнення здоров'я дітей і жінок, покращення демографічної ситуації та на забезпечення здорового всебічного розвитку дітей та молоді.

Мета:

- покращення здоров'я дітей і матерів, в тому числі репродуктивного здоров'я;

- організація більш доступної та менш затратної кваліфікованої первинної медичної допомоги матері та дитини;
- попередження небажаної вагітності;
- допомога в пологах , орієнтована на участь сім'ї;
- широке впровадження принципів ВООЗ щодо медичного обслуговування під час вагітності , пологів і післяпологового періодів;
- застосування сучасних ефективних технологій фізіологічного догляду за новонародженими;
- зниження материнської та малюкової смертності.

Завдання:

- соціальний захист сім'ї , дитини та матері;
- адресне надання соціальної допомоги;
- розвиток мережі закладів охорони здоров'я і оздоровчих закладів;
- реорганізація діючої системи медичної допомоги;
- антенатальна багатопланова охорона плода;
- впровадження сучасних ефективних медичних технологій;
- профілактика захворювань що передаються статевим шляхом, імунопрофілактика;
- застосування клінічних протоколів у практичній діяльності лікаря;
- надання медико-генетичної допомоги хворим зі спадковою патологією;
- забезпечення медичної допомоги жінкам і дітям на основі принципів які базуються на концепції ВООЗ щодо фізіологічного ведення вагітності, пологів і фізіологічного догляду за дитиною з обмеження медичних втручань без належних показань;
- планування сім'ї;
- формування здорового способу життя;
- впровадження затверджених стандартів надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги.

2.Охорона здоров'я матері та дитини

Материнство в Україні охороняється і заохочується державою.

Охорона здоров'я матері та дитини забезпечується організацією широкої мережі жіночих, медико-генетичних та інших консультацій, пологових будинків, санаторіїв та будинків відпочинку для вагітних жінок і матерів з дітьми, ясел, садків та інших дитячих закладів; наданням жінці відпустки у зв'язку з вагітністю і пологами з виплатою допомоги по соціальному страхуванню та встановленням перерв у роботі для годування дитини; виплатою у встановленому порядку допомоги у зв'язку з народженням дитини і допомоги на час догляду за хворою дитиною; заборонаю застосування праці жінок на важких і шкідливих для здоров'я виробництвах, переведенням вагітних жінок на легку роботу із збереженням середнього заробітку; поліпшенням і оздоровленням умов праці та побуту; усуненням негативних екологічних факторів; державною і громадською допомогою сім'ї та іншими заходами у порядку, встановленому законодавством України.

З метою охорони здоров'я жінки їй надається право самій вирішувати питання про материнство.

3. Етапи надання медичної допомоги жінкам і дітям

Медична допомога жінкам і дітям ґрунтується на загальних принципах організації лікувально-профілактичної допомоги, проте має більш виражену профілактичну спрямованість і надається поетапно:

I етап — медична допомога майбутній матері та підготовка її до материнства.

II етап — комплекс заходів щодо антенатальної охорони плода, здійснюваних спеціалізованими акушерсько-гінекологічними закладами, загальною мережею лікувально-профілактичних закладів, санаторіями для вагітних.

III етап — інтранатальна охорона плода — забезпечення допомоги при пологах у акушерських відділеннях пологових будинків чи багатопрофільних лікарень, або в дільничних лікарнях.

IV етап — лікувальна допомога новонародженим у відділеннях новонароджених пологових будинків і відділеннях новонароджених дитячих лікарень.

V етап — охорона здоров'я дітей дошкільного віку, здійснення профілактичних заходів.

VI етап — охорона здоров'я дітей шкільного віку.

4. Репродуктивне здоров'я.

Репродуктивне здоров'я – це стан повного фізичного, розумового та соціального благополуччя, а не просто відсутність хвороб репродуктивної системи чи порушення її функції.

Репродуктивний потенціал – рівень психічного та фізичного здоров'я, який дозволяє при досягненні зрілості відтворювати здорове покоління.

Основні аспекти охорони репродуктивного здоров'я:

- надання високоякісних послуг в сфері планування сім'ї;
- ліквідація небезпечних абортів;
- покращення пренатальної, інтранатальної, постнатальної допомоги та допомоги новонародженому;
- боротьба з інфекціями, які передаються статевим шляхом (в т. ч. ВІЛ- інфекцію);
- зміцнення сексуального здоров'я.

5. Організація акушерсько-гінекологічної допомоги

Акушерсько-гінекологічна допомога може надаватися як у самостійних лікувально-профілактичних закладах - пологових будинках і жіночих консультаціях, так і у відповідних відділеннях різних лікарень, поліклінік або медико-санітарних частин, в Українському консультативно-діагностичному центрі матері та дитини.

Вона забезпечується також у перинатальних центрах і в Центрі реабілітації репродуктивної функції жінки, в Інституті педіатрії, акушерства та гінекології АМН України.

Важливе місце в забезпеченні всіма видами акушерсько-гінекологічної допомоги займає пологовий будинок.

До складу пологового будинку можуть входити стаціонар і жіноча консультація; остання може функціонувати самостійно.

До управлінського апарату пологового будинку відносяться:

- головний лікар;
- заступник головного лікаря з медичної частини;
- завідувач жіночої консультації;
- головна медична сестра.

Для надання амбулаторної допомоги дітям і підліткам встановлюється посада лікаря-гінеколога дитячого та підліткового віку з розрахунку 0,5 посади на 10 тис. вказаного населення замість 0,5 посади лікаря акушера-гінеколога амбулаторного прийому.

В жіночій консультації передбачені посади інших спеціалістів: терапевта на 60 тис. і стоматолога на 100 тис. дорослого населення, яке проживає на території обслуговування.

Посади акушерок вводяться відповідно до посад акушерів-гінекологів.

Жіноча консультація здійснює свою роботу за дільнично-територіальним принципом

Акушери-гінекологи:

- надають медичну допомогу в консультації та вдома;
- співпрацюють з дільничними терапевтами, педіатрами (чи сімейними лікарями), з іншими спеціалістами, що надають допомогу жінкам, які проживають в районі діяльності консультації.

Жіноча консультація забезпечує:

- раннє виявлення вагітних, до 12 тижнів вагітності, взяття їх під диспансерне спостереження;
- систематичне спостереження - 12-13 разів при нормальному перебігу раз на місяць у першій половині, 2 рази на місяць у другій 3-4 після 32 тижнів);
- огляд вагітних терапевтом 2 рази, стоматологом та іншими спеціалістами за показаннями;
- проведення лабораторних та функціональних досліджень: аналіз крові при кожному відвідуванні консультації, двічі реакція Васермана, на резус належність і групу крові, ВІЛ-інфекцію, токсоплазмоз, при необхідності біохімічні дослідження тощо;
- ультразвукове дослідження на 16-18-му та 22-24-му тижнях вагітності;
- медико-генетичне консультування за показаннями (народження дітей з вадами розвитку при попередніх вагітностях, звичні викидні, мертво народження нез'ясованої етіології, наявність уроджених аномалій та психічних захворювань у родичів 1-3 ступеня родинної спорідненості).

При відвідуванні вагітною консультації з'ясовуються умови її праці та побуту, виявляються фактори ризику та уточнюється план диспансерного спостереження.

При наявності екстрагенітальних захворювань, ускладнень вагітності частота відвідувань консультації збільшується. При потребі жінку госпіталізують у відділення патології до пологового будинку чи до відповідного спеціалізованого відділення. її можуть також направити до санаторію для вагітних.

Якщо вагітна працює в шкідливих умовах, консультація видає довідку про необхідність переведення жінки на іншу роботу.

В жіночій консультації проводиться цілеспрямоване гігієнічне виховання вагітних щодо дотримання правил особистої гігієни, режиму праці, відпочинку, харчування.

Школа материнства навчає жінку в першій половині вагітності догляду за дитиною, в другій - організовує заняття з питань психопрофілактичної підготовки до пологів.

Важливе значення має формування психологічної установки на грудне вигодовування з метою реалізації відповідних принципів ВООЗ і ЮНІСЕФ.

Ця копінка праця проводиться поетапно: в жіночій консультації, пологовому стаціонарі, дитячій поліклініці.

За діючим законодавством вагітним жінкам надають відпустку на 70 днів до та 56 після пологів (загалом на 126 днів). У разі ускладнених пологів, при народженні кількох дітей відпустка подовжується на 14 днів. Жінкам, які мешкають у зонах радіоактивного забруднення, відпустка надається на 180 днів.

Мета всіх заходів запобігання несприятливому перебігу вагітності, ускладнень пологів - антенатальна охорона плода, зниження материнської та перинатальної смертності, народження здорових немовлят.

Вирішення проблем охорони здоров'я матері та дитини потребує узгоджених дій різних служб, організацій, відомств, насамперед санітарно-епідеміологічної, яка повинна активно сприяти формуванню здорового способу життя, вивченню умов праці жінок, розробці заходів щодо їх оздоровлення.

Ця служба повинна здійснювати також контроль за дотриманням санітарного законодавства з охорони праці жінок і диспансерним спостереженням за вагітними з виробничими факторами ризику. Крім лікувально-профілактичної допомоги вагітним, акушери-гінекологи жіночих консультацій забезпечують медичну допомогу гінекологічним хворим, прошарок яких досить значний. Гінекологічні захворювання виявляють при звертанні пацієнтів, проведенні профілактичних оглядів з використанням сучасних діагностичних методів.

Крім жіночих консультацій, в проведенні профілактичних оглядів беруть участь оглядові кабінети поліклінік (поліклінічних відділень) і амбулаторій. Значна частина гінекологічних захворювань виявляється за даними звертань.

Важливе значення має правильний вибір гінекологом тактики при виявленні захворювань жіночої статевої сфери з огляду на конкретний діагноз і стадію, професію хворої, доцільність вибору методів лікування тощо.

Переважає частина хворих гінекологічного профілю підлягає досить тривалому диспансерному спостереженню.

На диспансерному спостереженні повинні перебувати:

- ті, які тривало та часто хворіють на запальні захворювання матки та придатків;
- хворі з порушенням менструального циклу;
- хворі на ерозію та поліпи шийки матки;
- хворі та прооперовані з приводу пухлин жіночої статевої сфери;
- хворі на безпліддя.

Певна частина їх потребує лікування в гінекологічному відділенні.

Акушери-гінекологи жіночої консультації здійснюють відбір на госпіталізацію, забезпечують повноцінне обстеження (частина хворих може лікуватися в амбулаторних умовах).

Після виписки забезпечують у жіночій консультації подальше спостереження, відновлювальне лікування із залученням необхідних спеціалістів.

У жіночих консультаціях, як і в інших амбулаторно-поліклінічних закладах, створюють денні стаціонари. Особливості їх роботи визначаються специфікою патології даного контингенту.

Акушер-гінеколог жіночої консультації співпрацює з акушеркою. Її обов'язки:

- виконання лікувальних і діагностичних призначень лікаря в консультації та вдома;
- підготовка до амбулаторного прийому;
- допомога лікарю при проведенні оглядів, лікувальних і оперативних маніпуляцій;
- патронаж вагітних і породіль;
- проведення санітарно-освітньої роботи;
- контроль за роботою молодшого медичного персоналу.

В жіночих консультаціях, що мають не менше 8 посад акушерів-гінекологів, встановлюється посада старшої акушерки, яка відповідає за:

- забезпечення своєчасного та якісного виконання середнім медперсоналом лікарських призначень;
- поповнення, збереження та використання медикаментів, перев'язувального матеріалу, інструментів;
- збереження та облік отруйних, наркотичних і сильнодіючих ліків;
- своєчасний обмін медичної документації між жіночою консультацією та стаціонаром пологового будинку;
- складання графіків роботи середнього та молодшого медичного персоналу.

В стаціонарах пологових будинків з відповідними підрозділами надають кваліфіковану стаціонарну допомогу жінкам під час вагітності, пологів, у післяпологовому періоді, при гінекологічних захворюваннях, а також новонародженим.

При наявності екстрагенітальної патології, гестозу другої половини вагітності, неправильного положення плода жінку за направленням госпіталізують до відділення патології, в разі поліпшення здоров'я її виписують під спостереження консультації, а з початком пологів переводять до пологового будинку. При підозрі на інфекційне захворювання чи виявленні його ознак вагітну слід направити до обсерваційного відділення.

Певна частина вагітних та жінок з гінекологічними хворобами поступають до стаціонару за екстреними показаннями. Особливості перебігу вагітності, стану вагітної на початку пологів і т. ін. обумовлюють вимоги до діяльності приймально-пропускного блоку.

До завдань його працівників належать:

- обстеження вагітних, породіль і гінекологічних хворих;
- санітарна обробка;

- своєчасне виявлення вагітних з підозрою на інфекційне захворювання та наступна госпіталізація до обсерваційного відділення;
- розподіл вагітних по відповідних відділеннях;
- надання невідкладної допомоги;
- інформаційно-довідкове забезпечення.

Значна частина акушерських ліжок знаходиться у фізіологічному відділенні. Його пологовий блок найбільш потужний, операційні повинні бути обладнані всім необхідним.

Виключне значення з точки зору профілактики інфікування вагітної, породіллі та новонародженого має дотримання санітарно-епідеміологічного режиму стаціонару пологового будинку.

Спостереження за здоровими дітьми раннього віку, крім персоналу педіатричних дільниць здійснюють працівники створених у дитячих міських і районних поліклініках кабінетів (відділень) здорової дитини. В них працюють лікарі і досвідчені медичні сестри.

Робота кабінету здорової дитини спрямована на формування та збереження здоров'я дітей.

Його працівники повинні пропагувати здоровий спосіб життя, навчаючи батьків основам виховання, а саме організації відповідно до віку дитини режиму, раціонального харчування, фізичного виховання, загартовування та догляду.

Медичний персонал кабінету надає допомогу дільничним лікарям щодо проведення занять у школах молодих матерів, індивідуальних і колективних бесід з батьками дітей раннього віку, в забезпеченні їх методичними матеріалами з питань охорони здоров'я дитини.

В кабінеті батьків навчають догляду за дітьми, проведенню масажу та гімнастики, загартовуючих процедур; виготовленню харчування, правильному введенню догодівлі та пригодівлі, пропагують впровадження плавання в грудному віці.

6.Амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога.

Значущою ланкою залишаються профілактичні огляди. Допомогу в оглядових кабінетах забезпечують всіх жінок (за їх проінформованою згодою), які звернулися вперше в поточному році до поліклініки. Основними принципами організації амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги є етапність надання медичної допомоги; за стандартами нормативами надання медичної допомоги; кваліфікований, систематичний, в рівній мірі доступний в селах і містах, лікарський, сестринський, фельдшерський профілактичний нагляд за жінками.

На *I етапі* амбулаторну акушерсько-гінекологічну допомогу жінки отримують на ФАПх, у лікарських амбулаторіях та дільничних лікарнях (без лікаря акушера-гінеколога). Амбулаторна робота акушерки на I етапі, в основному, має профілактичний характер з метою попередження ускладнень вагітності та виникнення гінекологічних захворювань.

На *II етапі* амбулаторну акушерсько-гінекологічну допомогу вагітним і гінекологічним хворим здійснює медичний персонал сільської амбулаторії та ДЛ, лікар

акушер-гінеколог РЛ і ЦРЛ. У лікувальних закладах II етапу спостерігаються вагітні без ускладненого перебігу вагітності.

На **III етапі** амбулаторну акушерсько-гінекологічну допомогу здійснюють спеціалісти обласних лікарень. У ЛПЗ III етапу забезпечується поглиблене виконання обсягу медичного обстеження, який не може бути виконаний на попередніх етапах надання медичної допомоги вагітним та гінекологічним хворим. За необхідності проводиться консультативне обстеження іншими спеціалістами.

7. Стационарна акушерсько-гінекологічна допомога.

До **I рівня** відносяться районні, центральні районні та міські лікарні, в яких відсутні відділення анестезіології й інтенсивної терапії. Забезпечується цілодобове чергування анестезіолога. Лікувальні заклади цього рівня забезпечують надання медичної допомоги гінекологічним хворим, розродження вагітних з низьким ступенем акушерського та перинатального ризику розвитку ускладнень.

До **II рівня** відносяться центральні районні лікарні, районні лікарні і міські пологові будинки, акушерські відділення міських лікарень, у яких є відділення анестезіології й інтенсивної терапії, а також черговий неонатолог цілодобово. Лікувальні заклади цього рівня забезпечують розродження вагітних низького і високого ступеня акушерського та перинатального ризику, виконують усі функції установ I рівня, а також надання кваліфікованої допомоги гінекологічним хворим, крім спеціалізованої гінекологічної допомоги.

До **III рівня** відносяться міські, обласні пологові відділення, центри репродуктивного здоров'я та перинатальні центри, вони є клінічними базами кафедр акушерства і гінекології III-IV рівня акредитації, пологові відділення обласних лікарень, які мають у своєму складі відділення акушерської реанімації та інтенсивної терапії новонароджених; інститут ПАГ АМН України. Лікувальні заклади цього рівня забезпечують розродження вагітних вкрай високого та високого ступеня акушерського та перинатального ризику, з тяжкою гінекологічним хворим.

ТЕМА №4
ОРГАНІЗАЦІЯ АМБУЛАТОРНОЇ ТА СТАЦІОНАРНОЇ МЕДИЧНОЇ
ДОПОМОГИ ДИТЯЧОМУ НАСЕЛЕННЮ

Навчальна мета:

Ознайомитись із завданнями медичного обслуговування дітей, з принципами та організацією надання медичної допомоги в закладах первинної медичної допомоги, у дитячих поліклініках і стаціонарах.

Знати:

- завдання, структуру, зміст і організацію роботи поліклініки та стаціонару в цілому, а також головних їхніх підрозділів;
- правила заповнення основної облікової та звітної документації.

Вміти:

- заповнювати основні облікові документи;
- проводити експертну оцінку повноти диспансерного спостереження за здоров'ям дітей першого року життя;
- обчислити та аналізувати показники діяльності поліклініки та стаціонару;
- розробляти заходи щодо поліпшення роботи поліклініки та стаціонару.

Запитання для підготовки до заняття:

1. Етапи надання медичної допомоги дітям.
2. Розподіл дітей і підлітків залежно від стану здоров'я.
3. Організація амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги дітям, заклади різних рівнів, їх структура, завдання, основні функції та показники діяльності.
4. Заходи індивідуальної підготовки дітей до вступу в дошкільний заклад.
5. Періодичність обов'язкових профілактичних оглядів учнів загальноосвітніх навчальних закладів.

Література:

1. Громадське здоров'я /За редакцією академіка НАМН України В. Ф. Москаленка. – Вінниця: Нова Книга. 2013. – с. 422-442.

Зміст теми заняття:

1. Етапи надання медичної допомоги дітям.

Етапність і послідовність медичного забезпечення – це надання медичної допомоги дітям в певному порядку. Спочатку дитину обстежує дільничний лікар із залученням (у разі необхідності консультацій) фахівців вузького профілю. Для подальшого обстеження та лікування дитину направляють в районну або міську лікарню, далі – в обласну лікарню. За потреби медична допомога може бути надана в центрах охорони материнства і дитинства та науково-дослідних інститутах. Останнім етапом допомоги дітям є реабілітаційно-оздоровчі заклади (санаторії та курорти).

2. Розподіл дітей і підлітків залежно від стану здоров'я.

I група: здорові, хронічна патологія відсутня, функціональний стан без відхилень;

II група: практично здорові, хронічна патологія відсутня, але є функціональні та деякі морфологічні відхилення, а також знижена опірність;

III група: діти, хворі на хронічні захворювання в стадії компенсації зі збереженими функціональними можливостями організму, захворювання не часті, не тяжкі за перебігом;

IV група: діти, хворі на хронічні захворювання в стадії субкомпенсації зі зниженими функціональними можливостями організму, частими загостреннями основних хронічних захворювань;

V група: діти, хворі на хронічні захворювання в стадії декомпенсації зі значно зниженими функціональними можливостями організму, із частими тяжкими загостреннями основних хронічних захворювань, частими гострими захворюваннями.

3. Організація амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги дітям, заклади різних рівнів, їх структура, завдання, основні функції та показники діяльності.

Амбулаторно-поліклінічну допомогу забезпечують дитячі поліклініки самостійно або на правах структурних підрозділів міських, районних лікарень, а також структури ПМД (амбулаторії сімейних лікарів, центри ПМД).

Основні принципи амбулаторно - поліклінічної допомоги дітям:

- безкоштовне, систематичне, кваліфіковане, доступне лікарське, фельдшерське, сестринське спостереження за здоровими дітьми;
- раннє виявлення та своєчасне лікування хворих дітей;
- первинна та вторинна профілактика захворювань;
- реабілітація хворих;
- просвітницька робота з питань виховання здорової дитини, забезпечення її нормального фізичного та психічного розвитку.

Склад дитячої поліклініки.

- управління;
- реєстратура;
- кабінети: лікарів-педіатрів і спеціалістів, інфекційних захворювань, щеплень, здорової дитини, підлітковий;
- лікувально-діагностичні кабінети;
- денний стаціонар.

Розділи та напрямки дитячої поліклініки.

1. Організація та реалізація комплексу профілактичних заходів.
2. Протиепідемічні заходи (разом із СЕС).
3. Лікувально-консультативна допомога дітям у поліклініці та в дома.
4. Лікувально - профілактична робота в дитячих дошкільних закладах і школах.
5. Організаційно методична робота.

Кабінет (відділення) здорової дитини, поняття, завдання, періодичність його відвідування.

У здійсненні профілактичних заходів беруть участь фахівці **кабінетів здорової дитини**, де працюють лікар і досвідчені медичні сестри.

Завдання кабінету здорової дитини:

- допомога дільничним (сімейним) лікарям у проведенні занять шкіл молодих батьків;
- індивідуальні та колективні бесіди з батьками дітей раннього віку;
- навчання батьків методиці догляду за дітьми, режиму, масажу, годування (стенди, методичні матеріали, посібники);
- робота по профілактиці рахіту у дітей;
- індивідуальна підготовка дітей до вступу в дошкільний заклад (спільно з дільничним педіатром/сімейним лікарем).

Кабінет здорової дитини батьки з дітьми повинні відвідувати:

- до 1 -го року життя — щомісячно;
- 2-го року — 4 рази на рік;
- 3-го року — 2 рази на рік;
- 4 роки та старші — не менше 1 разу на рік і перед оформленням дитини до дошкільного чи загальноосвітнього навчального закладу.

Звітні форми по організації роботи дитячих лікарень:

- №097/о «Медична карта новонародженого № ____»
- № 112/о «Історія розвитку дитини №____»
- № 025-1/о «Вкладний листок на підлітка до медичної карти амбулаторного хворого»
- № 026/о «Медична карта дитини (для дошкільного та загальноосвітнього навчальних закладів)»
- № 025-3/о «Медична карта студента»
- № 025/о «Медична картка амбулаторного хворого»
- № 003/о «Медична картка стаціонарного хворого»

Функції кабінету профілактичних щеплень:

- планування щеплень разом із педіатром;
- організація профілактичних щеплень;
- заповнення карт профілактичних щеплень (ф. № 063/о);
- постановка імунологічних реакцій;
- контроль за проведенням щеплень у дитячих дошкільних закладах і школах;
- організація та проведення занять з підвищення кваліфікації медичного персоналу;
- комісійне вирішення питань про терміни проведення щеплень для дітей з протипоказаннями.

4. Заходи індивідуальної підготовки дітей до вступу в дошкільний заклад:

- робота з батьками, направлена на покращення організації навчального процесу (участь батьків у житті дитини – спілкування з іншими дітьми та дорослими, максимальне наближення домашнього режиму до режиму дошкільного закладу);
- проведення курсу оздоровчих заходів дітям із хронічними захворюваннями, в період ремісії та при відставанні у фізичному і нервово-психічному розвитку;
- проведення консультацій психоневролога та інших спеціалістів для дітей з груп ризику;

- завершення проведення щеплень, а при відмові від них – проведення роз'яснювальних робіт щодо можливих ризиків і їх наслідків.

Відповідальність за проведення індивідуальної підготовки дітей до вступу в дошкільний заклад покладено на лікаря-педіатра дошкільного закладу. До основних розділів та напрямів його роботи належать:

1. Проведення загальнооздоровчих заходів (раціональне харчування, загартовування, організація правильного режиму дня дітей відповідно до вікових і індивідуальних особливостей кожної дитини, контроль стану мікроклімату в дошкільному закладі);
2. заходи боротьби з поширенням інфекційних хвороб у дитячому колективі (дотримання принципу групової ізоляції, своєчасне виявлення та ізоляція хворих дітей, виявлення причин відсутності дитини з метою своєчасного проведення профілактичних заходів у групі, дотримання карантинних заходів у групах);
3. заходи боротьби з проникненням інфекційних хвороб у дитячому колективі (обстеження нових дітей, щоденний контроль медичною сестрою стану дітей, з'ясування причин відсутності дітей, обмін медичною інформацією між закладами, що обслуговують дітей, дотримання санітарних правил утримання приміщень і територій дошкільного закладу, систематичний контроль за станом здоров'я персоналу);
4. специфічна профілактика інфекційних захворювань (організація та проведення щеплень);
5. санітарно-просвітна робота.

5. Періодичність обов'язкових профілактичних оглядів учнів загальноосвітніх навчальних закладів.

Схема періодичності обов'язкових медичних профілактичних оглядів учнів загальних навчальних закладів.

Вік дитини	Лікар-педіатр (лікар ЗПСМ)	Лікарі спеціалісти	Додаткові методи дослідження
6 років (перед вступом до загальноосвітнього навчального закладу)	1 раз на рік	Дитячий хірург Ортопед-травматолог дитячий Офтальмолог дитячий Стоматолог Інші спеціалісти за показаннями	Аналіз крові(гемоглобін) та інші за показаннями
7, 8, 9, 10 років	1 раз на рік	За показаннями	За показаннями
11 років	1 раз на рік	Дитячий хірург Ортопед-травматолог дитячий Офтальмолог дитячий Стоматолог Інші спеціалісти за показаннями	Аналіз крові(гемоглобін) та інші за показаннями
12-13 років	1 раз на рік	За показаннями	За показаннями
14-15 років	1 раз на рік	Стоматолог Гінеколог дитячого та підліткового віку (за показаннями) Дитячий хірург Ендокринолог дитячий Психолог	Флюорографія Аналіз крові(гемоглобін) та інші за показаннями
16-17 років	1 раз на рік Терапевт (у разі обслуговування в студентській поліклініці)	Стоматолог Гінеколог дитячого та підліткового віку (за показаннями)	Флюорографія

ТЕМА №5
ВИДИ МЕДИЧНИХ ЕКСПЕРТИЗ. ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ
ВТРАТИ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ

Навчальна мета

Дати визначення медичних експертиз і характеристику особливостей кожної з них. Вивчити основи організації експертизи втрати працездатності, засвоїти правила оформлення основних документів.

Знати:

- зміни, які відбулися в методиці та організації експертизи непрацездатності за останні роки;
- причини інвалідності, що безпосередньо пов'язані з умовами праці, погіршенням екологічної ситуації.

Вміти:

- визначати методику проведення медико-соціальної експертизи тимчасової та стійкої втрати працездатності, критеріїв оцінки, спеціалістів, які беруть участь у її проведенні.

Запитання для підготовки до заняття:

1. Види медичної експертизи, їх характеристика.
2. Медико-соціальна експертиза втрати працездатності.
3. Визначення тимчасової та стійкої втрати працездатності за трудовим прогнозом. Ступені втрати працездатності.
4. Основні документи, що засвідчують факт тимчасової непрацездатності.
5. Лікарсько-консультативна комісія (ЛКК): склад, функції, організація роботи.
6. Види тимчасової непрацездатності.
7. Види інвалідності.
8. Групи інвалідності та критерії їх визначення; термін перегляду.
9. Види медико-соціальних експертних комісій (МСЕК), їх підпорядкованість, склад, функції.
10. Порядок направлення хворих на МСЕК; документація МСЕК.

Література:

1. Громадське здоров'я /За редакцією академіка НАМН України В. Ф. Москаленка. – Вінниця: Нова Книга. 2013. – с.473-497.

Зміст теми заняття:

1. Види медичної експертизи, їх характеристика

- 1) *Медико-соціальна експертиза втрати працездатності* проводиться для визначення наявності факту, ступеня, причини тимчасової та стійкої втрати працездатності, необхідності звільнення у зв'язку з цим від роботи. Цей вид експертизи здійснюється медичними закладами в разі тимчасової непрацездатності

та медико-соціальними експертними комісіями (МСЕК) – у разі стійкої непрацездатності.

- 2) **Військово-лікарська експертиза** проводиться, щоб визначити придатність до військової служби призовників і військовозобов'язаних, встановити причинний зв'язок захворювань, поранень і травм із несенням військової служби. Вона здійснюється військово-лікарськими комісіями при військових комісаріатах, закладах Міністерства оборони України, Служби безпеки України тощо.
- 3) **Судово-медична та судово-психіатрична експертиза призначається особам, стосовно яких проводиться дізнання, а організаційне керівництво їх проведенням здійснює Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ).**

2. Медико-соціальна експертиза втрати працездатності

Основою для визначення виду непрацездатності є клінічний і трудовий прогноз, тобто передбаченням перебігу хвороби й терміну можливого відновлення працездатності.

Непрацездатність – це стан здоров'я (функцій організму) людини, обумовлений захворюванням, травмою тощо, який унеможливорює виконання роботи визначеного обсягу, професії без шкоди для здоров'я.

3. Визначення тимчасової та стійкої втрати працездатності за трудовим прогнозом. Ступені втрати працездатності

Тимчасова непрацездатність – це неможливість виконувати роботу у зв'язку із захворюванням, травмою чи іншими причинами протягом нетривалого часу.

Стійка непрацездатність, або інвалідність, - це тривала чи постійна втрата працездатності внаслідок хронічного захворювання чи травми, які призвели до значних порушень функцій організму.

Залежно від ступеня втрати працездатності її поділяють на повну і часткову:

- У разі повної непрацездатності людина не може виконувати жодної роботи і потребує спеціального лікувального режиму.
- У разі часткової непрацездатності людина може виконувати ту саму чи іншу роботу не в повному обсязі чи в інших умовах.

4. Основні документи, що засвідчують факт тимчасової непрацездатності

- Листок непрацездатності (ЛН)

Розмір компенсації, залежно від стажу роботи:

- до 5 років – 60%
- 5-8 років – 80%
- більше 8 років – 100%

ЛН це документ, який має функції: **облікова** (для проведення обліку та аналізу захворюваності з тимчасовою втратою працездатності), **юридична** (виправдовує невихід на роботу), **фінансова** (дає право на одержання грошових виплат із фонду державного соціального страхування).

- Довідка встановленої форми, видається у випадках:
 - Тимчасової непрацездатності студентів вищих навчальних закладів I-IV рівнів акредитації та учнів професійно-технічних навчальних закладів (ф. №095/о).

- Закінчення максимального терміну листка непрацездатності по догляду за хворою дитиною до повного одужання дитини від гострого захворювання чи досягнення ремісії в разі загострення хронічного захворювання (ф. №138/о).
- Довідка довільної форми, засвідчена підписом головного лікаря та печаткою ЛПЗ, видається:
 - З приводу встановлення причинного зв'язку захворювання з умовами праці, перелік яких затверджується Кабінетом Міністрів України.
 - У разі тимчасової непрацездатності громадян, які перебувають на обліку в службі зайнятості, враховуючи період їхньої професійної підготовки та перепідготовки.
 - Особам, які проходять обстеження в медичних закладах за направленням слідчих органів, прокуратури, суду та військових комісаріатів.

5. Лікарсько-консультативна комісія (ЛКК): склад, функції, організація роботи

ЛКК призначається керівником ЛПЗ, після комісійного огляду хворого, з періодичністю не рідше одного разу на 10 днів, але не більше терміну встановленого для направлення на МСЕК.

ЛКК створюється за наявності в штаті не менше ніж 15 лікарів, які ведуть амбулаторний прийом. Вона складається з голови ЛКК (заступника головного лікаря з експертизи непрацездатності, а за його відсутності – головного лікаря), завідувача відповідного відділення, лікуючого лікаря.

Функції ЛКК:

- Вирішення складних і конфліктних питань експертизи непрацездатності
- Видача ЛН в разі захворювання чи травми на весь період тимчасової непрацездатності до її відновлення чи до встановлення групи інвалідності МСЕК
- Видача млн. на санаторно-курортне лікування
- Видача ЛН при переведенні на іншу роботу при туберкульозі та професійному захворюванні
- Направлення хворих на МСЕК
- Видача ЛН для лікування в іншому місці.

6. Види тимчасової непрацездатності:

- Захворювання (травма)
- Догляд за хворим членом сім'ї
- Догляд за хворою дитиною
- Догляд за дитиною віком до 3 років або дитиною-інвалідом віком до 18 років у разі хвороби матері чи іншої особи, яка доглядає за цією дитиною
- У зв'язку з вагітністю та пологами
- У зв'язку з санаторно-курортним лікуванням
- У зв'язку з карантинном
- Тимчасове переведення на іншу роботу в разі туберкульозу та професійного захворювання
- Протезування в умовах стаціонару протезно-ортопедичної установи
- Інвазивні методи обстеження та лікування.

7. Види інвалідності

Причини інвалідності:

- 1) Хвороби системи кровообігу
- 2) Злоякісні новоутворення
- 3) Травми

Види:

- Інвалідність від загального захворювання
- Інвалідність внаслідок професійного захворювання
- Інвалідність внаслідок трудового каліцтва
- Інвалідність з дитинства
- Інвалідність внаслідок поранень, контузій, каліцтва, захворювання

8. Групи інвалідності та критерії їх визначення; термін перегляду

I – встановлюється особам з постійною чи тривалою втратою працездатності, які потребують постійного стороннього нагляду, догляду чи допомоги.

IA – особи з виключно високим ступенем втрати здоров'я, що спричиняє повну нездатність до самообслуговування та повну залежність від інших осіб.

IB – особи з високим ступенем втрати здоров'я, що спричиняє значну залежність від інших осіб у виконанні життєво важливих соціально-побутових функцій та часткову нездатність до виконання окремих елементів самообслуговування.

II – встановлюється особам, які мають значні функціональні порушення та практично повну непрацездатність, але не потребують сторонньої допомоги, нагляду, тобто здатні обслуговувати себе самостійно.

III – передбачає можливість продовження трудової діяльності і встановлюється особам з обмеженою працездатністю в таких випадках:

- При значному утрудненні в здобутті професії чи у працевлаштуванні, у тому числі в осіб, які раніше ніколи не працювали та не мають професії;
- При необхідності значного зменшення (більше, ніж на 25%) обсягу трудової діяльності;
- При значному зниженні кваліфікації чи втраті професії;
- При значному утрудненні у виконанні професійних обов'язків внаслідок анатомічних дефектів, що наведені у затвердженому МОЗ України переліку дефектів.

Кожна група інвалідності визначається на певний термін із зазначенням строку переосвідчення.

Переогляд інвалідів з нестійкими, оборотними морфологічними змінами та розладами органів і систем організму для визначення ефективності відновного лікування та реабілітаційних заходів, стану здоров'я та соціальної адаптації проводиться через 1-3 роки. Направлення на переогляд раніше зазначеного терміну може бути лише у випадку необхідності перегляду групи внаслідок погіршення стану хворого.

Досить часто група інвалідності встановлюється без зазначення терміну переосвідчення, тобто безстроково. Це буває у разі:

- Пенсійного віку інваліда;
- Наявності стійких незворотних морфологічних і функціональних порушень;

- Неefективності реабілітаційних заходів;
- Несприятливого клінічного та трудового прогнозу.

9. Види медико-соціальних експертних комісій (МСЕК), їх підпорядкованість, склад, функції.

Експертизу стійкої непрацездатності проводять медико-соціальні експертні комісії (МСЕК), підпорядковані МОЗ України.

Залежно від рівня, структури захворюваності та інвалідності утворюються такі МСЕК: загального профілю та спеціалізованого профілю (для догляду хворих на туберкульоз, осіб з психічними розладами, захворюваннями органа зору, системи кровообігу, постраждалих від наслідків аварії на ЧАЕС тощо).

МСЕК загального профілю складається з:

- 3 лікарів-експертів (терапевт, хірург, невролог)
- Лікар-реабілітолог
- Психолог

МСЕК спеціалізованого профілю складається з:

- 2 лікарі провідного профілю
- Терапевт або невролог

Міські, районні комісії створюються з розрахунку одна комісія на 100 тис. населення віком 16 років і старших; міжрайонні – в районах, містах з меншою чисельністю населення.

Обласна, центральна міська комісія створюється з розрахунку на 5 міських, міжрайонних, районних комісій.

10. Порядок направлення хворих на МСЕК; документація МСЕК.

Направлення для огляду на МСЕК видають лікарсько-консультативні комісії (ЛКК) відповідного медичного закладу за формою, затвердженою МОЗ України, після клінічних обстежень, що підтверджують стійкий або незворотний характер захворювання, та в тому разі коли хворий був звільнений від роботи безперервно протягом 4 місяців з дня настання тимчасової непрацездатності чи протягом 5 місяців у зв'язку з одним і тим же захворюванням або його ускладненням за останні 12 місяців. При туберкульозі цей термін становить 10 місяців.

МСЕК проводить огляд хворих за місцем проживання чи лікування при пред'явленні паспорта чи іншого документа, що посвідчує особу, листка непрацездатності та відповідного направлення, не пізніше 7 днів. Якщо хворий за станом здоров'я не може з'явитися на МСЕК, огляд проводять вдома або в стаціонарі, де він перебуває на лікуванні.

Хворого, якого направляють на медико-соціальне експертне обстеження вперше, представляє голова ЛКК закладу охорони здоров'я. Для розв'язання соціальних питань запрошують представників власника підприємства, установи, організації, де працює хворий, або уповноваженого ним органу та профспілкового комітету.

При недоцільності продовження терміну тимчасової непрацездатності, лікарняний листок непрацездатності закривають датою огляду.

У разі визнання хворого інвалідом інвалідність встановлюють з дня надходження до МСЕК документів.

Документація МСЕК:

- Акт освідчення у МСЕК
- Книга протоколів засідань МСЕК
- Статистичний талон до акта освідчень МСЕК
- Щорічний звіт обласної, центральної, міської МСЕК (ф. №37- здоров.)

ТЕМА №6

ОРГАНІЗАЦІЯ ЕКСПЕРТИЗИ ТИМЧАСОВОЇ ВТРАТИ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ

Навчальна мета

Вивчити основи організації експертизи тимчасової втрати працездатності, засвоїти правила оформлення основних документів.

Знати:

- організацію тимчасової медико-соціальної експертизи втрати працездатності;
- види тимчасової непрацездатності та правила оформлення документів при різних видах тимчасової непрацездатності.

Вміти:

- визначати тактику різних посадових осіб лікувально-профілактичних закладів стосовно конкретних видів і випадків тимчасової непрацездатності;
- оформляти листки непрацездатності.

Запитання для підготовки до заняття:

1. Види тимчасової непрацездатності.
2. Правила видачі листків непрацездатності (ЛН) при захворюваннях та травмі.
3. Правила видачі ЛН при вагітності та пологах.
4. Правила видачі ЛН по догляду за хворою дитиною та дорослим членом сім'ї.
5. Правила видачі ЛН при карантині та протезуванні.
6. Правила видачі листка непрацездатності при санаторно-курортному лікуванні.
7. Документація та основні показники, що використовуються при експертизі тимчасової непрацездатності.

Література:

1. Громадське здоров'я /За редакцією академіка НАМН України В. Ф. Москаленка. – Вінниця: Нова Книга. 2013. – с.475-488.
2. Витяг з інструкції про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян.
3. Інструкція про порядок заповнення бланка ЛН.

Зміст теми заняття:

1. Види тимчасової непрацездатності

Тимчасова непрацездатність – це неможливість виконувати роботу у зв'язку із захворюванням, травмою чи іншими причинами протягом нетривалого часу.

Стійка непрацездатність, або інвалідність, - це тривала чи постійна втрата працездатності внаслідок хронічного захворювання чи травми, які призвели до значних порушень функцій організму.

Види тимчасової непрацездатності:

- Захворювання (травма)

- Догляд за хворим членом сім'ї
- Догляд за хворою дитиною
- Догляд за дитиною віком до 3 років або дитиною-інвалідом віком до 18 років у разі хвороби матері чи іншої особи, яка доглядає за цією дитиною
- У зв'язку з вагітністю та пологами
- У зв'язку з санаторно-курортним лікуванням
- У зв'язку з карантинном
- Тимчасове переведення на іншу роботу в разі туберкульозу та професійного захворювання
- Протезування в умовах стаціонару протезно-ортопедичної установи
- Інвазивні методи обстеження та лікування.

2. Правила видачі листків непрацездатності (ЛН) при захворюваннях та травмі

Амбулаторне лікування

Місто:

- Лікуючий лікар: 1-5 днів з правом продовження +5 днів (всього 10 днів)
- Лікар з завідувачим: 11-30 день
- ЛКК: 31 день – 4 місяць
- МСЕК: встановлення групи інвалідності або повернення на ЛКК.

Село:

- Фельдшер: 1-3 дні
- Лікуючий лікар: 4-14 день.

Стаціонарне лікування:

- Лікуючий лікар разом з завідувачим відділенням на весь термін стаціонарного лікування.
- (Більше 6 місяців – МСЕК)
- У разі потреби продовження листка непрацездатності на амбулаторне лікування – до 7 днів (ЛКК).

Виключення:

- При туберкульозі – лікуючий лікар до 10 місяців амбулаторного лікування
- Професійне захворювання – ЛКК до 2 місяців з переведенням на іншу роботу з доплатним листком непрацездатності
- Аборти та інші мініінвазивні втручання – до 3 днів лікуючим лікарем
- Етіологічно пов'язані захворювання (2 і більше) – 4 місяці, 1 захворювання – 5 місяців безперервного лікування + ускладнення – до 12 місяців (з перервою).

3. Правила видачі ЛН при вагітності і пологах

Листок непрацездатності видається з 30 тижня вагітності (126 днів: 70 днів до пологів, 56 днів після пологів).

- Наявність ускладнення: +14 днів
- Передчасні пологи: 140 днів
- Мертвонародження: 70 днів

- Всиновлення: післяпологові дні зі врахуванням віку дитини

Пільгові категорії:

- Листок непрацездатності видається з 27 тижня вагітності (180 днів: 90 днів до пологів, 90 днів після пологів)
- Ускладнення: +14 днів
- Передчасні пологи: 194 дні
- Мертвонародження: 104 дні
- Всиновлення: післяпологові дні зі врахуванням віку дитини

ЕКЗ: з дня гормональної стимуляції овуляції до УЗД-підтвердженої вагітності (амбулаторно). Будь-які ускладнення – весь термін стаціонарного лікування.

**4. Правила видачі ЛН по догляду за хворою дитиною та дорослим членом сім'ї
*Догляд за дитиною (0-14 років) та інвалідом (до 18 років)***

Амбулаторно:

Лікуючий лікар: 1-14 день (1-5+5+4)

> 14 днів – довідка (не оплачується)

2 дитини:

1 захворювання: видається 1 листок непрацездатності

2 захворювання: видаються 2 листки непрацездатності.

ЛКК: до 7 днів на індивідуальний догляд

Стаціонарно:

0-6 років: на весь період стаціонарного лікування

7-14 років: листок непрацездатності не видається

ЛКК: до 3 днів на індивідуальний післяопераційний догляд.

Після стаціонару – амбулаторно (довідка)

ВІЛ, СНІД, онкозахворювання – на весь термін захворювання (і амбулаторно, і стаціонарно)

Догляд за дорослими та підлітками:

Амбулаторно: до 7 днів за рішенням ЛКК

Стаціонарно: не видається

Після стаціонару – амбулаторно (через ЛКК до 7 днів)

5. Правила видачі ЛН при карантині та протезуванні

Порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність при карантині

На період тимчасового відсторонення від роботи осіб, робота яких пов'язана з обслуговуванням населення, які були в контакті з інфекційними хворими або є бактеріоносіями, у разі неможливості здійснення тимчасового переведення за їх згодою на іншу роботу, не пов'язану з ризиком поширення інфекційних хвороб, листок непрацездатності видається інфекціоністом або лікуючим лікарем згідно з висновком лікаря-епідеміолога територіальної СЕС.

На період перебування застрахованої особи в самоізоляції, обсервації, в тимчасових закладах охорони здоров'я (спеціалізованих шпиталях), у закладах охорони здоров'я, а також на самоізоляції під медичним наглядом у зв'язку з проведенням заходів,

спрямованих на запобігання виникненню та поширенню коронавірусної хвороби (COVID-19) відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 11 березня 2020 року N 211 "Про запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2", крім хворих осіб, листок непрацездатності видається лікуючим лікарем на строк, визначений законодавством та галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

Порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність при протезуванні

У разі направлення хворого на протезування в умовах стаціонару протезно-ортопедичного підприємства у графі "Причина непрацездатності:" вказується "ортопедичне протезування - 9", у графі "Перебував у стаціонарі", крім дати, робиться відмітка "протезно-ортопедичного підприємства", у графі "Звільнення від роботи" вказуються дати початку та закінчення протезування з урахуванням проїзду.

У разі протезування у стаціонарах протезно-ортопедичних підприємств системи Міністерства праці та соціальної політики України листок непрацездатності видається на час протезування і проїзду до стаціонару і назад.

6. Правила видачі листка непрацездатності при санаторно-курортному лікуванні

ЛКК на весь термін санаторно-курортного лікування та дні на дорогу (туди і назад). Право продовжити листок непрацездатності має лише лікар фтизіатр.

7. Документація та основні показники, що використовуються при експертизі тимчасової непрацездатності

- Листок непрацездатності (ЛН)

ЛН це документ, який має функції: **облікова** (для проведення обліку та аналізу захворюваності з тимчасовою втратою працездатності), **юридична** (виправдовує невихід на роботу), **фінансова** (дає право на одержання грошових виплат із фонду державного соціального страхування).

- Довідка встановленої форми, видається у випадках:

- Тимчасової непрацездатності студентів вищих навчальних закладів I-IV рівнів акредитації та учнів професійно-технічних навчальних закладів (ф. №095/о).
- Закінчення максимального терміну листка непрацездатності по догляду за хворою дитиною до повного одужання дитини від гострого захворювання чи досягнення ремісії в разі загострення хронічного захворювання (ф. №138/о).

- Довідка довільної форми, засвідчена підписом головного лікаря та печаткою ЛПЗ, видається:

- З приводу встановлення причинного зв'язку захворювання з умовами праці, перелік яких затверджується Кабінетом Міністрів України.
- У разі тимчасової непрацездатності громадян, які перебувають на обліку в службі зайнятості, враховуючи період їхньої професійної підготовки та перепідготовки.
- Особам, які проходять обстеження в медичних закладах за направленням слідчих органів, прокуратури, суду та військових комісаріатів.

ТЕМА №7

ОРГАНІЗАЦІЯ ЕКСПЕРТИЗИ СТІЙКОЇ ВТРАТИ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ

Навчальна мета

Вивчити основи організації стійкої медичної експертизи, засвоїти правила оформлення основних документів.

Знати:

- організацію медико-соціальної експертизи стійкої втрати працездатності;
- порядок і критерії встановлення ступеня стійкої втрати працездатності.

Вміти:

- визначати тактику різних посадових осіб лікувально-профілактичних закладів і МСЕК стосовно конкретних видів і випадків стійкої втрати працездатності;
- оформити листки непрацездатності.

Запитання для підготовки до заняття:

1. Організація експертизи стійкої втрати працездатності.
2. Медико-соціальна експертна комісія (МСЕК), її види, склад, функції.
3. Види та основні причини стійкої непрацездатності.
4. Документація та основні показники, що використовуються у роботі МСЕК.

Література:

1. Громадське здоров'я /За редакцією академіка НАМН України В. Ф. Москаленка. – Вінниця: Нова Книга. 2013. – с. 475-488.

Зміст теми заняття:

1. Організація експертизи стійкої втрати працездатності

Експертизу стійкої непрацездатності, або інвалідності, проводять медико-соціальні експертні комісії (МСЕК).

У МСЕК з метою виявлення компенсаторно-адаптивних можливостей проходять огляд громадяни, які частково чи повністю втратили здоров'я внаслідок захворювання, травм вроджених дефектів, що обмежують їх життєдіяльність, а також ті, що за чинним законодавством мають право на соціальну допомогу.

Направлення для огляду на МСЕК видають лікарсько-консультативні комісії (ЛКК) відповідного медичного закладу за формою, затвердженою МОЗ України, після клінічних обстежень, що підтверджують стійкий або незворотний характер захворювання, та в тому разі коли хворий був звільнений від роботи безперервно протягом 4 місяців з дня настання тимчасової непрацездатності чи протягом 5 місяців у зв'язку з одним і тим же захворюванням або його ускладненням за останні 12 місяців. При туберкульозі цей термін становить 10 місяців.

МСЕК проводить огляд хворих за місцем проживання чи лікування при пред'явленні паспорта чи іншого документа, що посвідчує особу, листка непрацездатності та відповідного направлення, не пізніше 7 днів. Якщо хворий за станом здоров'я не може

з'явитися на МСЕК, огляд проводять вдома або в стаціонарі, де він перебуває на лікуванні.

Хворого, якого направляють на медико-соціальне експертне обстеження вперше, представляє голова ЛКК закладу охорони здоров'я. Для розв'язання соціальних питань запрошують представників власника підприємства, установи, організації, де працює хворий, або уповноваженого ним органу та профспілкового комітету.

2. Медико-соціальна експертна комісія (МСЕК), її види, склад, функції

Експертизу стійкої непрацездатності проводять *медико-соціальні експертні комісії (МСЕК)*, підпорядковані МОЗ України.

Залежно від рівня, структури захворюваності та інвалідності утворюються такі *МСЕК*: загального профілю та спеціалізованого профілю (для догляду хворих на туберкульоз, осіб з психічними розладами, захворюваннями органа зору, системи кровообігу, постраждалих від наслідків аварії на ЧАЕС тощо).

МСЕК загального профілю складається з:

- 3 лікарів-експертів (терапевт, хірург, невролог)
- Лікар-реабілітолог
- Психолог

МСЕК спеціалізованого профілю складається з:

- 2 лікарі провідного профілю
- Терапевт або невролог

Міські, районні комісії створюються з розрахунку одна комісія на 100 тис. населення віком 16 років і старших; міжрайонні – в районах, містах з меншою чисельністю населення.

Обласна, центральна міська комісія створюється з розрахунку на 5 міських, міжрайонних, районних комісій.

Основні функції МСЕК: виявлення причин, встановлення груп інвалідності, надання трудових рекомендацій інвалідам.

3. Види та основні причини стійкої непрацездатності

Причини стійкої непрацездатності:

- 1) Хвороби системи кровообігу
- 2) Злоякісні новоутворення
- 3) Травми

Види стійкої непрацездатності:

- *Інвалідність від загального захворювання* (причини: якщо захворювання не було пов'язане з професійною діяльністю; якщо до інвалідності призвела побутова травма)
- *Інвалідність внаслідок професійного захворювання* (причини: захворювання, яке виникло під впливом несприятливих факторів, властивих даній професії, чи несприятливих умов праці; захворювання, перебіг якого ускладнився під впливом професійного фактору)
- *Інвалідність внаслідок трудового каліцтва* (причини: може бути результатом травми, яку отримано: безпосередньо на робочому місці, поза місцем роботи при

виконанні виробничого завдання чи під час відрядження при виконанні виробничого завдання, по дорозі на роботу чи з роботи, в разі конання державних або громадських обов'язків, у разі виконання дій по рятуванню людського життя, охороні правопорядку)

- **Інвалідність з дитинства** (встановлюється підліткам до 16 років (учням до 18 років), якщо захворювання, що призвело до інвалідності, виникло до цього віку та до початку роботи за наймом)
- **Інвалідність внаслідок поранень, контузій, каліцтва, захворювання** (встановлюється в учасників бойових дій у період ВВВ, а також бойових дій на території інших держав).

4. Документація та основні показники, що використовуються у роботі МСЕК

Документація МСЕК:

- акт освідчення у МСЕК
- книга протоколів засідань у МСЕК
- статистичний талон до акта освідчень у МСЕК
- щорічний звіт обласної, центральної, міської МСЕК (ф. №37 – здоров).

Основні показники інвалідності:

- показник інвалідності (контингент інвалідів) – число всіх інвалідів на перше січня поточного року в розрахунку на 10 000 населення;
- показник інвалідизації (первинної інвалідності) – число осіб, вперше визнаних інвалідами, на 10 000 населення;
- структура інвалідності за причинами, групами.

Основні показники роботи МСЕК:

- ефективність реабілітаційних заходів;
- розбіжність у рішеннях ЛКК і МСЕК;
- питома вага виїзних засідань МСЕК.

ТЕМА №8
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ.
СТАНДАРТИЗАЦІЯ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

Навчальна мета

Вивчити основи організації стійкої медичної експертизи, засвоїти правила оформлення основних документів.

Знати:

- організацію медико-соціальної експертизи стійкої втрати працездатності;
- порядок і критерії встановлення ступеня стійкої втрати працездатності.

Вміти:

- визначати тактику різних посадових осіб лікувально-профілактичних закладів і МСЕК стосовно конкретних видів і випадків стійкої втрати працездатності;
- оформити листки непрацездатності.

Запитання для підготовки до заняття:

1. Якість медичної допомоги та її характеристика.
2. Організація контролю якості медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я.
3. Індикатори оцінки якості медичної допомоги, їх характеристика.
4. Індикатори структури забезпечення якості медичної допомоги на первинному рівні надання медичної допомоги.
5. Індикатори структури забезпечення якості медичної допомоги на вторинному рівні надання медичної допомоги.
6. Індикатор процесу забезпечення якості медичної допомоги на первинному рівні надання медичної допомоги.
7. Індикатор процесу забезпечення якості медичної допомоги на вторинному рівні надання медичної допомоги (Амбулаторно-поліклінічний та стаціонарний).
8. Індикатор результату забезпечення якості медичної допомоги на первинному та вторинному рівні надання медичної допомоги.
9. Стандартизація в охороні здоров'я.

Література:

1. Громадське здоров'я /За редакцією академіка НАМН України В. Ф. Москаленка. – Вінниця: Нова Книга. 2013. – с.488-495.

1. Якість медичної допомоги та її характеристика.

Якість медичної допомоги – належне проведення заходів, що використовуються в даному суспільстві, які є безпечними, прийнятними з точки зору коштів і впливають на захворюваність, інвалідність і смертність.

Якість медичної допомоги – надання службами охорони здоров'я окремим особам і населенню в цілому медичних послуг на рівні сучасної професійної підготовки, новітніх досягнень медичної науки з метою отримання очікуваних результатів.

Якість медичної допомоги – це відповідність потребам пацієнта з урахуванням сучасних можливостей медичної науки та практики і за умови ефективного використання наявних ресурсів.

Основні характеристики якості медичної допомоги :

- Доступність – відсутність при отриманні медичної допомоги географічних, економічних, соціальних культурних, організаційних або мовних бар'єрів;
- Наступність і безперервність – надання послуг одним і тим же спеціалістом впродовж усього курсу лікування (спостереження), відповідний і своєчасний зв'язок між постачальниками послуг і споживачами;
- Дієвість – можливість медичних втручань впливати на поліпшення здоров'я в контрольованих умовах, наприклад, в рамках рандомізованих клінічних випробувань;
- Результативність – можливість медичних втручань впливати у звичайних практичних умовах або ступінь досягнення бажаного результату;
- Ефективність – співвідношення одержаних результатів і витрачених заради їх досягнення ресурсів;
- Безпечність – ступінь мінімізації ризиків травм, інфікування або інших побічних ефектів лікування і небажаних наслідків в процесі надання медичної допомоги.
- Адекватність - застосування заходів, технологій і використання ресурсів, в якісному та кількісному відношенні достатніх для досягнення поставлених цілей;
- Технологічне виконання – ступінь дотримання медичними працівниками та установами технічних вимог якості (дотримання стандартів);

Існує набір характеристик, за наявності яких надана допомога може розглядатись як якісна, але об'єктивна оцінка цих характеристик дотепер залишається головною проблемою наукових досліджень:

- Постійне удосконалення та поліпшення – управлінська діяльність щодо безперервного вивчення та удосконалення процесів надання медичної допомоги з метою задоволення потреб пацієнтів та їх споживачів;
- Особистісні стосунки між постачальними послуг і споживачами – наявність довіри, пошани, конфіденційності, чуйності, партнерства;
- Інфраструктурою та комфортом – зовнішній вигляд установи, чистота, привабливість;
- Вибір – при необхідності можливість вибору споживачем постачальників медичних послуг;
- Законність - відповідність соціальним перевагам, вираженням в етичних принципах, законах, нормах і правилах;
- Справедливість – відповідність принципу, який визначає, що є обґрунтованим при розподілі медичної допомоги та пільг серед населення.

ВООЗ пропонує чотири складових поліпшення якості медичної допомоги:

- 1) Наукова база медичної практики
- 2) Стандартизація в охороні здоров'я
- 3) Управління якістю медичного обслуговування
- 4) Охорона здоров'я з орієнтацією на пацієнта

2. Організація контролю якості медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я.

З метою забезпечення контролю якості медичної допомоги головним лікарем закладу охорони здоров'я розробляється та затверджується на рівні ЗОЗ безперервна система контролю якості медичної допомоги, яка затверджується наказом по закладу охорони здоров'я.

В закладі охорони здоров'я, наказом головного лікаря створюється комісія з забезпечення якості медичної допомоги. Мета комісії полягає в тому, щоб розробити дієву програму систематичного підвищення якості медичної допомоги на основі поглибленого аналізу прийнятих для оцінки показників, окремих помилок та упущень, нещасних випадків, скарг пацієнтів, пропозицій лікарів і медичних сестер, літературних даних. Щоб залучити лікарів до активної роботи у комісії, необхідно переконати їх в тому, що це орган, покликаний об'єднати зусилля всіх лікарів у підвищенні якості медичної допомоги шляхом спільного пошуку шляхів усунення дефектів при наданні медичної допомоги, а не для критики або покарання окремих осіб.

Відповідальним в ЗОЗ за роботу по забезпеченню якості медичної допомоги в являється заступник головного лікаря з медичної роботи. При цьому роботу молодшого медичного персоналу з вищою освітою за забезпеченню якості медичної допомоги організовує заступник головного лікаря з медсестринства (головна медична сестра).

На рівні структурного підрозділу ЗОЗ роботу по забезпеченню якості медичної допомоги в цілому організовує завідувач відділенням, а безпосередньо молодшого медичного персоналу з вищою освітою - старша медична сестра. Даний розділ роботи у вказаних посадових осіб визначається їх посадовою інструкцією. В перспективні та поточні плани роботи як ЗОЗ та і його 10 структурних підрозділів включаються розділи з забезпечення якості медичної допомоги пацієнтам. Контроль якості медичної допомоги є важливою складовою комплексного процесу забезпечення якості медичної допомоги пацієнтам на всіх етапах та рівнях її надання.

На рівні закладу охорони здоров'я в умовах державної системи охорони здоров'я існують наступні ступені контролю якості медичної допомоги:

- перший ступінь контролю - завідувач структурним підрозділом поліклініки чи стаціонару оцінює якість медичної допомоги, наданої окремим лікарем пацієнтам, які закінчили лікування в поліклініці (не менше 30 % хворих) і в стаціонарі (усіх хворих).
- другий ступінь контролю - заступники головного лікаря лікувально-профілактичного закладу (ЛПЗ), що відповідають за роботу поліклініки чи стаціонару, використовуючи основні облікові документи, проводять щоденно експертну оцінку не менше 10 % пацієнтів, які проліковані у поліклініці, та не менше 20 % осіб, які закінчили лікування в стаціонарі.
- третій ступінь контролю - експертна комісія ЛПЗ оцінює якість роботи підрозділів щомісячно.

Наступні ступені контролю якості медичної допомоги на рівні ЗОЗ здійснюють спеціалісти (спеціальні комісії) територіальних та регіональних органів управління охороною здоров'я:

- четвертий ступінь контролю - експертна комісія при міському відділі (управлінні) охорони здоров'я (чи при ТМО) оцінює якість діяльності кожного ЛПЗ щоквартально.

- п'ятий ступінь контролю - експертна комісія при обласному відділі (управлінні) охорони здоров'я оцінює діяльність ТМО та обласних ЛПЗ щоквартально.

Якщо медична допомога надається на засадах медичного страхування, його доцільно проводити за триступеневою схемою.

На **I ступені** внутрішньовідомча оцінка діяльності ЛПЗ проводиться експертною комісією відповідних органів охорони здоров'я.

На **II ступені** експертна комісія страхової медичної організації проводить позавідомчий контроль.

На **III ступені** контроль здійснює незалежна експертна комісія у випадку виникнення конфліктів.

Для аналізу та оцінки якості лікувально-профілактичної допомоги застосовують клінічні протоколи/ стандарти медичних технологій.

3. Індикатори оцінки якості медичної допомоги, їх характеристика.

A. Donabedian вперше запропонував системну класифікацію методів аналізу якості, що дозволяла виділити три показники якості медичної допомоги:

- *якість структури* - фінанси, організаційна структура, інформація, обладнання, приміщення, медикаменти, витратні матеріали, кадри, медичні технології (стандарти);
- *якість процесу* - правильний діагноз, вибір адекватної технології лікування, дотримання норм і стандартів, залучення пацієнта до процесу медичної допомоги;
- *якість результату* - задоволення потреб та очікувань, стан здоров'я.

4. Індикатори структури забезпечення якості медичної допомоги на первинному рівні надання медичної допомоги.

До індикаторів структури забезпечення якості медичної допомоги на первинному рівні її надання відносяться:

- відповідність штатного розпису вимогам наказу МОЗ України від 23.02.2002 року №33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я»;
- укомплектованість штатних посад ЛЗП-СЛ фізичними особами, %;
- укомплектованість штатних посад сімейних медичних сестер фізичними особами, %;
- співвідношення штатних посад ЛЗП-СЛ та сімейних медичних сестер (норматив 1:2);
- співвідношення фізичних осіб ЛЗП-СЛ та сімейних медичних сестер (норматив 1:2);
- розподіл фізичних осіб ЛЗП-СЛ та сімейних медичних сестер за кваліфікаційними категоріями;
- наявність в СА приміщень, визначених ДСТУ;
- наявність централізованого холодного та гарячого водопостачання, опалення; - рівень фінансування з розрахунку на одного жителя, грн.;
- наявність санітарного автотранспорту;
- забезпеченість СА медичним обладнанням та виробами медичного призначення у відповідності до Табелю оснащення закладів ПМСД, затверджених МОЗ України;
- забезпеченість засобами санітарно-просвітницької роботи та гігієнічного виховання населення;
- наявність в СА персонального комп'ютера з доступом до системи Інтернет;

- наявність та доступність локальних клінічних протоколів з організації медичної допомоги при найбільш поширених хворобах та станах;
- забезпеченість ліцензійними інформаційними програмами, наявність доступу до телеконсультативної системи.

5. Індикатори структури забезпечення якості медичної допомоги на вторинному рівні надання медичної допомоги.

До індикаторів структури забезпечення якості амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги на вторинному рівні її надання відносяться:

- відповідність структури поліклініки галузевим нормативам та показникам поширеності хвороб серед населення території обслуговування;
- відповідність штатного розпису вимогам наказу МОЗ України від 23.02.2002 року №33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я»;
- укомплектованість штатних посад лікарів фізичними особами,%;
- укомплектованість штатних посад молодших медичних працівників з вищою освітою фізичними особами,%;
- співвідношення штатних посад лікарів та молодших медичних працівників з вищою освітою;
- розподіл фізичних осіб лікарів та молодших медичних працівників з вищою освітою за кваліфікаційними категоріями;
- рівень фінансування з розрахунку на одне амбулаторне звернення, грн.;
- наявність в поліклініці приміщень, визначених ДСТУ;
- наявність централізованого холодного та гарячого водопостачання, опалення;
- забезпеченість структурних підрозділів медичним обладнанням та виробами медичного призначення у відповідності до Табелю оснащення підрозділів амбулаторно-поліклінічних закладів, затверджених МОЗ України;
- забезпеченість лабораторною діагностикою з переліком досліджень у відповідності до клінічних протоколів, затверджених МОЗ України з доступністю в режимі роботи поліклініки (перелік досліджень, які не проводяться з аналізом їх впливу на діагностично-лікувальний процес);
- забезпеченість проміневою діагностикою з переліком досліджень у відповідності до клінічних протоколів, затверджених МОЗ України з доступністю в режимі роботи поліклініки (перелік досліджень, які не проводяться з аналізом їх впливу на діагностично-лікувальний процес);
- забезпеченість ендоскопічною діагностикою з переліком досліджень у відповідності до клінічних протоколів, затверджених МОЗ України з доступністю в режимі роботи поліклініки (перелік досліджень, які не проводяться з аналізом їх впливу на діагностично-лікувальний процес);
- забезпеченість функціональною (інструментальною) діагностикою з переліком досліджень у відповідності до клінічних протоколів, затверджених МОЗ України з доступністю в режимі роботи поліклініки (перелік досліджень, які не проводяться з аналізом їх впливу на діагностично-лікувальний процес);
- наявність затвердженої системи наступності медичної допомоги між її етапами та рівнями надання;

- наявність в структурних підрозділах персональних комп'ютерів з доступом до системи Інтернет;
- наявність та доступність локальних клінічних протоколів з організації медичної допомоги при найбільш поширених хворобах та станах;
- забезпеченість ліцензійними інформаційними програмами, наявність доступу до телеконсультативної системи.

До індикаторів структури забезпечення якості стаціонарної медичної допомоги на вторинному рівні її надання відносяться:

- відповідність структури та потужності стаціонару галузевим нормативам та показникам поширеності хвороб серед населення території обслуговування і обрахованим потребам населення в стаціонарній медичній допомозі;
- забезпеченість ліжками – кількість ліжок на 10000 населення;
- наявність приймального відділення – відділення екстреної медичної допомоги з наявністю оснащених протишокових палат, забезпечених необхідними лікарськими засобами в яких цілодобово працює підготовлений з питань екстреної медичної допомоги медичний персонал;
- відповідність штатного розпису вимогам наказу МОЗ України від 23.02.2002 року №33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я»;
- укомплектованість штатних посад лікарів фізичними особами,%;
- укомплектованість штатних посад молодших медичних працівників з вищою освітою фізичними особами,%;
- співвідношення штатних посад лікарів та молодших медичних працівників з вищою освітою;
- розподіл фізичних осіб лікарів та молодших медичних працівників з вищою освітою за кваліфікаційними категоріями;
- рівень фінансування з розрахунку на один ліжко-день, грн. в тому числі на придбання лікарських засобів та харчування;
- відповідність переліку та площ приміщень вимогам ДСТУ;
- наявність централізованого холодного та гарячого водопостачання, опалення;
- забезпеченість структурних підрозділів медичним обладнанням та виробами медичного призначення у відповідності до Табелю оснащення підрозділів амбулаторно-поліклінічних закладів, затверджених МОЗ України;
- наявність в структурі лікарні не менше 10% ліжок інтенсивної терапії оснащених відповідно до нормативів апаратами штучної вентиляції легенів, моніторинговою апаратурою та дозаторами для введення лікарських засобів;
- наявність безперебійного 3-х денного запасу лікарських засобів для проведення інтенсивного лікування пацієнтів та надання екстреної медичної допомоги за списком затвердженим головним лікарем;
- забезпеченість лабораторною діагностикою з переліком досліджень у відповідності до клінічних протоколів, затверджених МОЗ України з цілодобовою доступністю (перелік досліджень, які не проводяться з аналізом їх впливу на діагностично-лікувальний процес);
- забезпеченість променевою діагностикою з переліком досліджень у відповідності до клінічних протоколів, затверджених МОЗ України з цілодобовою доступністю (перелік досліджень, які не проводяться з аналізом їх впливу на діагностично-лікувальний процес);

- забезпеченість ендоскопічною діагностикою з переліком досліджень у відповідності до клінічних протоколів, затверджених МОЗ України з цілодобовою доступністю (перелік досліджень, які не проводяться з аналізом їх впливу на діагностично-лікувальний процес);
- забезпеченість функціональною (інструментальною) діагностикою з переліком досліджень у відповідності до клінічних протоколів, затверджених МОЗ України з цілодобовою доступністю (перелік досліджень, які не проводяться з аналізом їх впливу на діагностично-лікувальний процес);
- наявність затвердженої системи наступності медичної допомоги між її етапами та рівнями надання;
- наявність в структурних підрозділах персональних комп'ютерів з доступом до системи Інтернет;
- наявність відпрацьованої системи умов госпіталізації пацієнтів, які потребують інтенсивної медичної допомоги та при надходженні великої кількості хворих та постраждалих;
- наявність та доступність локальних клінічних протоколів з організації медичної допомоги при найбільш поширених хворобах та станах;
- забезпеченість ліцензійними інформаційними програмами, наявність доступу до телеконсультативної системи.

6. Індикатор процесу забезпечення якості медичної допомоги на первинному рівні надання медичної допомоги.

До індикаторів процесу забезпечення якості ПМСД відносяться:

- рівень звернень населення до ЛЗП-СЛ з розрахунку на одного жителя;
- частка звернень з профілактичною метою, % до загальної кількості звернень;
- частка звернень дитячого населення, % до загальної кількості звернень;
- частка взятих на диспансерний облік за основними нозологіями, % від загальної кількості зареєстрованих хворих;
- частка оглянутих з профілактичною метою, % від загальної кількості диспансерних хворих за нозологіями;
- частка охоплених заходами реабілітації (проти рецидивного лікування), % від загальної кількості диспансерних хворих за нозологіями;
- охоплення цільовими профілактичними оглядами на виявлення на ранніх стадіях розвитку:
 - туберкульозу;
 - онкологічних захворювань: раку молочної залози, шийки матки, прямої кишки, шкіри;
 - гіпертонічної хвороби;
 - цукрового діабету;
 - глаукоми.
- вакцинація населення, % від підлеглих плановій вакцинації;
- кількість пролікованих в денних та домашніх стаціонарах;
- охоплення санітарно-гігієнічним навчанням, заходами з формування здорового способу життя, % від кількості прикріпленого населення.

7. Індикатор процесу забезпечення якості медичної допомоги на вторинному рівні надання медичної допомоги (Амбулаторно-поліклінічний та стаціонарний).

До індикаторів процесу забезпечення якості амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги на вторинному рівні її надання відносяться:

- функція посади лікаря-спеціаліста амбулаторно-поліклінічного закладу охорони здоров'я (підрозділу);
- частка звернень з профілактичною метою, % до загальної кількості звернень;
- частка звернень за направленнями ЛЗП-СЛ, % до загальної кількості звернень;
- частка взятих на диспансерний облік за основними нозологіями, % від загальної кількості зареєстрованих хворих;
- частка оглянутих з профілактичною метою, % від загальної кількості диспансерних хворих за нозологіями;
- частка охоплених заходами реабілітації (проти рецидивного лікування), % від загальної кількості диспансерних хворих за нозологіями;

За даними експертної оцінки карт амбулаторного хворого виявлені дефекти в роботі: невідповідність обстеження, неадекватна стану пацієнта визначена лікарем тактика, відсутність профілактичної спрямованості при веденні пацієнта, неякісне ведення медичної документації; випадки порушення: принципу конфіденційності інформації про пацієнта, правил деонтології, прав пацієнтів, санітарно-проти епідемічного режиму.

До індикаторів процесу забезпечення якості стаціонарної медичної допомоги на вторинному рівні її надання відносяться:

Для характеристики використання ліжкового фонду можуть бути використані наступні показники:

- рівень госпіталізації – кількість госпіталізованих у лікувальних закладах на 10000 населення. При аналізі показників госпіталізації пацієнтів вивчають та аналізують наступні показники: кількість та частку госпіталізованих обгрунтовано; кількість та частку госпіталізованих частково обгрунтовано (пацієнти, які за станом здоров'я могли отримати медичну допомогу в денних та домашніх стаціонарах); кількість та частку госпіталізованих в непрофільні структурні підрозділи ЗОЗ; кількість та частку госпіталізованих з метою отримання соціальної (медико-соціальної) допомоги; кількість та частку госпіталізованих в спеціалізовані відділення для отримання паліативної допомоги.
- використання ліжкового фонду – відношення кількості проведених у лікарні ліжок - днів до середньорічної кількості фактично розгорнутих ліжок. Добуток цієї величини на кількість днів роботи закладу характеризує його пропускну спроможність;
- оборот лікарняного ліжка – середня кількість хворих, які пройшли курс лікування на одному ліжку за рік. Обчислюється як відношення кількості вибулих із стаціонару хворих на середньорічну кількість ліжок у лікарні;
- зайнятість лікарняного ліжка – середня кількість днів зайнятості ліжка на рік. Обчислюється, в цілому, по стаціонарах та окремих відділеннях як відношення ліжок – днів, проведених хворими у стаціонарі протягом року, до середньої кількості ліжок;
- середня тривалість перебування хворого на ліжку – обчислюється як відношення кількості проведених пацієнтами ліжок – днів до кількості вибулих пацієнтів (виписаних та померлих).

При вивченні середніх термінів перебування пацієнтів в стаціонарах вивчаються та аналізуються показники необґрунтованого перебування пацієнтів в стаціонарі. До них відносяться терміни перебування в стаціонарі планово госпіталізованих пацієнтів до початку комплексного лікування чи проведення оперативного втручання (обстеження та встановлення клінічного діагнозу), а також терміни після стабілізації стану, коли пацієнти можуть продовжувати прийом лікарських засобів в стаціонаророзамінних формах надання медичної допомоги. Середня тривалість лікування пацієнта з даною нозологічною формою захворювання – відношення середньої кількості ліжок – днів, що проведені виписаними пацієнтами з даною нозологією, котрі були виписані.

Названі показники вивчаються в цілому по стаціонару, спеціалізованих відділеннях та в розрізі захворювань, що найбільш часто потребують госпіталізації.

1. Розподіл пацієнтів за частотою тривалості перебування в стаціонарі – відношення кількості хворих із даною нозологічною формою, що лікувались у стаціонарі протягом визначеного періоду t , до кількості хворих з тією ж нозологією, що були виписані зі стаціонару. На практиці t : 1 – 3 дні; 4 – 7; 8 – 14; 15 – 30; більше 30 днів.

2. Частота побічної дії лікарських препаратів – відношення кількості випадків побічної дії до кількості хворих, що вибули зі стаціонару.

3. Хірургічна активність стаціонару – відношення кількості пацієнтів, що були прооперовані в стаціонарі (відділенні), до кількості пацієнтів, що вибули зі стаціонару (відділення).

4. Питома частка планових операцій у загальному обсязі хірургічних втручань.

5. Частота патологоанатомічних розтинів обчислюється як відношення кількості проведених за період патологоанатомічних розтинів до кількості пацієнтів, що померли у стаціонарі.

Принципово новими індикаторами оцінки процесу забезпечення якості стаціонарної медичної допомоги є:

- відповідність наданої медичної допомоги за термінами проведення діагностичних обстежень та проведення лікувальних заходів галузевим медичним стандартам, які затверджені МОЗ України через Клінічні протоколи;

- відповідність наданої медичної допомоги за обсягами проведення діагностичних обстежень та проведення лікувальних заходів галузевим медичним стандартам, які затверджені МОЗ України через Клінічні протоколи.

Даний аналіз проводиться відповідно до нозологічних одиниць, за класами хвороб відповідно до МКХ-10 в структурних підрозділах та ЗОЗ в цілому.

8. Індикатор результату забезпечення якості медичної допомоги на первинному та вторинному рівні надання медичної допомоги.

До індикаторів результату якості ПМСД відносяться:

- зниження рівнів загальної захворюваності, інвалідності і смертності серед диспансерної групи населення;
- зниження рівнів смертності населення працездатного віку;
- зниження рівнів попереджувальної смертності населення;
- зниження рівня вперше виявлених хворих на туберкульоз та злоякісні новоутворення в

занедбаних стадіях;

- зниження рівня захворюваності населення на інфекційні хвороби, які відносяться до групи вакцинокованих;
- зниження рівня госпіталізації населення;
- зниження рівня викликів бригад екстреної медичної допомоги при невідкладних станах;
- зниження рівня госпіталізації пацієнтів за екстреними показами поза межами терапевтичного вікна.

ПОСТАНОВОЮ КМУ від 30 грудня 2013 р. N 977 «Деякі питання оплати праці медичних працівників, що надають первинну медичну допомогу» затверджено Порядок встановлення надбавок за обсяг та якість виконаної роботи медичним працівникам закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу.

Згідно даної Постанови показниками якості на первинному рівні надання медичної допомоги є:

- показник рівня виявлення онкологічних захворювань на ранній стадії (I і II стадії) серед хворих, у яких вперше виявлено візуальні форми раку (середній показник по регіону);
- показник виконання плану проведення скринінгових досліджень виявлення раку шийки матки (70 відсотків);
- показник виконання плану проведення флюорографічного обстеження групи медичного ризику (90 відсотків і більше);
- показник питомої ваги пацієнтів з кислотно-стійкими бактеріями (+) у мокротинні серед усіх хворих з підозрою на туберкульоз або його рецидив, які були обстежені бактеріоскопічно у туберкульозних лабораторіях I рівня після звернення за медичною допомогою до закладів первинної медико-санітарної допомоги (від 5 до 10 відсотків включно);
- показник питомої ваги дітей віком до 6 місяців включно, які протягом звітного періоду перебували на грудному вигодовуванні (60 відсотків і більше);
- показник виконання календарного плану проведення обов'язкових медичних профілактичних оглядів здорової дитини віком до 3 років (95 відсотків);
- показник рівня первинної захворюваності на гострий інфаркт міокарда та гострий інсульт серед населення працездатного віку на 1000 осіб прикріпленого населення відповідного віку (середній показник по регіону);
- показник рівня госпіталізації до закладів охорони здоров'я, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу в стаціонарних умовах, на 100 осіб прикріпленого населення (за місцем проживання (перебування));
- показник кількості виїздів за викликами екстреної медичної допомоги до хронічних хворих на 1000 осіб прикріпленого населення (за місцем проживання (перебування) (середній показник по регіону);
- показник кількості консультативних висновків з приводу захворювання, наданих лікарем вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги в амбулаторних умовах, на 1000 осіб прикріпленого населення (за місцем проживання (перебування) (середній показник по регіону).

НАКАЗОМ МОЗ України від 25.07.2013 N 693/633, який зареєстровано в Міністерстві юстиції України 2 серпня 2013 р. за N 1306/23838 «Про затвердження Змін до Типового переліку бюджетних програм та результативних показників їх виконання для місцевих бюджетів у галузі "Охорона здоров'я" затверджені наступні показники результативності первинної медичної допомоги:

Мета: Зміцнення та поліпшення здоров'я населення шляхом забезпечення потреб населення у первинній медичній допомозі	
Завдання	Результативні показники
Забезпечення надання населенню первинної медичної допомоги за місцем їх проживання (перебування)	<p>Показники затрат:</p> <ul style="list-style-type: none"> - кількість штатних посад, одиниць; - в тому числі лікарів, які надають первинну допомогу, одиниць. <p>Показники продукту:</p> <ul style="list-style-type: none"> - кількість прикріпленого населення, осіб; - кількість пролікованих хворих, тисяч осіб. <p>Показники ефективності:</p> <ul style="list-style-type: none"> - кількість прикріпленого населення на 1 лікаря, який надає первинну допомогу, од.; - середня кількість відвідувань на 1 лікаря, одиниць. <p>Показники якості:</p> <ul style="list-style-type: none"> - забезпечення повноти охоплення профілактичними щепленнями, %; - динаміка* виявлених візуальних форм онкозахворювань в занедбаних стадіях, %; - динаміка* виявлених візуальних форм випадків туберкульозу в занедбаних стадіях, %.

До індикаторів результату якості амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги на вторинному рівні її надання відносяться:

- зниження рівнів загальної захворюваності, інвалідності і смертності серед диспансеризованих;
- зниження рівнів смертності населення працездатного віку;
- зниження рівнів попереджувальної смертності населення;
- зниження рівнів госпіталізації населення;
- збільшення частки госпіталізованих в плановому порядку в тому числі для проведення оперативних втручань.

Далі, в табл. 1, наведено типову шкалу кінцевих результатів роботи поліклінік для дорослого населення.

Типова модель кінцевих результатів роботи поліклінік для дорослого населення

Показник	Одиниця вимірювання	Норматив	Оцінка, бали		
			Норматив	Відхилення	
				Знак	На одиницю вимірювання
<i>Результативність</i>					
Частота первинного виходу на Інвалідність	На 10 тис. Працюючих	55	4	-	1
Виявлення хворих на туберкульоз органів дихання під час профілактичних оглядів	% від усіх вперше виявлених	50	5	+	0,5
Частота флюорографічного обстеження населення	На 100 Населення	60	6	+	0,5
Повнота охоплення жінок профілактичними оглядами	% оглянутих до кількості жінок із 18 років	80	5	+	0,3
Середня тривалість перебування на лікарняному листку	Дні	10*	2	-	0,3
Рівень якості лікування (РЯЛ)	Середній рівень у %	85	6	+	0,1
<i>Дефекти</i>					
Виявлення хворих із давніми стадіями онкозахворювань	На 100 тис. Населення			-	0,3
Пізнє виявлення хворих на туберкульоз з вини медичних Працівників	На 100 тис. населення			-	0,5
Обгрунтовані скарги: деонтологічні	На 100 тис. населення			-	0,3
на низьку якість діагностики та лікування				-	0,5
<i>Примітка.</i> * - встановлює відділ охорони здоров'я					

Показник результативності (ПР) визначається за формулою: $ПР = НЗ + (ФП - НП) \cdot ОВ$, де

ПР - показник результативності;

НЗ - нормативне значення даної моделі в балах; ФП - фактичний показник;

НП - нормативний показник; ОВ - одиниця вимірювання.

У наведеному прикладі для першого показника результативності – первинного виходу на інвалідність – нормативне значення 40,0 оцінюється у

4 бали (табл. 1). Відхилення, яке дорівнює 1 на 10 тисяч населення, оцінюється в 1 бал. При цьому знак “-” у п’ятій колонці означає, що при збільшенні значення показника відносно до нормативу оцінка в балах буде зменшена.

Показники дефектів (ПД) визначаються як добуток фактичного показника на одиницю вимірювання.

Після підрахунку всіх ПР і ПД розраховуємо **коефіцієнт досягнення результату**. **КДР** визначається відношенням різниці між реально досягнутою сумою балів показників результативності та сумою балів дефектів до суми нормативних значень всіх показників результативності.

$$\text{КДР} = \frac{(\text{ПР}_1 + \text{ПР}_2 + \dots + \text{ПР}_n) - (\text{ПД}_1 + \text{ПД}_2 + \dots + \text{ПД}_n)}{\text{НЗ}_1 + \text{НЗ}_2 + \dots + \text{НЗ}_n}$$

Оцінюють отриманий КДР у динаміці, порівнюючи з даними аналогічних лікувально-профілактичних закладів (відділень). Бажано, щоб величина КДР наближалася до одиниці.

До моделей включають також показники, отримані за даними експертних оцінок **або** методу рівня якості лікування (РЯЛ).

Рівень якості лікування слід визначати за такою формулою:

$$\text{РЯЛ} = (\text{ОНЗ} + \text{ОЯ}) : 200 \%, \text{ де}$$

РЯЛ - рівень якості лікування;

ОНЗ - оцінка виконання набору діагностичних, лікувально-оздоровчих заходів і правильність постановки діагнозу;

ОЯ - оцінка якості лікування (стан здоров'я пацієнта після закінченого лікування).

У свою чергу, **ОНЗ** визначають за формулою:

$$\text{ОНЗ} = \text{ОДЗ} + \text{ОД} + \text{ОЛЗ}, \text{ де}$$

ОДЗ - оцінка виконання діагностичних заходів;

ОД - оцінка діагнозу;

ОЛЗ - оцінка лікувально-оздоровчих заходів.

Для оцінки ОДЗ, ОД, ОЛЗ і ОЯ пропонуються такі шкали (табл. 2, 3, 4, 5).

Таблиця 2

ШКАЛА ОЦІНКИ ДІАГНОСТИЧНИХ ЗАХОДІВ (ОДЗ, %)

Діагностичне обстеження не проведене	0
Виконані окремі малоінформативні обстеження	25
Обстеження проведено наполовину	50
Обстеження проведено майже повністю	75
Обстеження проведено повністю	100

Таблиця 3

ШКАЛА ОЦІНКИ ДІАГНОЗУ (ОД, %)	
Невідповідність між встановленим діагнозом і клініко – діагностичними даними	0
Відсутність розгорнутого клінічного діагнозу з вказівкою стадії, локалізації, порушення функції, наявності ускладнень	50
Встановлено розгорнутий клінічний діагноз із вказівкою стадії, локалізації, порушення функції, наявності ускладнень	75
Встановлено розгорнутий клінічний діагноз основного та супутніх захворювань	100

Таблиця 4

ШКАЛА ОЦІНКИ ЛІКУВАЛЬНО – ОЗДОРОВЧИХ ЗАХОДІВ (ОЛЗ, %)

Лікувально – оздоровчі заходи практично не проводились	0
Виконані окремі малоефективні процедури, маніпуляції та заходи	25
Лікувально – оздоровчі заходи виконані наполовину	50
Лікувально – оздоровчі заходи виконані майже повністю; є окремі недоліки	75
Набір лікувально – оздоровчих заходів виконано повністю	100

Таблиця 5

ШКАЛА ОЦІНКИ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ПАЦІЄНТА ПІСЛЯ ЗАКІНЧЕННЯ ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ (ОЯ, %)

Очікувані результати лікувально – профілактичного процесу та реабілітації практично відсутні	0
Незначне покращення стану здоров'я при явних відхиленнях результатів параклінічних досліджень від нормативних значень	50
Досягнуто очікуваних результатів лікувально – профілактичного процесу та реабілітації, проте спостерігаються помірні відхилення результатів параклінічних досліджень від нормативних значень	75
Отримані результати лікувально – профілактичного процесу та реабілітації повністю відповідають клінічним протоколам	100

При проведенні інтегральної оцінки рівня якості лікування (РЯЛ) слід враховувати значущість складових частин за допомогою відповідних індексів.

Для оцінки діагностичних заходів запропоновано індекс, що дорівнює 0,5; для оцінки діагнозу індекс – 0,1; для оцінки лікувально – оздоровчих заходів – 0,4; для оцінки якості – 1.

Виходячи з цього, РЯЛ визначається за формулою:

$$\text{РЯЛ} = (0,5 \cdot \text{ОДЗ} + 0,1 \cdot \text{ОД} + 0,4 \cdot \text{ОЛЗ} + 1 \cdot \text{ОЯ}) : 200 \%$$

Багато, щоб величина РЯЛ наближалася до одиниці.

До індикаторів результату якості стаціонарної медичної допомоги на вторинному рівні її надання відносяться:

- зниження рівня летальності: загальної, до добової, післяопераційної; за віком, статтю, класом захворювання, нозологією тощо.

Летальність у стаціонарі визначається відношенням кількості пацієнтів, що померли у стаціонарі, до кількості пацієнтів, що вибули зі стаціонару.

Особливої уваги потребує вивчення причин смерті пацієнтів протягом першої доби перебування в стаціонарі. Проводячи аналіз летальності, слід порівнювати показники летальності хворих на конкретну хворобу в стаціонарі та летальності вдома. При цьому може виявитись той факт, що вдома померли тяжко хворі або такі, що були безпідставно рано виписані зі стаціонару, або такі, які не були госпіталізовані, але потребували цього. Вивчаються обсяги і терміни проведення діагностичних та лікувальних заходів на всіх етапах та рівнях надання медичної допомоги у відповідності до галузевих стандартів надання медичної допомоги.

Якість стаціонарної медичної допомоги характеризують також такими показниками як:

- частота розбіжностей між клінічними та патологоанатомічними діагнозами;
- частота післяопераційних ускладнень;
- структура результатів: % випадків покращення стану здоров'я, без змін, погіршення стану здоров'я.

Джерелами первинної інформації для проведення аналізу слугують історії стаціонарного хворого, карти вибулого зі стаціонару.

Методика визначення інтегрального коефіцієнта ефективності медичної допомоги (Кі):

Кі визначають за формулою: $K_i = K_m \times K_c \times K_v$,

де **Км** – коефіцієнт медичної ефективності – відношення кількості досягнутих медичних результатів до загальної кількості оцінюваних випадків;

Кс – коефіцієнт соціальної ефективності – відношення випадків задоволення до загальної кількості випадків, що оцінювали пацієнти;

Кв – коефіцієнт співвідношення витрат – відношення нормативних витрат до фактичних витрат в оцінюваних випадках надання медичної допомоги.

Якщо виникають ускладнення, можна обмежитися Кі, який включає тільки 2 коефіцієнти, наприклад, **Км** x **Кс**, при цьому Км і Кс можна спочатку визначити не стосовно кожного медичного працівника, а щодо підрозділу в цілому.

Існує додаткова методика оцінки результатів роботи (ОРР) лікаря – клініциста. Вона передбачає обчислення та подальше складання конкретних результатів його праці за кожним випадком лікування за весь період, що оцінюється, шляхом множення індексу рівня якості лікування (РЯЛ) на коефіцієнт складності курації (КСК):

$$ОРР = КСК \cdot РЯЛ$$

РЯЛ оцінюється за трьома блоками:

- кінцевий результат (КР);

- стандарт обстеження (СО);
- стандарт лікування (СЛ).

Слід наголосити на тому, що кожен блок має свій коефіцієнт:

КР – 0,5; СО – 0,2; СЛ – 0,3.

Блок КР передбачає три види оцінки:

- а) КР досягнуто – 1,0. У цьому разі блок КР становитиме $1,0 \cdot 0,5 = 0,5$; б) КР не досягнуто – 0. У цьому разі блок КР становитиме $0 \cdot 0,5 = 0$;
- в) КР досягнуто не повністю – від 0,5 до 0,8. У цьому разі блок КР становитиме $(0,5 - 0,8) \cdot 0,5 = 0,25 - 0,4$.

Блок СО передбачає оцінку в трьох варіантах:

- 1) СО виконано повністю – 1,0. У такому разі блок СО становитиме $1,0 \cdot 0,2 = 0,2$;
- 2) СО не виконано. Цей висновок потребує уточнення: якщо невиконання вплинуло на КР, величина проміжного показника може становити від 0 до 0,5. При цьому СЛ дорівнює $(0 - 0,5) \cdot 0,3 = 0 - 0,15$; якщо невиконання СЛ не вплинуло на КР, показник оцінюється 0,8. У такому разі СЛ становитиме $0,8 \cdot 0,3 = 0,24$.

Таким чином, РЯЛ закінчених випадків дорівнює сумі оцінок усіх трьох блоків і розраховується за формулою:

РЯЛ = 0,5 · КР + 0,2 · СО + 0,3 · СЛ,

де 0,5; 0,3 та 0,2 – вагові коефіцієнти блоків КР, СО та СЛ.

Величина показників КР, СО та СЛ (оцінка кожного з блоків) вибирається посадовою особою, яка здійснює перевірку та оцінює результати діяльності лікарів – клініцистів чи лікувального закладу в цілому.

Фактичні результати лікування оцінюються за даними історій хвороби. Ступінь складності роботи лікаря (КСК) оцінюється за медико–економічними стандартами диференційовано на кожну клінічну і нозологічну форму відповідно до міжнародної класифікації хвороб 10 – го перегляду (МКХ - 10).

9. Стандартизація в охороні здоров'я.

Стандартизація в охороні здоров'я є пріоритетним напрямом сучасного розвитку охорони здоров'я в більшості економічно розвинених країнах світу, та являє собою діяльність, спрямовану на досягнення оптимального ступеня впорядкування в охороні здоров'я шляхом розробки та встановлення вимог, норм, правил, характеристик умов, продукції, технологій, робіт, послуг, що застосовуються в охороні здоров'я.

Стандарт – це документ, розроблений на основі консенсусу та затверджений визнаним органом, у якому встановлюються для загального і багатократного використання правила, загальні принципи або характеристики, що стосуються різних видів діяльності або їх результатів.

Необхідність стандартизації зумовлена:

- 1. Постійно зростаюча вартість медичної допомоги, підвищення рівня вимог пацієнтів.
- 2. Бурхливий розвиток доказової медицини та технологій і лікарських засобів.
- 3. Схильність лікарів до стереотипізації, виходячи із власного досвіду.

Об'єкти стандартизації є:

- 1. Організаційні технології
- 2. Медичні послуги

3. Технології виконання медичних послуг
4. Технічне забезпечення виконання медичних послуг
5. Кваліфікація медичного персоналу
6. Економічні аспекти охорони здоров'я
7. Інформаційні технології
8. Обліково - звітня документація

За обов'язковістю: рекомендовані, законодавчі

За рівнем: міжнародні, національні

За видами стандартів є:

- стандарти на ресурси охорони здоров'я;
- організаційні стандарти;
- технологічні стандарти;
- стандарти програм медичної допомоги;
- комплексні стандарти.

Стандарт якості медичної допомоги - реально досяжний і нормативно затверджений на певний період рівень медичної допомоги.

При перевірці якості медичної допомоги часто використовують СТАНДАРТ ЯКОСТІ. Основу стандарту якості медичної допомоги складають:

- обсяг обстеження хворого;
- обсяг лікувально-реабілітаційних заходів;
- стан хворого при виписці.

Сьогодні зусилля більшості вчених і практикуючих лікарів концентруються насамперед на розробці технологічних стандартів, до яких належать:

- Клінічні алгоритми.
- Клінічні рекомендації (КР).
- Клінічні протоколи.

ТЕМА №9

ОРГАНІЗАЦІЯ САНІТАРНО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ. ВИДИ ТА ПОРЯДОК ЗДІЙСНЕННЯ САНІТАРНО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО НАГЛЯДУ

Навчальна мета

Вивчити основи організації санітарно-епідеміологічної служби із забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя населення.

Знати:

- регламентацію права на здорове довкілля в міжнародному, європейському та національному законодавстві;
- основні зміни в структурі санітарно-епідеміологічної служби внаслідок реорганізації під час реформування галузі;
- питання взаємодії санітарно-епідеміологічної служби з лікувально-профілактичними закладами;
- зміст основних облікових і звітних документів Служби.

Вміти:

- оцінювати доцільність дій лікувально-профілактичних закладів, адміністрацій певних підприємств, навчальних і виховних закладів, санітарно-епідеміологічної служби щодо конкретних ситуацій, які потребують проведення злагоджених заходів щодо організації лікувально-профілактичного та санітарно-протиепідемічного забезпечення населення;
- розробляти пропозиції до комплексних планів санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів.

Запитання для підготовки до заняття:

1. Забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя населення: поняття "санітарно-епідеміологічна справа".
2. Види та завдання санітарно-епідеміологічного нагляду.
3. Основні принципи та напрямки діяльності санітарно-епідеміологічної служби.
4. Законодавство України з питань охорони навколишнього середовища та здоров'я.
5. Реформа санітарно-епідеміологічної служби: основні зміни в структурі галузі.
6. Основні функції, завдання, напрямки роботи і штати санітарно-епідеміологічної служби в Закарпатській області.
7. Участь лікувально-профілактичних закладів і санітарно-епідеміологічної служби в проведенні первинної профілактики. Види та методика проведення обов'язкових медичних оглядів декретованих груп населення.

Література:

1. Громадське здоров'я / За редакцією академіка НАМН України В. Ф. Москаленка. – Вінниця: Нова Книга. 2013. – с. 202-231.
2. <http://www.zakarpatses.gov.ua/>
3. <http://www.zakarpatses.gov.ua/pod/824-statut-du-q-zolcz-moz-uq>
4. <http://www.zakarpatses.gov.ua/pod>

1. Забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя населення. Поняття "санітарно-епідеміологічна справа".

Згідно з Законом України "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя" поняття "*санітарне та епідемічне благополуччя*" визначають як "оптимальні умови життєдіяльності, що забезпечують низький рівень захворюваності, відсутність шкідливого впливу на здоров'я населення факторів навколишнього середовища, а також чинників для виникнення та поширення інфекційних захворювань".

Забезпечення державою санітарного та епідемічного благополуччя залежить від наявності низки передумов, до яких належать:

- розвинуте санітарне законодавство, в тому числі державні санітарні норми, правила, гігієнічні нормативи;
- застосування системи державних стимулів і регуляторів, спрямованих на його дотримання;
- організація державного санітарного-епідеміологічного нагляду.

Основним актом, який регламентує діяльність санітарно-епідеміологічної служби, є закон України "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення", прийнятий Верховною Радою в 1994 р. Він складається з 7 розділів і містить 50 статей.

У першому розділі представлені загальні положення, розкриті поняття про санітарне та епідемічне благополуччя, державні санітарні норми, правила, санітарні та протиепідемічні заходи.

В другому розділі визначені права та обов'язки громадян щодо забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя.

Третій розділ регламентує вимоги до забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населенню. Вони стосуються:

- планування та забудови населених пунктів;
- розміщення, будівництва, реконструкції підприємств, очисних споруд;
- господарсько-питного водопостачання;
- продовольчої сировини та продуктів харчування;
- безпечних умов проживання, навчання, виховання тощо.

В цьому розділі визначені *зміст і порядок* проведення державної санітарно-гігієнічної експертизи, яка передбачає:

- безпеку господарської та іншої діяльності, умов праці, навчання, виховання, побуту;
- встановлення відповідності об'єктів експертизи вимогам санітарних норм;
- оцінку повноти та обґрунтованості санітарних і протиепідемічних заходів;
- оцінку можливого негативного впливу небезпечних факторів, пов'язаних з діяльністю об'єктів експертизи, визначення ступеня створюваного ними ризику для здоров'я населення.

Поняття "санітарно-епідеміологічна справа" включає:

- державні та суспільні протиепідемічні, санітарно-гігієнічні та оздоровчі заходи;
- санітарне законодавство;
- практичну діяльність органів і установ державної санітарно-епідеміологічної служби України;
- науково-дослідну роботу з гігієни, епідеміології, організації санітарно-епідеміологічної справи;
- систему підготовки, підвищення кваліфікації санітарних кадрів, підготовку працівників медичної мережі з питань епідеміології та гігієни;
- гігієнічне виховання населення.

2. Види та завдання санітарно-епідеміологічного нагляду.

Наведене визначення складових частин цього поняття свідчить про необхідність проведення багатопланових профілактичних заходів на рівні держави, суспільства та окремих груп населення, різних відомств, служб і зокрема санітарно-епідеміологічної.

Установи та заклади державної санітарно-епідеміологічної служби здійснюють *державний санітарно-епідеміологічний нагляд*, тобто діяльність з контролю за дотриманням юридичними та фізичними особами санітарного законодавства. Метою діяльності є запобігання, виявлення, зменшення чи усунення шкідливого впливу небезпечних факторів на здоров'я людей. При потребі є можливим застосування заходів правового впливу щодо порушників.

Державний санітарно-епідеміологічний нагляд здійснюють установи і заклади державної санітарно-епідеміологічної служби системи МОЗ.

Основні завдання державного санітарно-епідеміологічного нагляду:

- нагляд за організацією і проведенням органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування, підприємствами, установами, організаціями та громадянами санітарних і протиепідемічних заходів;
- нагляд за реалізацією державної політики з питань профілактики захворювань населення, участь у розробці та контроль за виконанням програм із запобігання шкідливому впливу небезпечних факторів довкілля та виробничого середовища на здоров'я людини;
- нагляд за дотриманням санітарного законодавства;
- нагляд за виконанням приписів та вимог посадових осіб державної санітарно-епідеміологічної служби;
- проведення державної санітарно-гігієнічної експертизи, надання висновків та дозволів на проведення видів діяльності, передбачених Законом України "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення";
- проведення гігієнічної регламентації будь-якого небезпечного фактора фізичної, хімічної, біологічної природи, присутнього у середовищі життєдіяльності людини, з метою встановлення та затвердження критеріїв їх допустимого впливу на здоров'я людини.

Основні види державного санітарно-епідеміологічного нагляду:

1. запобіжний
2. поточний.

Запобіжний санепіднагляд, залежно від рівня установи (закладу) санепідслужби це:

- гігієнічне та епідеміологічне нормування потенційно небезпечних для здоров'я людини факторів, що знаходить своє відображення в гігієнічних та епідеміологічних нормативах, регламентація застосування цих факторів, а також технологій, продукції тощо в санітарних правилах і нормах, державних і галузевих стандартах;
- державна санітарно-гігієнічна (санітарно-епідеміологічна) експертиза, спрямована на визначення відповідності нової діяльності, технології, продукції, сировини, нормативного документу, проектної, технічної, інструктивно-методичної документації тощо, що можуть безпосередньо або опосередковано впливати на здоров'я людини, санітарному законодавству, в тому числі санітарним нормам, державним стандартам, технічним умовам та регламентам тощо, а у разі їх відсутності із встановленням критеріїв безпеки (показників та їх гранично допустимих рівнів, вмісту, концентрації тощо);
- контроль за дотриманням санітарно-гігієнічних норм і правил при проектуванні, будівництві, реконструкції житлових, комунальних, промислових і інших об'єктів, при зміні технології виробництва чи запровадженні нових виробничих

процесів. Здійснюється також контроль за плануванням, забудовою та благоустроєм населених місць, за проведенням заходів із санітарної охорони атмосферного повітря, джерел водопостачання, ґрунту від будь-якого забруднення.

Поточний санепіднагляд за численними об'єктами, розміщеними на конкретній території має на меті контроль за дотриманням санітарно-гігієнічних та протиепідемічних норм і правил на діючих підприємствах, в установах, організаціях, на спорудах різного призначення, в житлових і громадських приміщеннях, ЛПЗ, дитячих закладах.

Є такі основні види обстежень:

- *поточні* з метою нагляду за експлуатацією об'єктів, їх устаткуванням і обладнанням;
- *планові поглиблені (цільові)* - метою їх є детальне вивчення стану об'єкта та складання санітарного опису;
- *комплексні* - проводяться бригадою спеціалістів з метою вивчення взаємозв'язку умов життя, праці, виховання та здоров'я відповідних груп населення.

За оцінкою санітарно-гігієнічного стану об'єкти державного санепіднагляду (ДСН) розподіляють на три групи.

- *Перша група* - санітарний стан відповідає санітарно-гігієнічним та проти-епідемічним нормам і правилам, відсутнє перевищення гранично допустимих концентрацій (ГДК) шкідливих речовин або гранично допустимих рівнів (ГДР).
- *Друга група* - санітарно-гігієнічний стан не відповідає санітарно-гігієнічним нормам і правилам, але відсутнє перевищення ГДК або ГДР.
- *Третя група* - санітарний стан об'єктів не відповідає санітарно-гігієнічним нормам і правилам, при цьому має місце перевищення ГДК і ГДР.

3. Основні принципи та напрямки діяльності санітарно-епідеміологічної служби.

Діяльність державної санітарно-епідеміологічної служби ґрунтується на *принципах*, таких як:

- Державний характер.
- Науково-планова основа санітарно-гігієнічних та санітарно-протиепідемічних заходів.
- Єдність санітарно-гігієнічних та санітарно-протиепідемічних заходів.
- Єдність запобіжного та поточного санітарного нагляду.
- Участь різних служб і відомств, організацій, підприємств, установ і громадян у проведенні санітарних і протиепідемічних заходів.
- Участь у міжнародному співробітництві.

До основних *напрямків діяльності* державної санітарно-епідеміологічної служби відносяться:

- здійснення державного санітарно-епідеміологічного нагляду;
- визначення пріоритетних заходів у профілактиці захворювань, а також в охороні здоров'я населення від шкідливого впливу на нього факторів навколишнього середовища;
- вивчення, оцінка і прогнозування показників здоров'я населення залежно від стану середовища життєдіяльності людини; встановлення факторів навколишнього середовища, що шкідливо впливають на здоров'я населення;
- підготовка пропозицій щодо забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення, запобігання занесенню та поширенню особливо небезпечних (у тому числі карантинних) та небезпечних інфекційних хвороб;
- контроль за усуненням причин і умов виникнення і поширення інфекційних, масових неінфекційних захворювань, отруєнь та радіаційних уражень людей;

- державний облік інфекційних і професійних захворювань та отруєнь;
- видача висновків державної санітарно-гігієнічної експертизи щодо об'єктів поводження з відходами;
- встановлення санітарно-гігієнічних вимог до продукції, що виробляється з відходів, та видача гігієнічного сертифіката на неї;
- методичне забезпечення та здійснення контролю під час визначення рівня небезпечності відходів.

4. Законодавство України з питань охорони навколишнього середовища та здоров'я.

Санітарне законодавство - це сукупність законів і підзаконних актів, які регулюють суспільні відносини в галузі охорони здоров'я населення. Санітарне законодавство базується на Основах законодавства України про охорону здоров'я і складається з закону України "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення", інших актів законодавства та санітарних норм.

Охорона навколишнього середовища та здоров'я базується на:

I. Законодавстві України;

II. Міжнародних нормативно-правових актах, ратифікованих Верховною Радою України.

На сьогоднішній дотримання Державних санітарно-протиепідемічних правил і норм та санітарних регламентів визначається в статті 3 Конституції України, яка декларує, що «Людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю».

Основи законодавства України про охорону здоров'я прописані в розділі IV і містять ряд наглядових законів, спрямованих на забезпечення безпечних умов життя (Про забезпечення санітарно-гігієнічного благополуччя, Про охорону навколишнього середовища, Про охорону атмосферного повітря, Про захист людей від іонізуючого випромінювання, Про відходи, Про якість і безпеку харчових продуктів і продовольчої сировини, Про захист населення і територій від надзвичайних ситуацій техногенного походження та природного характеру, Про питну воду) та закони профілактичної спрямованості (Про боротьбу з інфекційними хворобами, Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз, Про запобігання захворюванню на СНІД і соціальний захист населення, Про курорти, Про заходи попередження та зменшення споживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення).

Державна санітарно-епідеміологічна служба є центральним органом виконавчої влади, яка реалізує державну політику у сфері забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення та спрямовує свою діяльність на профілактику інфекційних хвороб, професійних захворювань, масових неінфекційних захворювань (отруєнь), радіаційних уражень людей, запобігання шкідливого впливу на стан їх здоров'я та життя факторів середовища життєдіяльності.

5. Реформа санітарно-епідеміологічної служби: основні зміни в структурі галузі.

До 2012 року функцію контролюючого органу у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення виконували санітарно-епідеміологічні станції, які були закладами охорони здоров'я та знаходились в сфері управління Міністерства охорони здоров'я України, а їх керівники підпорядковувались головному державному санітарному лікарю України, який за посадою був Першим заступником Міністра охорони здоров'я. Такі заклади були практично на кожній адміністративній території (сільський район, місто, район в місті), мали статус окремої юридичної особи і їх налічувалось близько 800, а штат працівників складав понад 50 тис. осіб.

Згідно з наказом Державної санітарно-епідеміологічної служби України від 20.10.2015 № 170 державні підприємства та установи, що належать до сфери управління Держсанепідслужби України реорганізовані шляхом їх приєднання до Державної

установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» (04071, м. Київ, вул. Ярославська, 41).

31 травня 2016 року Міністерством охорони здоров'я України зареєстровано у Єдиному державному реєстрі юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань Державну установу «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України».

Новоутворений Центр стане науково-практичною установою медичного профілю, що здійснюватиме функції із забезпечення збереження і укріплення здоров'я населення, проведення соціально-гігієнічного моніторингу захворювань, епідеміологічного нагляду та біологічної безпеки, здійснення групової та популяційної профілактики захворюваності, боротьби з епідеміями та стратегічного управління з питань громадського здоров'я.

Створення Центру громадського здоров'я є одним із головних етапів впровадження комплексної реформи з удосконалення та оптимізації системи громадського здоров'я, що є частиною імплементації Україною Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським Співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони (Глава 22).

Діяльність Центру громадського здоров'я має забезпечити реалізацію десяти основних оперативних функцій громадського здоров'я, основні з яких:

- здійснення епіднагляду та оцінка стану здоров'я і благополуччя населення
- моніторинг та реагування на небезпеки для здоров'я, у тому числі при надзвичайних ситуаціях
- забезпечення стратегічного керівництва в інтересах здоров'я і благополуччя в галузі охорони здоров'я.

Зазначена установа сформована на основі вивчення міжнародного досвіду, за зразком європейських та американських центрів контролю та попередження захворюваності.

Сам Центр громадського здоров'я утворений шляхом реорганізації та приєднання деяких колишніх структур, та передачею всього їх майна та повноважень щодо управління та організації до Міністерства Охорони Здоров'я України (Наказ МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ N 502 від 01.06.2016 «Про передачу цілісних майнових комплексів державних підприємств та державних установ Державної санітарно-епідеміологічної служби України до сфери управління Міністерства охорони здоров'я України»).

Основними завданнями Центру є:

- здійснення мікробіологічних, вірусологічних, паразитологічних, санітарно-гігієнічних, токсиколого-гігієнічних, фізичних, радіологічних, молекулярно-генетичних та інших досліджень щодо безпеки факторів, що можуть небезпечно впливати на стан здоров'я людини у будівлях, спорудах, на територіях, сировині, продукції, об'єктах виробничого середовища, питній воді, ґрунті, повітрі, біоматеріалі та доквіллі, в т. ч. діагностичні;
- здійснення досліджень стану здоров'я населення та середовища життєдіяльності людини, виявлення причинно-наслідкових зв'язків між станом здоров'я населення та впливом на нього факторів середовища життєдіяльності людини;
- проведення державного обліку інфекційних і професійних захворювань та отруєнь, дослідження розповсюдження інфекційних хвороб, професійних захворювань, масових неінфекційних захворювань (отруєнь), радіаційних уражень людей, а також проведення заключних дезінфекційних заходів;
- здійснення діяльності, пов'язаної із зберіганням, перевезенням, придбанням, реалізацією (відпуском), ввезенням на територію України, використанням, знищенням наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів у порядку, встановленому законодавством України;

- здійснення медичного контролю за особами, відносно яких є відомості щодо можливого їх зараження збудниками особливо небезпечних та небезпечних інфекційних хвороб або перебування у зоні можливого негативного впливу хімічних, біологічних, радіоактивних речовин, шкідливих для здоров'я людини, з метою своєчасного виявлення клінічних ознак захворювання та попередження його поширення;
- здійснення медико-санітарного контролю з метою запобігання ввезенню на територію України транспортних засобів, вантажів, товарів та інших предметів, у тому числі лікарських засобів, біологічних, хімічних і радіоактивних речовин, а також матеріалів і відходів, що можуть бути факторами передачі інфекції або створювати небезпеку для життя і здоров'я населення;
- здійснення медико-санітарних заходів (організаційні, протиепідемічні та профілактичні) з метою недопущення поширення інфекційної хвороби, що має міжнародне значення;
- здійснення медичного (санітарного) огляду членів екіпажів (бригад), пасажирів за клініко-епідеміологічними показаннями шляхом їх опитування та перевірки морської медико-санітарної декларації, медико-санітарної частини загальної декларації повітряного судна, свідоцтва про звільнення судна від санітарного контролю, свідоцтва про проходження судном санітарного контролю, міжнародного свідоцтва про вакцинацію або профілактику та проведення неінвазивних досліджень;
- забезпечення проведення епідеміологічних розслідувань випадків та спалахів інфекційних хвороб, отруєнь, радіаційних аварій з метою встановлення причин їх виникнення, факторів передачі інфекції, визначення меж осередків інфекційних хвороб, масштабів поширення та надання пропозицій щодо їх локалізації та ліквідації;
- проведення оцінки безпечності впливу на людину фізичних, хімічних, біологічних факторів середовища життєдіяльності людини та надання за результатами такої оцінки відповідних рекомендацій та заключень;
- проведення лабораторних та інструментальних досліджень і випробувань для потреб державної санітарно-епідеміологічної експертизи та атестації робочих місць за умовами праці на підприємствах, в установах, організаціях незалежно від форм власності;
- проведення випробувань продукції та сировини за показниками безпечності для здоров'я
- визначення вмісту шкідливих для здоров'я людини речовин і інгредієнтів у тютюнових виробах;
- проведення профілактичних та поточних дезінфекційних заходів;
- видання та реалізація методичних, інформаційних та інших друкованих, аудіовізуальних, електронних матеріалів з питань забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення;
- розробка, експлуатація та супровід програмного забезпечення та автоматизованих систем;
- виготовлення, реалізація та випробування поживних середовищ для мікробіологічних досліджень;
- розведення і реалізація лабораторних тварин;
- навчання на робочих місцях фахівців відомчих лабораторій методам проведення бактеріологічних, вірусологічних, паразитологічних, санітарно-гігієнічних та інших досліджень;
- проведення лабораторних досліджень на підприємствах, установах та організаціях з метою оцінки умов для провадження ними діяльності з дезінфекційними, стерилізаційними, дезінсекційними, дератизаційними засобами (розроблення, випробування, виробництво, фасування, пакування, зберігання, транспортування, оптова та роздрібна торгівля);

- зберігання, облік, розподіл, доставка медичних і ветеринарних діагностичних, профілактичних, імунобіологічних препаратів, поживних середовищ, штамів мікроорганізмів та лікарських засобів, штамів мікроорганізмів та лікарських засобів проти збудників інфекційних хвороб.

6. Основні функції, завдання, напрямки роботи і штати санітарно-епідеміологічної служби в Закарпатській області.

Правонаступником Держсанепідслужби у Закарпатській області є Головне управління Держпродспоживслужби в Закарпатській області.

Таким чином, Головне управління Держсанепідслужби у Закарпатській області та його відокремлені структурні підрозділи припинили виконання повноважень із здійснення планових та позапланових заходів нагляду (контролю).

Відповідно до розпорядження КМУ від 06.04.2016р. № 260-р «Питання Державної служби з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів» Державна служба України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів офіційно розпочала роботу та приступила до виконання покладених на неї функцій у сфері державного нагляду за дотриманням санітарного законодавства, а саме - здійснення державного санітарно-епідеміологічного нагляду (контролю) за дотриманням санітарного законодавства.

Відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України від 10.09.2014 р. №442 «Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади» проведено реорганізацію центральних органів виконавчої влади, в тому числі і Державної санітарно-епідеміологічної служби України та її територіальних підрозділів. Реорганізація Держсанепідслужби здійснювалась шляхом перетворення (приєднання) до Державної служби України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів (правонаступник).

Державна санітарно-епідеміологічна служба згідно Постанови КМУ №1092 від 16.12.2015 р. «Про утворення територіальних органів Державної служби з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів» приєднана до Держпродспоживслужби.

Держпродспоживслужбу очолює Голова, який призначається на посаду та звільняється з посади Кабінетом Міністрів України за поданням Прем'єр-міністра України. Для погодженого вирішення питань, що належать до компетенції Держпродспоживслужби, обговорення найважливіших напрямів її діяльності у Держпродспоживслужбі може утворюватися колегія. Рішення колегії можуть реалізовуватися шляхом видання відповідного наказу Держпродспоживслужби.

Для розгляду наукових рекомендацій, проведення фахових консультацій з основних питань діяльності Держпродспоживслужби можуть утворюватися постійні або тимчасові консультативні, дорадчі та інші допоміжні органи.

Основні завдання Держпродспоживслужби, які стосуються забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя населення:

1. реалізація державної політики у галузі ветеринарної медицини, сферах безпечності та окремих показників якості харчових продуктів, карантину та захисту рослин, ідентифікації та реєстрації тварин, санітарного законодавства, попередження та зменшення вживання тютюнових виробів та їх шкідливого впливу на здоров'я населення, метрологічного нагляду, ринкового нагляду в межах сфери своєї відповідальності, насінництва та розсадництва;

2. здійснення відповідно до закону державного ветеринарно-санітарного контролю, державного нагляду (контролю) за дотриманням санітарного законодавства, санітарних та ветеринарно-санітарних заходів, профілактичних і протиепідемічних заходів щодо

охорони в межах компетенції території України від проникнення хвороб людей, тварин та рослин з територій інших держав;

3. здійснення в межах компетенції контролю за факторами середовища життєдіяльності людини, що мають шкідливий вплив на здоров'я населення.

Держспродспоживслужба відповідно до покладених на неї завдань:

- організовує, здійснює у межах повноважень, передбачених законодавством, державний нагляд (контроль) щодо:
 - - безпечності та окремих показників якості харчових продуктів;
 - - дотримання вимог санітарного законодавства;
 - - здоров'я та благополуччя тварин;
 - - виконання фітосанітарних заходів, обігу пестицидів і агрохімікатів, використання біологічних контрольних організмів;
 - - проведення профілактичних та винищувальних заходів щодо боротьби із шкідниками у місцях зберігання запасів продукції рослинного походження;
 - - субстанцій, кормових добавок, преміксів та кормів;
 - - дотримання вимог щодо ідентифікації та реєстрації тварин;
 - - неїстівних продуктів тваринного походження;
 - - ветеринарних препаратів;
 - - репродуктивного та патологічного матеріалу;
 - - потужностей, на яких здійснюється вирощування, утримування, виробництво, переробка, зберігання та обіг об'єктів державного контролю;
- готує подання до Кабінету Міністрів України про запровадження або скасування карантинного режиму;
- подає в установленому порядку пропозиції щодо обмеження або заборони в'їзду на територію України її громадян, іноземців та осіб без громадянства, експорту, імпорту, транзиту вантажів і товарів з держав або регіонів у зв'язку з неблагополучною епідемічною ситуацією на їх території;
- проводить державну санітарно-епідеміологічну експертизу, видає за результатами її проведення відповідні висновки;
- здійснює у межах компетенції контроль за усуненням причин і умов виникнення та поширення інфекційних, масових неінфекційних захворювань, отруєнь та радіаційних уражень людей;
- уповноважує лабораторії та референс-лабораторії на проведення досліджень (випробувань) об'єктів санітарних заходів для цілей державного контролю;
- організовує проведення в лабораторіях досліджень (випробувань) для цілей державного контролю;
- проводить відбір зразків об'єктів санітарних заходів з метою здійснення державного контролю;
- бере участь у визначенні факторів, що можуть мати шкідливий вплив на здоров'я людини, у проведенні оцінки ризику та встановленні ступеня створюваного ними ризику;
- бере участь у проведенні санітарно-епідеміологічних розслідувань, спрямованих на виявлення причин та умов, що призводять до виникнення і поширення інфекційних хвороб, у тому числі через харчові продукти, групових та індивідуальних харчових отруєнь, масових неінфекційних захворювань (отруєнь) та радіаційних уражень, випадків порушення норм радіаційної безпеки, санітарних правил роботи з радіоактивними речовинами, іншими джерелами іонізуючих випромінювань, та вживає заходів до їх усунення відповідно до законодавства;
- здійснює державний нагляд за додержанням підприємствами, установами, організаціями всіх форм власності та громадянами державних санітарних норм і правил, гігієнічних нормативів і регламентів безпечного виробництва,

транспортування, зберігання, застосування пестицидів і агрохімікатів, за вмістом залишкової кількості пестицидів і агрохімікатів у харчових продуктах та продовольчій сировині, зокрема імпортованих лікарських травах, водних об'єктах, воді, що використовується для господарсько-питного постачання, купання, спортивних занять, організованого відпочинку та з лікувальною метою, лікувальних грязях, ґрунтах, на землях населених пунктів, оздоровчого та рекреаційного призначення;

- здійснює у межах повноважень, передбачених законом, державний нагляд (контроль) за дотриманням вимог законодавства з питань туристичної діяльності;

Перелік територіальних органів Держпродспоживслужби, що створюються в областях (згідно ПОСТАНОВИ КАБІНЕТУ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ від 28 жовтня 2015 р. № 871):

- Управління Держпродспоживслужби в області
- Головне управління ветеринарної медицини в області
- Державна фітосанітарна інспекція області
- Держспоживінспекція у області
- Головне управління Держсанепідслужби в області

ДУ «Обласний лабораторний центр Держсанепідслужби України» відповідно до статуту і на сьогоднішній день є санітарно-профілактичним закладом охорони здоров'я, основним завданням якого є забезпечення проведення лабораторних та інструментальних досліджень і випробувань у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення; здійснення заходів, спрямованих на санітарну охорону державного кордону України; проведення розслідувань причин і умов виникнення інфекційних захворювань, отруєнь, радіаційних аварій.

7. Участь лікувально-профілактичних закладів і санітарно-епідеміологічної служби в проведенні первинної профілактики. Регламентується проведення обов'язкових медичних оглядів відносно певних контингентів населення чи працюючих.

Реалізація основних завдань санітарно-епідеміологічної служби можлива шляхом здійснення комплексу загально-державних, санітарно-гігієнічних та протиепідемічних, оздоровчих заходів за участю кожної окремо взятої людини, оскільки без зусиль населення, спрямованих на збереження та покращання власного здоров'я, неможливе досягнення його високого рівня.

В діяльності закладів охорони здоров'я профілактичні заходи втілюються в різних формах у вигляді *первинної, вторинної та третинної профілактики*.

Первинна профілактика - це комплекс заходів, спрямованих на охорону і зміцнення здоров'я. Важливою її складовою частиною є покращання соціально-економічних умов.

Вторинна профілактика має на меті попередження подальшого розвитку хвороби, запобігання появі ускладнень і запобігання інвалідності. Здійсненням цих заходів займаються переважно лікувально-профілактичні заклади.

Третинна профілактика передбачає профілактику рецидивів хронічних захворювань та проведення реабілітаційних заходів.

Безпосереднє відношення до профілактики має регламентація забезпечення здорових умов життя, передбачена в IV розділі Основ законодавства України про охорону здоров'я.

Важливе значення має проведення заходів щодо профілактики інфекційних захворювань. Відповідно до статті 30 Основ законодавства передбачено усунення від роботи осіб, які є носіями збудників інфекційних захворювань. Щодо окремих, особливо небезпечних інфекційних захворювань можуть здійснюватися обов'язкові медичні огляди, профілактичні щеплення, лікувальні та карантинні заходи.

Обов'язкові медичні огляди організовуються і здійснюються у встановленому законодавством порядку. Працівники підприємств харчової промисловості, громадського харчування і торгівлі, водопровідних споруд, лікувально-профілактичних, дошкільних і

навчально-виховних закладів, об'єктів комунально-побутового обслуговування, інших підприємств, установ, організацій, професійна чи інша діяльність яких пов'язана з обслуговуванням населення і може спричинити поширення інфекційних захворювань, виникнення харчових отруєнь, а також працівники, зайняті на важких роботах і на роботах із шкідливими або небезпечними умовами праці, повинні проходити обов'язкові попередні (до прийняття на роботу) і періодичні медичні огляди (цільові – для виявлення певного захворювання). Позачергові медичні огляди осіб, зазначених у частині першій цієї статті, можуть проводитися на вимогу головного державного санітарного лікаря, а також на прохання працівника, якщо він пов'язує погіршення стану свого здоров'я з умовами праці.

До декретованих груп населення належать також діти та підлітки, учні всіх дошкільних і НВЗ та вагітні жінки.

Власники підприємств, установ, організацій або уповноважені ними органи несуть відповідальність згідно з чинним законодавством за організацію і своєчасність проходження працівниками обов'язкових медичних оглядів і допуск їх до роботи без наявності необхідного медичного висновку.

ТЕМА №10
УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я. МЕТОДИКА ПРИЙНЯТТЯ
УПРАВЛІНСЬКИХ РІШЕНЬ. УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ

Навчальна мета

Вивчити основні принципи та закони науки управління, засвоїти основні чинники, які обумовлюють складність та сприяння управлінню охороною здоров'я .

Знати:

- складові частини науки управління;
- основні принципи та закони управління;
- види управлінських операцій і процедур.

Вміти:

- визначити практичну значущість комплексного підходу щодо удосконалення системи управління.

Запитання для підготовки до заняття:

1. Теоретичні основи науки управління
2. Складові частини науки управління
3. Основні закони науки управління:
4. Методи науки управління:
5. Принципи управління
6. Комплексний підхід щодо удосконалення управління
7. Система управління: визначення
8. Основні ланки системи управління
9. Комплексний підхід щодо удосконалення системи управління
10. Теорія управлінських систем
11. Аспекти системного підходу:
12. Загальна характеристика процесу управління
13. Управлінська операція: визначення та характеристика
14. Види контролю управлінських рішень:
15. Функції та фази процесу управління

Література:

1. Громадське здоров'я /За редакцією академіка НАМН України В. Ф. Москаленка. – Вінниця: Нова Книга. 2013. – с. 254-307, 498-518.
2. Рогач І. М., Віраг М. В., Керецман А. О., Шип Д. Я. Економіка охорони здоров'я. Маркетинг і менеджмент в стоматології // Методичні рекомендації. – Ужгород, 2011. – с. 35-47.

Зміст теми заняття:

1. Теоретичні основи науки управління

Управління охороною здоров'я – це складова частина соціальної медицини і організації охорони здоров'я, оскільки “організація” являє собою одну з функцій управління, як “поняття”.

Наука управління – це види діяльності, організаційно-технологічні і технічні заходи керівництва окремими виробничими системами і колективами, спрямовані на досягнення максимально повного ефекту при мінімальних витратах часу, людської праці й енергії, в основу яких покладено вивчення та використання законів і принципів, залежності між причинами та наслідками.

2. Складові частини науки управління:

філософія, соціологія, економіка, правознавство, психологія, кібернетика.

3. Основні закони науки управління:

1. Головний економічний закон.
2. Розподілу праці.
3. Інтеграції трудового процесу.
4. Неухильного росту продуктивності праці.
5. Єдності управління будь-яким об'єктом.
6. Співвідносності керуючої і керованої системи.
7. Зворотного зв'язку.
8. Єдності дії всіх законів управління.
9. Скорочення шаблів управління.
10. Гармонійності структури і функції.
11. Зміни функції управління.
12. Інерції й опірності в людських взаємовідносинах.
13. Поширеного контролю та інших.

4. Методи науки управління:

1. Історичний.
2. Логічний.
3. Багаторівневий підхід.
4. Народно-господарський підхід.
5. Комплексний підхід.
6. Системний підхід.
7. Науковий експеримент тощо.

5. **Принципи управління** – це головні, вихідні положення, теорії, вчення, науки, до яких відносяться: об'єктивність і конкретність; науковість; системність; комплексність; плановість; оптимальність і ефективність; конкретність головної ланки; раціональне поєднання централізму і демократизму; єдиного керівництва і колегіальності; стимулювання праці; галузевого і територіального управління; постійного удосконалення форм і методів; урахування і контролю та ін.

6. Комплексний підхід щодо удосконалення управління

Управління виникло і розвивалось, насамперед, як потреба узгодження дій для одержання заданого результату діяльності людини, колективів, а згодом – організацій, відомств, держави, суспільства.

Поняття “**управління**” – це організація і реалізація цілеспрямованих, регламентованих і адекватних управлінській ситуації впливів, що забезпечують максимально раціональне, оперативне й ефективне функціонування керованої системи з метою досягнення поставлених цілей і задач. Проте більшість дослідників єдина в тому, що основою його є **вплив**.

7. Система управління це:

- сукупність дій щодо узгодження спільної діяльності людей;
- сукупність пов’язаних ланок (*проблем*) для здійснення управління.

8. **Основні ланки системи управління:** організація системи, як керований об’єкт; методи; функції; культура; техніка.

9. Комплексний підхід щодо удосконалення системи управління

Схема системи управління				
Організація системи	Методи управління	Функції управління	Культура управління	Техніка управління
Системно-компонентний	політичні	обґрунтування і постановка цілей	кваліфікація робітників	автоматизація управління
	правові			
Системно-функціональний	економічні	організація	стиль управління	автоматизована обробка інформації
	організаційні	координація		
Системно-структурний	соціально-психологічні	прийняття управлінського рішення	умови праці	
Системно-інтегративний	статистико-математичні	планування		
Системно-комунікаційний	графічні	доорганізація		
		регулювання		
Системно-історичний		контроль		
		робота з кадрами		
		мотивація		
		лідерство		
		адміністрування		
		представництво		
		укладання угод		

10. Теорія управлінських систем

Система (керована і організована) – це системно упорядковане цілісне динамічне утворення, яке складається з сукупності виробничо-необхідних та повноцінних

компонентів, цілеспрямована взаємодія яких забезпечує нові інтегровані якості й властивості, які не були притаманні їм окремо взятим.

Особливості та властивості будь-якої системи:

- являє собою єдине цілісне утворення;
- складається з сукупності елементів;
- має свою внутрішню структуру, елементи якої знаходяться між собою у взаємодії;
- має внутрішні і зовнішні зв'язки;
- функціонує для досягнення певної мети.

Система складається з трьох самостійних, але пов'язаних між собою підсистем:

1. *Суб'єкта управління (СУ)* – керуючої підсистеми;
2. *Об'єкта управління (ОУ)* – керованої підсистеми;
3. *Блоку наукового регулювання (БНР)* – служби інформаційно-аналітичного забезпечення.

11. Аспекти системного підходу:

- *системно-компонентний* – визначає компоненти, як складові єдиного цілого;
- *системно-функціональний* – визначає технологію виконання функцій апаратом управління, передбачає розробку для всіх підрозділів медичного закладу спеціальних положень, щодо порядку роботи, забезпечення посадовими документами, їх постійне оновлення у зв'язку з новими вимогами та зміною функції;
- *системно-структурний* – розкриває способи взаємозв'язку між компонентами та їх взаємодію;
- *системно-інтегративний* – розкриває механізми або чинники із забезпечення збереження якісної специфіки системи, її утримання у рівновазі і стабільності;
- *системно-комунікаційний* – відтворює взаємодію даної системи з іншими;
- *системно-історичний* – інформує про минулий, сучасний стан системи і перспективи подальшого розвитку.

В основу організації системи покладено *системний підхід*.

Системний підхід – це універсальний метод дослідження, вивчення стану, організації, структури, взаємодії різних аспектів функціонування, ресурсів, внутрішніх та зовнішніх зв'язків моделюючої або функціонуючої системи.

Принципи системного підходу:

- *визнання* досліджуваного об'єкта за систему з характерними особливостями і властивостями;
- *уявлення* про цілісність досліджуваного об'єкта;
- *визнання* у досліджуваному об'єкті наявності численних і різноманітних типів зовнішніх і внутрішніх зв'язків;
- *виявлення* структурності системи
- *функціональний* підхід до вивчення системного об'єкта.

12. Загальна характеристика процесу управління

Процес управління – сукупність взаємозалежних операцій, які здійснюються за визначеною технологією керівниками, фахівцями, службовцями вручну або за допомогою різноманітних методів, машинних систем і окремих технічних засобів.

Основні вимоги процесу управління:

- *компетентність*;

- інформаційність;
- циклічність і безперервність;
- тимчасовий і просторовий параметр;
- врахування психологічних аспектів;
- використання типів управління;
- використання механізмів видів управління.

13. Управлінська операція – закінчена доцільна дія або ряд дій, спрямованих на виконання визначеної задачі організаційного, медичного, економічного, соціального та іншого характеру.

Види управлінських операцій:

- *послідовні* – кожна наступна можлива тільки після виконання попередньої;
- *паралельні* – одночасне, рівнобіжне виконання тих самих операцій;
- *паралельно-послідовні* – часткове суміщення операцій.

Кожна управлінська операція потребує своїх *управлінських процедур*.

Управлінська процедура – система послідовно реалізованих правил щодо виконання у визначеному порядку і заданому ступені регламентації організаційних, медичних, соціальних операцій, яка призводить до вирішення поставлених задач.

Управлінське рішення – це вид розгорнутого в часі логіко-розумового, емоційно-психологічного і організаційно-правового акту, що виконується керівником самостійно або з залученням “колективного розуму” в межах повноважень посадового статусу та ієрархічного рівня.

14. Види контролю управлінських рішень:

1. **Попередній** – проводять на етапі розробки і прийняття управлінських рішень з метою попередження зрадливих або необґрунтованих наслідків, використовуючи переважно оперативну інформацію з власних джерел.
2. **Направляючий** – визнає корекції при виконанні заходів і їх термінів.
3. **Фільтруючий** – дозволяє керівнику диференціювати, фільтрувати на підставі інформації діяльність в альтернативній формі: зроблено – добре, а не зроблено – погано.
4. **Заключний** – передбачає використання оціночних показників з виходом на кінцеві результати (цілі) і відповідні елементи стимулювання (позитивні або негативні).

15. Функції та фази процесу управління

Функція – це особливий вид управлінської діяльності, результат процесу розподілу праці і спеціалізації в сфері управління; конкретні форми управлінського впливу на діяльність системи, що обумовлюють і визначають змістовну частину ділових взаємовідносин.

Управлінська праця супроводжується **14 функціями**: визначення цілей; організація; координація; прийняття управлінського рішення; планування; доорганізація; регулювання; контроль; робота з кадрами; мотивація; лідерство; адміністрування; представництво; укладання угод або підписання договорів.

Характеристика окремих функцій управління.

Організація – це функція, націлена на формування структури об’єкта управління, а також його забезпечення всім необхідним для нормальної роботи (персоналом, матеріалами, устаткуванням, житлом, коштами та ін.).

Координація – це одна з головних функцій управління системою, що забезпечує безперебійність і безперервність її діяльності.

Регулювання – узгодження за нормативами відповідності, які запобігають порушенню нормального режиму роботи системи.

Мотивація – функція управління, що має метою активізувати працюючих і спонукати їх ефективно трудитися для виконання поставлених задач і цілей.

Фази управління:

1. Розробка і прийняття управлінських рішень (УР).
2. Планування реалізації управлінських рішень (ПРУР).
3. До організації та регулювання системи для реалізації управлінських рішень.
4. Контроль.

ТЕМА №11

ОСНОВИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

Навчальна мета

Ознайомитись з організацією, принципами, видами, економічною сутністю медичного страхування; висвітлити його значення як джерела фінансування сфери охорони здоров'я та інструмента соціального захисту населення.

Знати:

- Принципи, завдання, суть, основні форми медичного страхування, економічну сутність медичного страхування.

Вміти:

- Охарактеризувати медичне страхування, його риси, види, права, фінансові взаємовідносини, економічні категорії.

Запитання для підготовки до заняття:

1. Медичне страхування та страхова медицина, їх мета.
2. Завдання та головні риси страхової медицини.
3. Основні принципи страхової медицини:
4. Суб'єкти і об'єкти медичного страхування.
5. Види медичного страхування.
6. Медичне страхування за характером фінансування.
7. Економічні категорії медичного страхування.
8. Форми організації обов'язкового медичного страхування на прикладі інших країн.

Література:

1. Громадське здоров'я / За редакцією академіка НАМН України В. Ф. Москаленка. – Вінниця: Нова Книга. 2013. – С. 268-290.
2. Економіка охорони здоров'я / За редакцією член-кореспондента АМН України, професора В. Ф. Москаленка. – Вінниця: Нова Книга. 2010. – С. 31-51
3. Рогач І. М., Віраг М. В., Керецман А. О., Шип Д. Я. Економіка охорони здоров'я. Маркетинг і менеджмент в стоматології // Методичні рекомендації. – Ужгород, 2011. – С. 14-19.

Зміст теми заняття:

1. Медичне страхування та страхова медицина, їх мета.

Страхова медицина — це складна і надзвичайно мобільна система товарно-ринкових відносин в галузі охорони здоров'я, де товаром виступає оплачувана конкурентноспроможна гарантована якісна і достатня за обсягом медична послуга, провокована ризиком для здоров'я, а «покупцем» її може бути держава, група людей (виробничі колективи, заклади та установи різних форм власності) або фізичні особи, які знаходяться в умовах ризику для здоров'я.

Медичне страхування — це система організаційних та фінансових заходів щодо забезпечення діяльності страхової медицини.

Мета страхування:

гарантувати громадянам при виникненні страхового випадку право на отримання медичної допомоги за рахунок накопичених коштів та фінансування профілактичних заходів.

2. Завдання та головні риси страхової медицини.

Завдання медичного страхування:

- 1) посередницька діяльність в організації та фінансуванні страхових програм надання медичної допомоги населенню;
- 2) контроль за обсягом та якістю виконання страхових медичних програм лікувально-профілактичними та соціальними закладами і окремими приватними лікарями;
- 3) розрахунок з медичними, соціальними установами та приватними лікарями за виконану роботу згідно з угодою через страхові фонди (медичні організації), які формуються за рахунок грошових внесків підприємств, закладів, організацій, громадян.

Страхова медицина світу характеризується наступними рисами:

- 1) *належність*, у більшості країн світу, до сфери охорони здоров'я, яка доповнює державну систему охорони здоров'я;
- 2) *надання* всім залученим, незалежно від виду медичного страхування, *однакової за обсягом та якістю* необхідної медичної допомоги;
- 3) *свобода вибору* для пацієнта;
- 4) *надання* медичних послуг *найвищої кваліфікації*;
- 5) *висока прибутковість* вкладених капіталів (за кордоном);
- 6) *впровадження сучасних форм управління*;
- 7) *орієнтованість на високоосвічене населення* з достатньою медичною культурою;
- 8) *зацікавленість* медичних працівників у *запровадженні системи медичного страхування*;
- 9) *орієнтація* медичних працівників на *ініціативність, комунікабельність, працьовитість*;
- 10) *забезпечення відшкодування втрат застрахованому*, згідно з угодою страхування;
- 11) *орієнтація на конкретну потребу*, що вимагає утримання певних резервів і обумовлює більшу вартість.

3. Основні принципи страхової медицини:

- 1) У більшості країн світу система страхової медицини доповнює державну систему охорони здоров'я;
- 2) Забезпечує всім, хто залучений в ту чи іншу систему медичного страхування, *однакову і необхідну медичну допомогу*;
- 3) Страхова медицина — це медицина вільного вибору для пацієнта;
- 4) Медична допомога *найвищої кваліфікації*;
- 5) Найбільш прибутковим місцем вкладання капіталу за кордоном є медичне страхування;
- 6) Система страхової медицини вимагає нових форм управління;
- 7) Застосовується в тих країнах, де населення високоосвічене і має високу медичну культуру;

- 8) Запровадження системи медичного страхування обстоюють переважно медичні працівники, які вбачають у цьому поліпшення свого соціального становище;
- 9) Система медичного страхування добирає медичних працівників гідних, слухняних, комунікабельних, ініціативних, працьовитих, ввічливих;
- 10) За будь-яких обставин застрахованому забезпечується медична допомога при ризику здоров'я, від якого він застрахований;
- 11) Система медичного страхування базується на конкретній потребі, що вимагає утримувати певні резерви і тому вона є дорожчою.

4. Суб'єкти і об'єкти медичного страхування.

- *Медичне страхування* являє собою систему суспільної охорони здоров'я, економічною основою якої є фінансування медичних витрат зі спеціальних страхових фондів. Елементами медичного страхування є суб'єкти і об'єкти страхування.
- *Об'єктом страхування* є страховий ризик, пов'язаний з витратами на надання медичної допомоги при виникненні страхового випадку. Страховий ризик передбачає фінансові витрати для відновлення здоров'я людини при настанні страхового випадку.
- *Суб'єктами медичного страхування* виступають страховики (страхові медичні організації, компанії, фонди), страхувальники (юридичні та фізичні особи), застраховані особи, заклади охорони здоров'я.
- *Страховиками* визнаються юридичні особи (страхові медичні організації, компанії, фонди), що створені та функціонують у формі акціонерних, повних, командитних товариств або товариств з додатковою відповідальністю у відповідності з чинним законодавством країни для здійснення страхової діяльності, а також отримали у встановленому порядку ліцензію на здійснення цієї діяльності.
- Страхування здійснюють *страхові медичні компанії* шляхом акумуляції фінансових коштів та оплати медичної допомоги, яка надана застрахованій особі. Вони також здійснюють інші види діяльності, пов'язані з охороною здоров'я населення.
- *Страхувальниками* визнаються юридичні особи та працездатні громадяни, які уклали зі страховиками угоди страхування або є ними у відповідності з законодавчими актами країни (застрахований або бенефіціар).
- *Застрахований* - це особа, яка бере участь в особистому страхуванні, чие життя, здоров'я та працездатність виступають об'єктом страхового захисту.

5. Види медичного страхування.

- **Обов'язкове медичне страхування (ОМС)**
- **Добровільне медичне страхування (ДМС):** індивідуальне та колективне

Обов'язкове медичне страхування – є частиною системи соціального страхування і виступає основною формою медичного страхування в країнах з ринковою економікою.

При ОМС страхувальником працюючого населення є підприємства та роботодавці, а непрацюючого – місцевий бюджет. Права населення при ОМС: гарантований обсяг медичної допомоги на всій території держави, вільний вибір лікувально-профілактичного закладу і ЛПЗ.

Добровільне медичне страхування – додаткове медичне страхування при наявності в країні обов'язкового медичного страхування, або як самостійний вид страхування.

При ДМС колективному страхувальником є суб'єкт господарювання, а при індивідуальному у – дієздатний громадянин.

Найбільш розвинуте добровільне медичне страхування на комерційній основі в країнах з ліберальною ринковою економікою.

Ознаки	Медичне страхування	
	Обов'язкове	Добровільне
Соціально-економічна	Некомерційне	Комерційне
Вид страхування	Соціальне	
Поширення на населення	Загальне, масове	
Здійснюється страховими організаціями	Державними	Різних форм власності
Затверджує: <ul style="list-style-type: none"> • Правила страхування • Гарантований мінімум медичних послуг • Тарифи • Систему контролю якості 	Держава	Страхові організації
Страховальник	Держава, громадяни	Фізичні і юридичні особи
Джерела фінансування	Внески робітників, роботодавців, субсидії держави	Особисті доходи громадян, прибуток фізичних і юридичних осіб
Використання прибутків	Некомерційна діяльність	Комерційна і некомерційна діяльність

6. Медичне страхування за характером фінансування.

1. Державне
2. Соціальне страхування
3. Платне (Особисте)

Державна (бюджетна) система охорони здоров'я фінансується за рахунок податкових надходжень до державного бюджету і забезпечує належний рівень медичної допомоги всім категоріям населення (Англія, Італія, Данія, Ірландія, країни колишнього Союзу). Управління та планування в державних системах охорони здоров'я здійснюються центральними і місцевими органами влади. Державні системи охорони здоров'я в капіталістичних системах мають багато спільного з існуючою поки що системою охорони здоров'я України, однак суттєво різняться за конкретними формами управління, передбачаючи ступінь децентралізації, самостійності закладів охорони здоров'я і т. д.

Системи охорони здоров'я, що організуються за принципом соціального страхування, також управляються державними органами, але на відміну від бюджетних систем, фінансуються на трьохсторонній основі: за рахунок бюджетних надходжень, внесків роботодавців і самих працівників. При цьому особи з низькими прибутками і соціально незахищені контингенти, як правило, страхові внески не сплачують (Франція,

Бельгія, Австрія, Японія, Німеччина, Нідерланди та інші). Характерним для системи охорони здоров'я, що базується на принципі соціального страхування, є участь населення у витратах (певні види і обсяг медичної допомоги оплачуються населенням самостійно, окрім коштів страхування) і соціальна солідарність (здоровий платить за хворого, молодий — за старого, багатий — за бідного).

До третього виду систем охорони здоров'я відносяться переважно платні, які фінансуються за рахунок особистих коштів населення. Єдиною капіталістичною країною, де відсутня єдина система державного страхування і медична допомога здійснюється на платній основі, є США. Їм належить провідне місце в капіталістичному світі за масштабами нагромаджених ресурсів в охороні здоров'я.

7. Економічні категорії медичного страхування

Медичне страхування - об'єктивна складова в системі суспільного відтворення. Його суть як економічної категорії обумовлена трьома основними ознаками:

- передбачуваним характером настання руйнівної події;
- надзвичайністю нанесеного збитку в натуральному і грошовому вимірі;
- необхідністю попередження і подолання наслідків страхової події у відшкодуванні витрат.

Страхування має подвійну природу.

З одного боку, страхування - явище фінансової системи, оскільки ґрунтується на формуванні і використанні страхових грошових фондів.

З іншого боку, страхування - економічне явище, тому що використовуються ресурси, сформовані суб'єктами страхування.

За своїм змістом страхування базується на ідеї розподілу збитків однієї особи між багатьма іншими. Завдяки цьому для кожного застрахованого матеріальні витрати у вигляді їх внеску в страховий фонд слабо відчутні.

Функції страхування як економічної категорії

- формування страхового фонду для покриття втрат, заподіяних страховим випадком;
- грошове відшкодування збитків, яких зазнали страхувальники;
- економічна зацікавленість страховика сприяє створенню умов для запобігання або зменшення втрат страхувальника, упорядкуванні законодавства і визначенні рівня економіко-правової відповідальності страхувальника.

Методами, що характеризують економічну діяльність системи страхової медицини та забезпечують фінансову стабільність страхових операцій є:

- **Аквізиція** - робота із залученням нових угод страхування.
- **Перестрахування** - це процес передачі частини ризику іншому спеціалізованому страховику (перестраховику), з метою розширення прогнозу можливого збитку від великих та небезпечних ризиків, а також приведення розмірів своєї відповідальності за сукупністю страхової суми у відповідність зі своїми можливостями.
- **Інвестиційна діяльність** у медичному страхуванні є однією з фінансових операцій, коли кошти страхового фонду використовуються з комерційною метою. *Інвестиція*

– це довгострокове вкладання капіталу в різні галузі економіки як у межах країни, так і за кордоном, для отримання найвищого прибутку.

- *АктUARні розрахунки* – в перекладі з латинської *actuaries* «спеціаліст з техніки розрахунків страхування». Сучасне значення поняття «*актуарій*» - фахівець страхової справи, який займається розробкою наукових методів обчислень тарифних ставок, резервів, премій, розміру страхового ризику тощо. Основою актуарних розрахунків є *тарифна ставка*.
- *Тарифна ставка* - це ціна страхового ризику та інших витрат, необхідних для виконання зобов'язань страховика перед страхувальником за підписаною угодою. Ставка, за якою укладається страхова угода, називається *брутто-ставкою*. Вона складається з двох частин: нетто-ставки і навантаження.
- *Нетто-ставка* - це вартість медичного обслуговування. Ці кошти використовуються на оплату діагностичних та лікувально- профілактичних послуг.
- *Навантаження* включає витрати на ведення страхових операцій та формування прибутку. Величина навантаження у системі державного страхування раніше становила від 9 % до 20 % величини брутто-ставки.

8. Форми організації обов'язкового медичного страхування н прикладі інших країн

- децентралізована (Німеччина)
- централізована (Франція)
- змішана (Японія)
- приватна (ліберальна) (США)

Децентралізована (на прикладі Німеччини)

У країнах з децентралізованими системами існує стійка тенденція до координації діяльності страхових організацій , що проявляється у створенні регіональних і національних страхових асоціацій. Медичне страхування є частиною загальнодержавної системи соціального страхування, що забезпечує медичну допомогу у разі захворювання, догляду за хворими, нещасного випадку, допомоги породіллям, стоматологічну допомогу, забезпечення медикаментами тощо. Фонди медичного страхування складаються з трьох джерел: внесків застрахованих, внесків працевдавців, дотацій держави. У країнах з такою формою медичного страхування існують лікарняні каси, об'єднані в асоціації, контролюють діяльність кас і їх витрати. Функціонує декілька видів кас:

- місцеві(переважно для тих членів сімей застрахованих, що не працюють),розташовані за місцем проживання;
- виробничі (за місцем роботи);
- на водному транспорті, гірничі, сільськогосподарські;
- для державних службовців.

Контроль і управління їх діяльністю проводить урядове агентство. Для проведення єдиної політики фінансування створюються регіональні і федеральні асоціації лікарняних кас, встановлюються загальнонаціональні стандарти медичної допомоги.

Лікарськими та страховими асоціаціями встановлюються на конкретний термін тарифи на певні медичні послуги в умовних одиницях або пунктах, які періодично переглядаються. Лікарі та страхові організації не повинні виходити за межі тарифу. Структура управління охорони здоров'я та організації медичної допомоги складається з

трьох рівнів. Загальнонаціональний контроль здійснює Федеральне міністерство охорони здоров'я та соціальної допомоги. У регіонах є відповідні міністерства, їх органи та заклади. Усі медичні установи працюють на федеральному, регіональному, місцевому адміністративних рівнях. Медична адміністрація не поширює свою юрисдикцію на страхові каси та їх асоціації, хоча працює в тісному контакті з ними. Крім профспілок, лікарських асоціацій, асоціацій страхових кас, контроль за страховими організаціями здійснюють міністерства праці, науки, охорони здоров'я тощо. У Німеччині створено єдиний Фонд охорони здоров'я, куди надходять внески працевластців, найманих робітників та допоміжні кошти з держбюджету.

За новим законом медичне страхування є обов'язковим для всіх громадян; члени державних та приватних кас мають право на однакове медичне страхування.

Централізована (на прикладі Франції)

В країні функціонує централізована форма обов'язкового медичного страхування. Законодавство передбачає цілого ряду різних всеохоплюючих прав громадян у медичній галузі. Майже для 96% мешканців терапевтичні послуги безкоштовні або повністю покриваються. Існує право вибору між медичними закладами незалежно від рівня доходів і величини страхового внеску. Практично відсутні черги на очікування певних утручань у стаціонарах. Соціальна група з найнижчими доходами має безплатний універсальний доступ до медичного забезпечення, яке повністю фінансується податками.

У країнах медичне страхування є гілкою системи соціального забезпечення. Воно фінансується за рахунок податків на заробітну плату, непрямих оподаткувань алкогольних і тютюнових виробів. Джерелами фінансування медичної допомоги є внески працевластців, застрахованих та урядові асигнування з держбюджету.

Ціна медичних послуг регулюється урядом і постійно переглядається. Витрати за медичну допомогу в системі соціального страхування компенсуються не повністю. Як правило, пацієнт при зверненні до лікаря сплачує всі послуги чи їх частину, потім 75% вартості медичних послуг і 70-90% вартості медикаментів повертаються пацієнтові страховими організаціями.

Контроль за діяльністю страхових організацій та медичних працівників здійснює загальнонаціональна страхова організація, асоціація страхових компаній(кас) і лікарські профспілки, міністерства праці, соціального захисту, охорони здоров'я тощо.

Медичні установи відносяться до трьох адміністративних рівнів: загальнонаціонального, регіонального та місцевого. Існують товариства взаємодопомоги, які здійснюють додаткові види страхування. Кожне товариство взаємодопомоги забезпечує своїм членам виражений комплекс послуг. Франція має розвинену мережу приватних страхових компаній, що спеціалізується на страхуванні життя, здоров'я у повному обсязі і здійснюють додаткове страхування на випадок інвалідності, катастроф тощо.

Змішана

Для якої характерна наявність елементів централізованої і децентралізованої форми медичного страхування (**Японія**)

Японія підпадає під дію двох основних систем страхування здоров'я: державної і громадської, які представлені програмами:

- 1) національної системи страхування здоров'я, що побудована за територіальним принципом;
- 2) системи страхування осіб найманої праці, яка побудована за виробничим принципом.

А фінансуються системи медичного обслуговування в Японії переважно за рахунок фондів страхування здоров'я.

Приватна(ліберальна) система охорони здоров'я

- 1) діє в умовах практично вільного ринку;
- 2) медичні послуги розглядаються як товар;
- 3) велику роль відіграють медичні асоціації;
- 4) роль держави незначна;
- 5) найвищі у світі витрати при недостатньо високих показника здоров'я;
- 6) різний ступінь охоплення медичним страхуванням;
- 7) найповніше представлена у США.

Найповноцінніше ця система представлена у США. Система характеризується децентралізацією, високим розвитком інфраструктури страхових організацій і відсутністю державного регулювання. Для більшості населення страхування здоров'я є приватною справою кожного. Під впливом орієнтованих на ринок концепцій медичне обслуговування розглядається як товар, який може вільно купуватися і продаватися у умовах вільного ринку. Основним постачальником медичних послуг є приватний сектор. Проте така концепція не прийнята в жодній європейській країні. Населення через страхові компанії, які об'єднують приватних лікарів, купує поліси приватного медичного страхування. При цьому обсяг і якість медичної допомоги визначається фінансовими можливостями людини, оскільки кожен з них платить за себе сам. Цим відрізняється приватне страхування від соціального, де діє принцип соціальної солідарності. Провідна форма медичного обслуговування – добровільне приватне медичне страхування, яким охоплено понад 80% населення.

У країні функціонує понад 2000 страхових медичних компаній, з яких найбільші – «Синій хрест» і «Синій щит», що займаються переважно страхуванням лікарняної та поза лікарняної допомоги. Вони працюють на некомерційній основі.

За рахунок добровільного страхування оплачується більше третини всіх медичних послуг, у тому числі дорого вартісних, лікарнях(більше 35%) і майже половина вартості поза лікарняної лікарської допомоги.

Більше 20% складають особисті внески громадян, а також внески різних релігійних, добровільних фондів і організацій. США витрачають на охорону здоров'я з усіх джерел понад 15% ВВП – більше 7 тис. доларів на людину на рік.

У США, навіть якщо особа застрахувалася на всі види медичного забезпечення, це не гарантує 100% відшкодування витрат на медичну допомогу. Частина прямих виплат повинні здійснювати застраховані.

Однією з причин масового поширення добровільного страхування є його підтримка працедавцями, які з метою скорочення податків і утримання робочої сили виплачують досить суттєві суми на страхування своїм робітникам і службовцям. Ці виплати включають у собі вартість продукції.

Разом з тим, 17 % населення не застраховано, хоча більшість громадян вважають за краще страхуватися, оскільки ціна медичних послуг непомірно висока і катастрофічно зростає. За таких умов певною альтернативою добровільному страхуванню останніми роками стало створення страхових організацій з дешевим страхуванням, переважно за основними видами поза лікарняної, найбільш масової допомоги, за підтримки багатьох громадських асоціацій, місцевих адміністрацій та спонсорів.

Координацію діяльності галузі на державному рівні здійснює Департамент охорони здоров'я і соціального забезпечення США. У ньому є 9 регіональних відділів, які керуються регіональними медичними службами.

У кожному штаті є свій центр охорони здоров'я, функціями якого є організація:

- санітарно-протиепідемічного захисту населення;
- медичної просвіти;
- контролю за здоров'я школярів;
- служби охорони материнства та дитинства;
- боротьби з інфекційними, венеричними, психічними захворюваннями та туберкульозом.

Пільгову медичну допомогу отримують, головним чином, малозабезпечені, безробітні, що підпадають під дію програми «Медікейд», і літні й старі люди, які отримують медичну допомогу за програмою «Медікер». Проте далеко не всі потенційні користувачі цими пільгами дійсно отримують їх. Вони доступні лише половині бідних верств населення та людей похилого віку.

Загалом, у США переважають організації добровільного медичного страхування. Величезні кошти, що витрачаються на охорону здоров'я, дозволяють розробляти і впроваджувати ефективні медичні технології, досягати високої якості медичної допомоги, розгортати наукові дослідження. Проте рівень здоров'я населення не повністю адекватний значним витратам на його підтримку. Наприклад, за показником малюкової смертності США знаходиться на 20-му місці у світі. Ці та інші причини примушують шукати шляхи скорочення витрат, підвищення ефективності медичної допомоги для задоволення вимог бідних прошарків населення.

ТЕМА №12
ЗАКЛАД ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЯК СУБ'ЄКТ ГОСПОДАРЮВАННЯ.
ОСНОВИ ПІДПРИЄМНИЦЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Навчальна мета

- Ознайомити студентів зі змістом, значеннями та видами планування в системі охорони здоров'я.
- Ознайомити студентів із організаційно-правовими формами підприємництва, інструментом планування підприємницької діяльності та фінансовими моделями управління капіталом.

Знати:

1. Основні аспекти панування в системі охорони здоров'я, види планування, планування потреби у персоналі та його структура.
2. Суть підприємства, зміст, характеристику і види організаційно-правових форм підприємницької діяльності, планування підприємства та фінансові модулі управління капіталом.

Вміти:

1. Охарактеризувати загальноекономічний та управлінський аспекти планування в системі охорони здоров'я, стратегічне та поточне планування, головні моменти у роботі з персоналом та вміти розрахувати різні види структури медичного персоналу.
2. Охарактеризувати підприємство, як економічну теорію, основні принципи підприємницької діяльності, основні законодавчі документи регламентуючі підприємницьку діяльність, види організаційно-правових форм підприємницької діяльності.
3. Вміти складати бізнес-план та знати фінансові модулі управління капіталом.

Запитання для підготовки до заняття:

1. Планування в системі охорони здоров'я, як складова економічної науки.
2. Основні принципи системи планування.
3. Методи наукових досліджень на яких ґрунтується планування.
4. Основні види планування в системі охорони здоров'я
5. Стратегічне планування
6. Поточне планування
7. Персонал в системі охорони здоров'я
8. Структура медичного персоналу
9. Рівень плинності кадрів
10. Суть підприємства, регламентація підприємницької діяльності в Україні
11. Організаційно-правова форма підприємництва в охороні здоров'я її види та їх характеристика
12. Класифікація медичних підприємств
13. Бізнес-план як інструмент планування підприємницької діяльності
14. Фінансові моделі управління капіталом

Література:

1. Громадське здоров'я / За редакцією академіка НАМН України В. Ф. Москаленка. – Вінниця: Нова Книга. 2013. – с. 504-508.
2. Економіка охорони здоров'я / За редакцією член-кореспондента АМН України, професора В. Ф. Москаленка. – Вінниця: Нова Книга. 2010. – С. 202-222
3. Рогач І. М., Віраг М. В., Керецман А. О., Шип Д. Я. Економіка охорони здоров'я. Маркетинг і менеджмент в стоматології // Методичні рекомендації. – Ужгород, 2011. – с. 35-47.

Зміст теми заняття:

1. Планування в системі охорони здоров'я, як складова економічної науки

Планування в системі охорони здоров'я – одна із загальних функцій управління, вид управлінської діяльності, направленої на визначення цілей, ефективних методів, шляхів, засобів і етапів їх досягнення, необхідних ресурсів, витрат і результатів медичних закладів.

2. Основні принципи системи планування:

- цілеспрямованість;
- підхід до підприємства як відкритої системи;
- гнучкість, оптимальність, точність.

3. Методи наукових досліджень на яких ґрунтується планування:

- екстраполяції – визначає забезпеченість населення медичним персоналом, лікарняними ліжками, обсягами медичної допомоги;
- порівняльний – визначає напрямок процесів розвитку, наприклад, захворюваності, смертності і т. д.;
- балансовий – використовується для забезпечення погодження потреб і ресурсів;
- нормативний – базується на використанні обґрунтованих норм і економіко-математичний – розробляє кілька варіантів плану, в яких найважливіші планові показники оптимізуються.

4. Основні види планування в системі охорони здоров'я

Планування діяльності закладів охорони здоров'я залежно від тривалості поділяється на *стратегічне та поточне (оперативне)*.

5. Стратегічне планування

Стратегічне планування – це процес систематизованого визначення довгострокових цілей і напрямків діяльності медичних установ та підприємств на перспективу до 10 років і більше.

В залежності від рівня планування стратегічні плани поділяють на:

- планування на державному рівні;
- планування на рівні медичного закладу, підприємства.

Планування на державному рівні передбачає:

- формування цілей, задач і пріоритетних напрямків розвитку системи охорони здоров'я;

- прогнозування показників стану здоров'я населення України;
- проведення ліцензування, акредитації, сертифікації, реєстрації та перереєстрації медичних і фармацевтичних закладів;
- методологію планування інвестицій, оцінку їх ефективності, порядок погодження інвестиційних проектів системи охорони здоров'я;
- розробку норм, нормативів, соціальних стандартів, методик їх застосування в умовах медичної практики;
- проведення з'їздів, конференцій, виставок і т.д.

Планування на рівні медичного закладу базується на:

- визначенні попиту населення на медичні послуги та лікарські препарати, що виробляються, збільшенні обсягів їх виробництва та реалізації;
- визначенні рівня матеріально-технічного забезпечення;
- оцінці можливостей використання власних ресурсів, державних асигнувань, коштів інвесторів на фінансування запланованих заходів;
- аналізі кінцевих результатів роботи медичних установ за даним планом.

Задачі стратегічного планування:

- провести аналіз і розробити прогноз стану здоров'я населення на плановий період;
- визначити напрямки подальшого розвитку системи охорони здоров'я на плановий період;
- затвердити норми і нормативи, які будуть використані при плануванні системи охорони здоров'я;
- визначити ресурси, необхідні для розвитку системи охорони здоров'я і джерела їх отримання;
- прийняти цільові програми, які забезпечують реалізацію стратегічних цілей і задач розвитку системи охорони здоров'я.

6. Поточне планування

Поточне планування – це розроблення планів на всіх рівнях управління медичною установою, підприємством і в усіх напрямках його діяльності на короткі періоди (день, місяць, квартал, рік) відповідно до перспективних планів і програм, затверджених на державному рівні.

Поточне планування поділяється на договірне і підприємницьке.

Договірне планування – регулює комерційні відносини між організаціями, іншими підприємствами і об'єднаннями, банками, органами управління та іншими господарюючими суб'єктами ринку в системі охорони здоров'я.

Підприємницьке планування – направлене на обґрунтування і вибір шляхів ефективного розвитку в рамках підприємницької діяльності, а саме: надання платних медичних послуг, участь у програмі добровільного медичного страхування, передача в оренду приміщень і т.д.

7. Персонал в системі охорони здоров'я

Найважливішим елементом потенціалу медичної установи та підприємства є його персонал.

Персонал (кадри) в системі охорони здоров'я – основа, завдяки якій можливо досягти успіху в умовах сьогодення, орієнтуючись на інноваційні аспекти щодо

управління праці, розширення знань, підвищення кваліфікації та розширення повноважень медичних працівників у прийнятті актуальних рішень.

Медичний персонал – це основний штатний склад працівників лікувально-профілактичних закладів, що володіють необхідною кваліфікацією і виконують певні функції.

У діяльності лікувально-профілактичних, крім постійного персоналу, є ще й інші працездатні особи – **сумісники**, які працюють тимчасово на підставі трудового договору (контракту).

Сумісник – працівник медичної установи або підприємства (власник, найманий), який має місце основної роботи в іншому медичному закладі або організації.

8. Структура медичного персоналу

Структура медичного персоналу – співвідношення між окремими групами медичних працівників лікувально-профілактичних закладів.

Структура медичного персоналу має різні види:

- Професійна – питома вага частки груп медичних працівників певної спеціалізації у загальній кількості співробітників.
- Кваліфікаційна – це процентне співвідношення груп медичних та фармацевтичних працівників різних рівнів кваліфікації в загальній чисельності медичного персоналу.
- Вікова – частка медичних працівників відповідного віку в їх загальній чисельності.
- Соціальна – це кількісне співвідношення між різними категоріями працівників, що розрізняються за характером виконуваних функцій.

9. Рівень плинності кадрів

Рівень плинності кадрів – співвідношення чисельності медичних працівників, які звільнилися з різних причин, та середньооблікової чисельності медичного персоналу, у відсотках. Нормальним вважається рівень плинності кадрів до 5% за рік.

Розрахунок необхідної **кількості лікарських посад в амбулаторно-поліклінічній мережі:**

$$\Phi = (B \times Ч \times K_{\text{дн}})_{\text{амб.}} + (B \times Ч \times K_{\text{дн}})_{\text{дом.}} \text{ де}$$

Б – норма навантаження лікаря за 1 годину прийому в поліклініці і 1 годину роботи з виїздом до хворих;

Ч – число годин роботи по графіку на прийомі і по обслуговуванню хворих удома;

$K_{\text{дн}}$ – кількість робочих днів у році.

Розрахунок **потреби населення в стаціонарній допомозі:** $L = A \times B \times P / D \times 100$, де

L – потрібна середньорічна кількість ліжок на 1000 мешканців;

A – рівень звернень (захворюваності) на 1000 мешканців;

B – відсоток на госпіталізацію із кількості осіб, що звернулися;

P – середня кількість днів перебування хворого на ліжку;

D – середньорічна зайнятість ліжка.

10. Суть підприємства, регламентація підприємницької діяльності в Україні

Підприємництво в охороні здоров'я – це інтелектуальний вид діяльності, направлений на отримання максимального результату завдяки організації і використанню ресурсів з метою зміцнення та покращення здоров'я населення.

Підприємницькою медичною і фармацевтичною діяльністю можуть займатись особи, які мають спеціальну вищу медичну освіту і відповідають єдиним кваліфікаційним вимогам, установленим МОЗ України.

Основні законодавчі документи, які регламентують підприємницьку діяльність в охороні здоров'я:

- Конституція України (ст.49)
- Основи законодавства України про охорону здоров'я (ст.16 – додаються перелік та ознаки суб'єктів господарювання в охороні здоров'я; ст.74 – „Заняття медичною та фармацевтичною діяльністю”).
- Закони України „Про власність”, „Про підприємницьку діяльність”, „Про господарські товариства”, „Цивільний кодекс України”, „Господарський кодекс України”.
- Закон „Міжнародне співробітництво в галузі охорони здоров'я” (ст.79).

11. Організаційно-правова форма підприємництва в охороні здоров'я її види та їх характеристика

Організаційно-правова форма підприємства визначає: особливості правового походження власника майна; порядок здійснення ним повноважень по керівництву; дозволені чинним законодавством види діяльності; керівні органи; межі та порядок відповідальності за підприємницькими зобов'язаннями.

Суб'єктами підприємницької діяльності виступають юридичні (заклади, установи, організації) та фізичні (підприємці) особи, які мають право приймати певні рішення та створювати підприємства, через які ця діяльність здійснюється.

Медичне підприємство – складний організм виробничо-господарської системи, який здійснює: виробничу (надання медичних послуг, виготовлення фармпрепаратів тощо), науково-дослідницьку, фінансову (грошові операції), страхову (страховий захист), торговельну (купівля-продаж медичних товарів) діяльність.

12. Класифікація медичних підприємств

I. Формою організації:

1. Одноосібне – засноване на особистій власності фізичної особи.
2. Партнерство – засноване на кількох власників фізичних осіб.
3. Корпоративне підприємство – засноване на значній кількості фізичних осіб (корпорація функціонує незалежно від її співвласників).

II. Формою власності:

1. Державні.
2. Комунальні.
3. Колективні – добровільне об'єднання фізичних осіб для спільної господарської діяльності, основою якою є особиста трудова участь і об'єднання майнових пайкових внесків.
4. Приватні.
5. Підприємства з іноземними інвестиціями (не менше 10% у статутному фонді).
6. Іноземні підприємства (100% у статутному фонді).
7. Підприємства змішаної форми власності.

III. Метою діяльності:

1. Некомерційні.
2. Комерційні.

IV. Обсягом господарського обороту та чисельністю працюючих:

Малі, середні, великі підприємства.

V. Формою відповідальності:

1. Товариство з обмеженою відповідальністю (ТОВ) – підприємство, в якого статутний фонд (100 мінімальних заробітних плат) розділений на довільні частки (паї), закріпленими за учасниками.
2. Товариство з додатковою відповідальністю – аналогічний ТОВ, а за нестачі внеску учасники додатково відповідають своїм майном в однакових для всіх розмірах.
3. Товариство з повною відповідальністю – підприємства, створені шляхом поєднання коштів фізичних осіб, які мають частки в статутному фонді, особисто займаються підприємництвом.
4. Командитне товариство – підприємства з фізичних і юридичних осіб, які займаються підприємницькою діяльністю (повні товариші), та осіб, які тільки здійснюють грошові вклади (вкладники, командитисти).
5. Акціонерне товариство – підприємства, в яких статутний фонд поділений на рівні частини (акції), які перебувають у власності окремих фізичних та юридичних осіб.

VI. Способом об'єднання:

1. Асоціація – договірне об'єднання, яке створюється з метою постійної координації господарської діяльності.
2. Корпорація – договірне об'єднання, яке формується на основі поєднання виробничих, наукових, комерційних інтересів з делегуванням окремих повноважень знизу до центру.
3. Концерн – об'єднання на основі повної фінансової залежності від одного або групи підприємств.
4. Консорціум – тимчасове статутне об'єднання промислового і банківського капіталу з метою досягнення спільної мети.
5. Спільне підприємство.

VII. Способом утворення майна:

1. Унітарні – комерційна організація, яка створена органами державної влади та місцевого самоврядування (засновник один).
2. Корпоративні (засновників два і більше) – формується на підставі договору і діє на основі об'єднання майна, діяльності, а розподіл доходів та ризиків здійснюється на засадах членства.

13. Бізнес-план як інструмент планування підприємницької діяльності

Бізнес-план – перспективний, комплексний, багатофункціональний документ, в якому викладена підприємницька ідея, сформульовані шляхи реалізації цієї ідеї, визначені організаційні, управлінські, фінансові, ринкові аспекти підприємницької діяльності.

Мета бізнес-плану: моделювання процесу управління бізнесом, стратегічне планування та оперативне управління підприємницькою діяльністю медичного закладу, встановлення конструктивних відносин з партнерами, залучення інвестицій, прогнозування потенційних проблем та шляхи їх вирішення.

Процес створення бізнес плану включає **три етапи**:

- підготовчий,
- розробка бізнес плану,
- презентація.

Структура бізнес-плану:

- Титульна сторінка;
- Змістовна частина, яка складається з 7 розділів:
 - Розділ 1. характеристика галузі охорони здоров'я, медичного закладу та номенклатури медичних послуг.
 - Розділ 2. Дослідження ринку.
 - Розділ 3. Маркетинг-план.
 - Розділ 4. Виробничий план.
 - Розділ 5. Організаційний план.
 - Розділ 6. Оцінка ризиків.
 - Розділ 7. Фінансовий план.
- Резюме (короткий зміст бізнес-плану) – його мета привернути увагу інвесторів та партнерів.

14. Фінансові моделі управління капіталом

У процесі підприємницької діяльності виникає необхідність залучення додаткових зовнішніх коштів (*позика*).

Позикові засоби – це грошові ресурси, які не належать суб'єкту господарювання, але тимчасово використовуються ним (кредит, лізинг, факторинг).

Кредит – це позика, видана фізичній або юридичній особі у тимчасове користування на умовах повернення під проценти.

Кредити поділяються на:

- короткотермінові – видаються на строк до 1 року;
- середньотермінові – до 5 років;
- довготермінові – від 5 до 30 років.

1. *Іпотечний кредит* – довготермінова позика під заставу нерухомого майна.
2. *Овердрафт („ліміт” або „кредитна лінія”)* – двосторонній договір між позичальником і банком про максимальну суму заборгованості по кредиту.
3. *Лізинг* – підприємницька діяльність, спрямована на інвестування власних, або залучених фінансових коштів. Це тристоронній договір між продавцем (виробником) певної дорогої, унікальної продукції, лізингодавцем (комерційним банком або лізинговою компанією та лізингоодержувачем (фізичною або юридичною особою)).

Види лізингу:

- *Фінансовий* – це оренда на термін, який збігається зі строком служби обладнання, після чого воно або повертається лізингодавцю, або викуповується підприємцем за залишковою вартістю.
- *Оперативний* – це угода, при якій обладнання орендується на певний термін, а потім повертається до лізингодавача.

У залежності від тривалості:

- Короткостроковий – до 1 року
- Середньостроковий – до 3 років
- Довгостроковий – понад 3 роки

Факторинг – це тристороння угода, метою якої є негайне одержання або одержання в строк коштів незалежно від платоспроможності платника, тобто перетворення боргових зобов'язань на гроші.

У цій операції беруть участь:

- фактор-компанія (банк), яка купує рахунки-фактори у клієнта;
- клієнт (постачальник медичних послуг), що уклав угоду з фактор компанією;
- підприємство (позичальник), який купує медичні послуги.

ТЕМА №13
СИСТЕМИ ФІНАНСУВАННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.
ЕКОНОМІЧНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ІНВЕСТИЦІЙНИХ ПРОЕКТІВ

Навчальна мета

Ознайомити студентів із джерелами фінансування сфери охорони здоров'я, джерелами і механізмами формування коштів, сучасними проблемами фінансування систем охорони здоров'я та механізмами їх удосконалення.

Знати:

- Сутність фінансів, джерела формування коштів сфери охорони здоров'я, бюджет, механізми його формування в охороні здоров'я України, моделі систем охорони здоров'я, стратегії фінансування систем охорони здоров'я.

Вміти:

- Розкривати сутність, риси, ознаки фінансів: характеризувати механізми формування та накопичення коштів у системі охорони здоров'я;
- Виявляти особливості системи охорони здоров'я в залежності від їх способу фінансування.

Запитання для підготовки до заняття:

1. Сутність фінансів.
2. Джерела формування коштів систем охорони здоров'я.
3. Бюджет, механізми його формування в охороні здоров'я України.
4. Сучасні напрями фінансування систем охорони здоров'я світу.
5. Фінансування системи охорони здоров'я України на сучасному етапі.

Література:

1. Громадське здоров'я / За редакцією академіка НАМН України В. Ф. Москаленка. – Вінниця: Нова Книга. – 2013.
2. Економіка охорони здоров'я / За редакцією член-кореспондента АМН України, професора В. Ф. Москаленка. – Вінниця: Нова Книга. 2010. – с. 52-89

Зміст теми заняття:

1. Сутність фінансів

Фінанси виникли з появою грошей. Термін "фінанси"- латинського походження (від *finantia* - гроші, дохід). Спочатку він використовувався для характеристики руху грошей, а з часом - для визначення економічних відносин. Отже, гроші створили умови для появи фінансів як самостійної сфери грошових і частини виробничих відносин.

Об'єктом фінансів виступають валовий внутрішній продукт (ВВП) та національний дохід (НД), а суб'єктами - держава, медичні заклади, підприємства, громадяни.

Фінансові ресурси - цілеспрямована сукупність грошових коштів, здатних до вивільнення або додаткового залучення в оборот. Вони поділяються на державні, громадські, приватні та характеризуються певними рисами і ознаками. Серед основних

рис можна виділити: грошову форму, розподільчий характер (розподіл ВВП, НД здійснюється через грошові фонди), акумуляцію та використання фінансових коштів на безоплатній основі.

До особливих ознак фінансів відносять:

- виявлення соціально-економічних відносин (відносин власності);
- перебування у постійному русі;
- наявність особливих джерел збору коштів.

У світовій економічній практиці фінанси визначаються як:

- історична категорія, поява якої пов'язана з виникненням держави та її інститутів;
- економічна категорія (результат товарно-грошового господарства);
- частина економічного базису;
- система економічних відносин, що складаються при формуванні, розподілі, використанні грошових доходів між державою, системою охорони здоров'я та громадянами;
- основа організації, ефективний регулятор і стабілізатор економічної діяльності галузей народного господарства, у т. ч. сфери охорони здоров'я;
- процес формування доходів юридичних та фізичних осіб і їх використання.

Фінансування системи охорони здоров'я – це процес формування (збору), акумуляції, розподілу та використання коштів для задоволення потреб населення у збереженні, зміцненні й охороні здоров'я.

2. Джерела формування коштів систем охорони здоров'я

Основними джерелами фінансування галузі є:

- загальні податкові надходження,
- цільовий внесок на обов'язкове медичне страхування (ОМС),
- премії добровільного медичного страхування (ДМС),
- особисті кошти громадян.

Загальні податкові надходження - обов'язкові платежі, які стягуються у визначеному законодавством порядку залежно від об'єкта оподаткування.

Податки класифікуються за:

- механізмом стягнення - прямі, непрямі;
- об'єктом оподаткування - ресурсні та майнові;
- методом оподаткування - прогресивні, регресивні;
- рівнем збору (адміністративною ознакою) - державні, регіональні, місцеві;
- типом збору - загальні, адресні.

Прямі податки вилучаються з доходу фізичних і юридичних осіб та власників майна.

Непрямі податки утримуються зі сфери споживання товарів, послуг або угод.

Цільовий внесок на обов'язкове медичне страхування (ОМС) - це обов'язковий, фіксований відсоток із фонду оплати праці. Внески платять робітники чи роботодавці, або платежі здійснюються ними спільно у певних пропорціях (Австрія, Німеччина, Бельгія, Люксембург, Франція, Російська Федерація).

Питома вага внеску в різних країнах перебуває в межах 3,6-14,2 %. Внесок може бути єдиним (Бельгія, Франція) або коливатися залежно від професії чи специфічності фонду (Австрія, Німеччина).

Внески на приватне добровільне медичне страхування (ДМС) - це кошти, які сплачуються із власних доходів громадян або прибутків підприємств за отримані медичні послуги. Основою для розрахунку розміру страхового внеску є ризик для здоров'я, від якого залежать обсяг і вартість медичних послуг. Страхові премії збирають державні, комерційні і некомерційні компанії.

Особисті кошти населення - це платежі за рахунок споживача, що пов'язані з прямою оплатою громадян (офіційні, неофіційні платежі), співоплатою та відкриттям медичних депозитних рахунків.

Механізм збору коштів обумовлюється певними причинами:

- можливістю отримання додаткових доходів у сферу охорони здоров'я;
- збільшенням попиту на певні види медичних послуг;
- отриманням громадянами медичних послуг, які не включені в програму ОМС і ДМС (послуги стоматологів, фармацевтів, приватних клінік та клініко-діагностичних лабораторій);
- стимулюванням відповідальності громадян за своє здоров'я;
- побоюваннями населення стосовно якості отримання медичної допомоги (неофіційні платежі);
- формою корупції (неофіційні платежі).

Розмір особистої участі громадян у відшкодуванні витрат на медичну допомогу становить:

- розвинуті країни з ринковою економікою (24 країни, що входять до ОЕСР) - 24 %;
- країни, що розвиваються, з високим доходом - 33 %;
- країни, що розвиваються, із середнім доходом - 43 %;
- країни, що розвиваються, з низьким доходом - 53 %.

Співоплата громадян в якості джерела фінансування охорони здоров'я використовується в багатьох країнах у різних формах. Сума співоплати пацієнтів залежить від типу послуг і їх кількості.

Співучасть в оплаті - одноразова виплата, яку пацієнт повинен заплатити за кожен медичну послугу. Так, у Німеччині за кожне відвідування лікаря первинної практики пацієнт платить 10 євро.

Спільна оплата - пацієнт оплачує за послугу певний відсоток від загальної суми. Так, за стоматологічне протезування пацієнт платить 6 % від усієї суми (Німеччина).

Попередня оплата, франшиза - виплата суми готівкою до початку надання медичної допомоги або виплата фіксованої суми, витрати понад яку покриваються страховою компанією (оплата стаціонарної допомоги в Японії).

Медичні депозитні рахунки (заощаджувальні рахунки здоров'я) - це спосіб компенсації невідшкодованих медичних витрат за рахунок неоподаткованих ресурсів, які були запроваджені в якості попередньої оплати.

В Сінгапурі обов'язкові внески складають 6-8 % від доходу, у США - до 2600 доларів на особу і до 5150 доларів на сім'ю.

До інших джерел фінансування відносять кошти громадських, релігійних, благодійних організацій.

3. Бюджет, механізми його формування в охороні здоров'я України

Термін "бюджет" походить від старофранцузького слова bougette (шкіряний мішок, портфель).

За сучасним трактуванням бюджет - це:

- правова категорія (регулюється у законодавчому порядку);
- економічна категорія (невід'ємна складова суспільно-економічної системи);
- основна ланка державних фінансів,
- інформаційний, контрольний, управлінський засіб, за допомогою якого здійснюється ефективне регулювання розподільних і перерозподільних процесів у суспільстві;
- механізм урівноваження фінансових інтересів суб'єктів господарювання;
- інструмент забезпечення збалансованого розвитку країни (забезпечення оптимального співвідношення між індивідуальним і суспільним споживанням).

Бюджет - це фінансовий документ у формі закону, що відображає у грошових сумах склад майбутніх доходів і видатків.

Основними джерелами фінансування системи охорони здоров'я України є Державний і місцеві бюджети, які в сукупності утворюють зведений бюджет.

У структурі зведених бюджетних витрат на охорону здоров'я кошти Державного бюджету складають 20-30 %, а місцевих бюджетів - 70-80 %. Державний бюджет України формується із загальних податків (біля 60 % від усіх доходів), платежів, зборів. Місцеві бюджети утворюються з місцевих податків, платежів і зборів.

Бюджетні трансферти - це кошти, що безоплатно та безповоротно передаються з одного бюджету до іншого.

Розрізняють:

- **дотації вирівнювання** - надання коштів бюджетам нижчого рівня з метою підтримання їх дохідної спроможності;
- **субвенції** - державна фінансова допомога для здійснення програм і заходів соціального захисту;
- **субсидії** - грошова державна допомога для збалансування регіональних і місцевих бюджетів;
- **вилучення коштів** - передача коштів до бюджетів вищого рівня.

Процес надходження грошових ресурсів із відповідних бюджетів

до лікувально-профілактичних закладів:



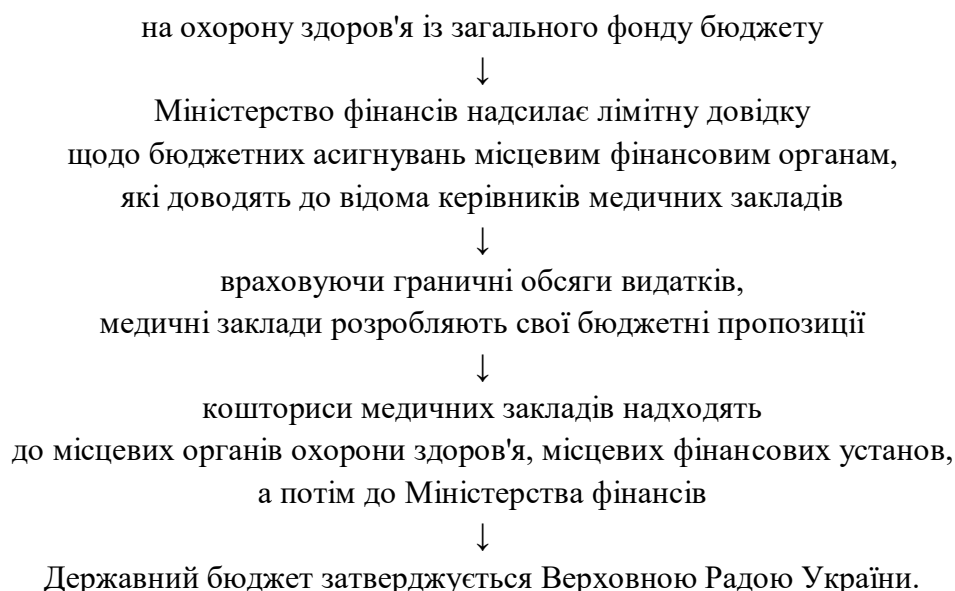
медичні заклади складають проектний кошторис



місцеві органи охорони здоров'я та Міністерство охорони здоров'я, місцеві фінансові установи розробляють зведені проектні кошториси витрат на охорону здоров'я як складові частини проекту бюджету місцевого та центрального рівнів



проект зведеного бюджету розглядається
Міністерством фінансів, яке формує граничні обсяги видатків



4. Сучасні напрями фінансування систем охорони здоров'я світу

Здоров'я - найбільша суспільна та індивідуальна цінність, що перебуває у стані постійного ризику.

Система охорони здоров'я - провідна галузь господарювання, діяльність якої спрямована на збереження, зміцнення, покращення здоров'я населення, забезпечення раціонального використання ресурсів та доступності медичної допомоги для всіх верств населення. Ця галузь потребує стабільного та достатнього за обсягом фінансування.

У сучасних умовах відбувається стрімке зростання витрат на охорону здоров'я та інтенсивний пошук їх стримування, наслідком чого є необхідність достатнього збору, раціонального розподілу та ефективного використання наявних обмежених фінансових ресурсів.

Ключові проблеми фінансування систем охорони здоров'я:

- невідповідність зростаючих потреб населення у послугах сфери охорони здоров'я та реальному її фінансуванню;
- складність створення достатнього за обсягом пулу фінансових ресурсів та забезпечення в цих умовах доступності медичної допомоги населенню;
- необхідність раціонального розподілу фінансових ресурсів за пріоритетами витрат та ефективного їх використання.

Організаційно-економічна основа ПМСД:

- економічна незалежність лікарських практик (у містах - індивідуальна та групова, у сільській місцевості - переважно індивідуальна);
- фінансування лікарів загальної практики здійснюється за схемою або часткового фондотримання (державна медицина), або гонорарною оплатою (страхова медицина);
- вільний вибір пацієнтом лікаря;
- надання медичної допомоги за направленням лікарів загальної практики;
- забезпечення безперервності і наступності лікувального процесу;
- чисельність осіб, прикріплених до сімейного лікаря, при високій щільності населення - 1500-1700 осіб, а при низькій - 1100-1200.

Структурні перетворення стаціонарного сектора медичної допомоги (зарубіжний досвід):

- зменшення потреби у стаціонарній допомозі за рахунок розширення позалікарняної медичної допомоги;
- розвиток системи домашнього догляду за хворими похилого віку та інвалідами;
- розвиток стаціонозамінних форм надання медичної допомоги (денні та домашні стаціонари, хірургія одного дня);
- підвищення ефективності використання ліжкового фонду;
- диференціація ліжкового фонду відповідно до інтенсивності лікування і догляду (лікарні інтенсивного короткострокового, довгострокового лікування та сестринського догляду і хоспіси);
- концентрація високоспеціалізованої високотехнологічної допомоги в окремих центрах.

Фрагментарність фінансових потоків пов'язана із:

- створенням системи різних фондів (охорони здоров'я, обов'язкового медичного страхування);
- бюджетами різних рівнів (районний, міський, обласний);
- бюджетами різних підрозділів системи охорони здоров'я (медичні заклади МОЗ, відомчі медичні заклади);
- бюджетами різних секторів системи охорони здоров'я (стаціонарний, амбулаторний, швидкої медичної допомоги);
- формуванням загального бюджету при об'єднанні поліклінік і стаціононів.

Фрагментарність фінансових потоків призводить до:

- ускладнення планування, управління;
- розпорошеності коштів (диференціації);
- незбалансованості рівнів та ланок надання медичної допомоги;
- конкуренції за обсяги фінансування між ЛПЗ;
- зменшення частки коштів на надання медичної допомоги.

Модель керованої медичної допомоги (США)

Її економічна основа:

- інтеграція (об'єднання) джерел стабільного фінансування (місцевих та державних бюджетів, обов'язкового цільового збору);
- проспективна оплата на договірній основі;
- фінансування комплексу медичних закладів на основі подушного нормативу в обсязі певних соціальних гарантій;
- фінансування первинної ланки за рахунок часткового фондотримання, а стаціононової допомоги - глобального бюджету;
- формування з боку фінансуючої сторони (покупця медичної допомоги) оптимального обсягу і структури медичної допомоги;
- впровадження протоколів медичних втручань (стандартів) та контроль ефективності діяльності.

Модель керованої медичної допомоги призводить до інтеграції фінансових коштів, що, у свою чергу:

- поєднує функції планування, управління, фінансування;

- створює умови для стратегічного і поточного планування фінансових ресурсів;
- створює баланс між різними видами медичної допомоги,
- формує економічні мотивації діяльності ЛПЗ;
- сприяє раціональному використанню обмежених ресурсів.

5. Фінансування системи охорони здоров'я України на сучасному етапі

Національна, або державна модель охорони здоров'я України заснована на принципах загальної доступності та безоплатності. Модель фінансування системи охорони здоров'я збереглась в Україні з радянських часів.

Фінансування охорони здоров'я здійснюється за рахунок бюджетів державного (20-30 %), місцевого та регіонального самоврядування (70- 80 %).

Рівень бюджетного забезпечення галузі щорічно зростає. Так у 2008р. він складав 29,05млрд. грн. у 2013 – 53млрд.грн. На Закарпатті 1млрд. 900 тис. грн. – 2013 рік.

Національна, або державна модель охорони здоров'я України основана на принципах загальної доступності та безоплатності. Модель фінансування системи охорони здоров'я збереглась в Україні з радянських часів.

В умовах недостатньої доступності медичної допомоги для населення – це

- дефіцит ресурсів;
- неефективний захист населення від фінансових ризиків, пов'язаних з витратами на медичну допомогу;
- диспропорції у фінансуванні окремих секторів медичної галузі (амбулаторно-поліклінічної, стаціонарної);
- відсутність мотивації у постачальників медичних послуг до підвищення якості та ефективності медичної діяльності;
- диспропорції між фінансовими можливостями галузі та потребою населення у медичній допомозі;
- фрагментарність фінансових потоків у системі охорони здоров'я.

Відсутність визначеного законодавством і нормативно правовими актами чіткого перерозподілу медичної допомоги, що повинно надаватись у державних та комунальних закладах безкоштовно.

З метою вирішення фінансових проблем у системі охорони здоров'я існують наступні стратегічні заходи:

- жорсткий контроль за витратами в галузі;
- автономізація медичних закладів та впровадження механізму стратегічних закупівель медичних послуг на договірній основі;
- перерозподіл коштів із витратного стаціонарного сектора в амбулаторний;
- скорочення обсягів деяких видів медичної допомоги;
- застосування базових цін на медикаменти (державна покриває базову ціну ліків, а різницю дорогого препарату покриває пацієнт);
- обмеження системи ОМС для осіб з високими доходами;
- перерозподіл бюджетних коштів соціальної сфери на користь системи охорони здоров'я.

ТЕМА №14

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ РИНКОВИХ ВІДНОСИН В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА МАРКЕТИНГОВА ДІЯЛЬНІСТЬ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ

Навчальна мета

Ознайомити студентів із механізмами формування, функціонування та особливостями ринку послуг охорони здоров'я, моделями ринкових структур.

Знати:

- Основну сутність і принципи формування ринку охорони здоров'я; склад, функції та класифікацію ринку послуг охорони здоров'я, особливості ринку послуг охорони здоров'я, кон'юнктуру ринку охорони здоров'я, сутність і види конкурентних структур.

Вміти:

- Характеризувати принципи організації, механізми функціонування та особливості ринку послуг охорони здоров'я; визначати шляхи підвищення ефективності діяльності сфери охорони здоров'я в умовах ринкової економіки.

Запитання для підготовки до заняття:

1. Суть і передумови формування ринку охорони здоров'я.
2. Склад, функції та класифікація ринку послуг охорони здоров'я.
3. Особливості ринку послуг охорони здоров'я.
4. Кон'юнктура ринку охорони здоров'я.
5. Сутність і види конкурентних структур.

Література:

1. Громадське здоров'я / За редакцією академіка НАМН України В. Ф. Москаленка. – Вінниця: Нова Книга. 2013.
2. Економіка охорони здоров'я / За редакцією член-кореспондента АМН України, професора В. Ф. Москаленка. – Вінниця: Нова Книга. 2010. – с. 31-51.
3. Рогач І. М., Віраг М. В., Керецман А. О., Шип Д. Я. Економіка охорони здоров'я. Маркетинг і менеджмент в стоматології // Методичні рекомендації. – Ужгород, 2011. – с. 3-13, 20-35.

Зміст теми заняття:

1. Суть і передумови формування ринку охорони здоров'я

Сучасне господарство – це економічна система товарного виробництва з розвинутими ринковими відносинами.

Основою ринкової економіки є приватна власність на засоби виробництва та свобода підприємницької діяльності, де рушійною силою є особистий інтерес, а регулюючим механізмом виступає конкуренція.

Ринок як *економічна категорія* – це :

- особливий механізм координації економічних дій;
- сукупність економічних відносин з приводу купівлі-продажу товару (послуг)

- сукупність соціально-економічних відносин у сфері виробництва, розподілу, обміну та споживання товарів (послуг);
- система контролю кінцевих результатів виробництва;
- саморегульований процес з рівноправним становищем його учасників і їх економічною відповідальністю за свої дії.

Основні принципи формування ринку:

- взаємовигідності;
- доступності;
- платності;
- еквівалентності.

Умови функціонування ринкових відносин:

- Різноманітність форм власності (державна, колективна, приватна) та організаційно-економічних форм господарювання, що сприяє створенню конкуренції.
- Необмежена кількість конкурентів-виробників споживчих благ.
- Вільний доступ на ринок і вихід з нього.
- Рівний доступ до ресурсів і рівні стартові можливості, що створює умови для підприємницької діяльності.
- Інформованість виробників і споживачів про попит і пропозиції, ціни.
- Можливість державного регулювання ринкових процесів (адміністративно-правовими та економічними методами).

2. Склад, функції та класифікація ринку послуг охорони здоров'я

Ринок медичних послуг – це сукупність медичних технологій, виробів медичної техніки, методів організації медичної діяльності, фармакологічних засобів, які реалізуються в умовах конкурентної економіки.

Ринок послуг охорони здоров'я складається з **суб'єктів і об'єктів**.

Медичні суб'єкти – це заклади та підприємства, які надають медичну допомогу населенню незалежно від форм власності, та продавці медичних послуг.

Об'єктами ринкових відносин та покупцями медичних товарів і послуг є **споживачі** (пацієнти), **посередники** (страхові організації), **місцеві органи влади**.

Структура ринку охорони здоров'я включає наступні **сегменти**:

- товарний (ринок лікарських засобів та медичної техніки);
- послуг (ринок медичних та освітніх послуг);
- інноваційний;
- цінних паперів;
- ринок медичного страхування.

Функції ринку охорони здоров'я:

- *інформаційна* – надається інформація про кількість і якість послуг;
- *ціноутворююча* – здійснюється визначення суспільно необхідних витрат;
- *регулююча* – стимулюється зниження витрат на одиницю товару (послуг);
- *посередницька* – визначає взаємовигідний зв'язок між учасниками ринку.
- Ринок послуг охорони здоров'я класифікують за :
- *об'єктом купівлі* – продажу (структура ринку охорони здоров'я);

- *ринковими структурами конкуренції* (монополія, олігополія, монопсонія, частково монопольний ринок);
- *галузевою ознакою* (терапевтичний, стоматологічний тощо);
- *відношенням до закону* (легальний і нелегальний);
- *територіальною ознакою* (регіональний, національний, міжнародний);
- *характером власності на засоби виробництва* (ринок державних і приватних послуг).

Ринок державних медичних послуг може діяти за *інтеграційною та контрактною економічними моделями*.

Інтеграційна економічна модель характеризується монополістичним впливом держави на діяльність медичних суб'єктів господарювання (державна управляє, фінансує, організовує надання медичних послуг), відсутністю у постачальників медичних послуг економічних стимулів до ефективного використання ресурсів, контролю за витратами, підвищення якості діяльності. Ці проблеми вирішуються при використанні контрактної моделі ринку державних медичних послуг.

Контрактна модель пов'язана з:

- управлінською та фінансовою самостійністю постачальників медичних послуг (автономія);
- наявністю у постачальників мотивації до підвищення якості та ефективності діяльності;
- розмежуванням функцій платника (державна, уповноважені органи) і постачальника медичних послуг (юридичні та фізичні особи).
- створенням умов для виникнення конкуренції між постачальниками з метою підвищення якості медичних послуг;
- установленням договірних відносин між платником і постачальником медичних послуг у рамках державних контрактних закупівель медичних послуг (контрактація).

В умовах контрактної моделі *застосовуються три основні типи угод:*

- *блок-контракт (подушний контракт)* – угода укладається між покупцем (посередником) і постачальником про надання медичних послуг певному населенню за встановлену суму грошей з кожного мешканця. Фінансовий ризик при цьому перекладається з покупця (посередника) на постачальника медичних послуг, при чому його оплата не враховує обсяг виконаної ним медичної допомоги. Це призводить до зниження якості та обсягу медичної допомоги.
- *контракт за вартістю та послугами* – замовник медичних послуг погоджує з постачальником обсяг діяльності та суму коштів за надану медичну допомогу, передбачається розділення фінансових ризиків і стимулювання постачальника до стримування витрат у процесі реалізації медичних послуг.
- *контракт за вартістю випадку* – замовник оплачує кожен медичну послугу, яка надається постачальником (індивідуальна угода при кожному відвідуванні лікаря). Недоліком цього договору є відсутність гарантій щодо обсягу медичної допомоги та ймовірного доходу.

Пошук резервів для оптимального використання ресурсів і підвищення якості надання медичного обслуговування, стимулювання профілактичної спрямованості

сприяли появі наприкінці ХХ ст. *квazіринку* (обмеженого, внутрішнього ринку) суть якого визначається партнерством держави та приватного сектора.

Неофіційний ринок охорони здоров'я пов'язаний з порушенням стандартів лікувально-діагностичних процедур, наданням послуг кримінального походження, прямими приватними платежами споживачів медичному персоналу, які не контролюються державою та не відшкодовують витрат галузі.

Ринок приватних медичних послуг включає:

1. комерційний сегмент – завдяки створенню умов для скорочення виробничих витрат, раціональному розподілу ресурсів, впровадженню новітніх технологій, конкуренції, застосуванню взаємозамінних і взаємодоповнюючих товарів і послуг розширюється їх асортимент і підвищується попит на них. Негативною рисою даного сегменту є велика частка витрат на лікування осіб з низькими доходами у порівнянні з заможними пацієнтами, що призводить до нерівності у споживанні медичних послуг населенням.
2. некомерційний сегмент – власниками виступають громадські (Червоний Хрест) і релігійні організації, діяльність яких здійснюється на неприбуткових секторах ринку медичних послуг. Це сприяє зменшенню інформаційної асиметрії та кращому задоволенню потреб населення.

3. Особливості ринку послуг охорони здоров'я

Ринок охорони здоров'я є частиною загальноекономічного ринкового середовища, проте має свої особливості:

- *частина медичних послуг* має характер «суспільних благ»;
- «асиметричність» інформації на ринку медичних послуг впливає на економічні відносини між їх надавачем і споживачем;
- доступність і рівність у одержанні медичних послуг;
- виробники медичних послуг одночасно виступають і їх продавцями;
- складна структура попиту на послуги охорони здоров'я;
- особливість динаміки попиту на медичні послуги і його коливання;
- результат медичної діяльності може бути визначений тільки після споживання послуги;
- висока мінливість ринкової кон'юктури;
- обмеженість доступу на ринок медичних послуг;
- етико-економічна невідповідність.

4. Кон'юнктура ринку охорони здоров'я

Ринок функціонує завдяки взаємодії попиту, пропозиції і ціни.

Попит – це кількість медичних послуг, які бажають і можуть отримати пацієнти за певний проміжок часу за визначеною ціною, платоспроможна потреба, взаємопов'язана з ціною.

При рівних умовах між ціною на медичні послуги і попитом існує зворотній зв'язок (закон попиту), який свідчить про економічну поведінку споживача:

- зменшення ціни на медичний товар (послугу) призводить до зростання купівельної спроможності споживача (ефект доходу);

- серед однорідних медичних товарів (послуг) для споживача економічно вигідним є дешевший (ефект заміщення);
- при зростанні ціни на взаємозамінний товар (товар-субстрит) знижується попит на нього і зростає попит на його замітник;
- при зростанні ціни на взаємодоповнюючий товар (товар-комплемент) відбувається зменшення попиту на його доповнювач.

Чинники, що впливають на попит:

- Ціна .
- Рівень доходу споживачів (пряма залежність).
- Структура населення.
- Чисельність населення країни (пряма залежність).
- Зміна «смаків» пацієнтів.
- Форсування попиту пропозицією.

Пропозиція – це кількість медичних товарів (послуг), які лікарі можуть надати населенню за певною ціною в даний період часу.

Закон пропозиції – прямий зв'язок між ціною та пропозицією (за однакових умов при вищих цінах зростає пропозиція на медичні товари (послуги)).

До **нецінових факторів впливу** на пропозицію **належать:**

- Кількість лікарів (пряма залежність).
- Підвищення цін на ресурси.
- Удосконалення медичного обладнання та апаратури.
- Бюджетно-податкова політика.
- Конкуренція.

Кількісну характеристику зміни попиту від ціни **дає коефіцієнт еластичності**, що виражається відношенням проценту зміни попиту до проценту зміни ціни.

Формула визначення: $E_p = \Delta Q / \Delta P$, де

E_p – цінова еластичність попиту

ΔQ – величина попиту

ΔP – величина ціни медичної послуги (товару).

При еластичному попиті ($E_p > 1$) зниження ціни призведе до швидкого зростання попиту порівняно зі зміною ціни, а при підвищенні ціни – значне його зменшення.

При еластичності ($E_p = 1$) попит і ціна змінюються однаковими темпами у протилежних напрямках.

Якщо попит нееластичний ($E_p < 1$) – при підвищенні ціни темпи падіння попиту менші, ніж темпи зростання ціни, а при її зниженні підвищення попиту сповільнюється більше, ніж падіння ціни.

Попит на більшість медичних послуг нееластичний (наприклад гострий біль, через який пацієнт змушений отримувати медичну допомогу), що веде до підвищення ціни на них. Еластичний попит сприяє раціональному використанню ресурсів. Абсолютно нееластичний попит, коли зміна ціни на медичну послугу не впливає на зміну обсягу попиту (наркотики для онкохворих, інсулін для хворих на цукровий діабет).

Стан, коли попит і пропозиція за певної ціни урівноважуються, називається ринковою рівновагою. При цьому ціна товару задовольняє і виробника, і споживача – це ринкова рівноважна ціна.

Особливістю рівноважної ціни є її **еластичність**:

- якщо під впливом нецінових факторів здійснюється підвищення попиту (при незмінній пропозиції) або скоротиться пропозиція при незмінному попиті, ціна на медичні послуги підвищиться;
- якщо пропозиція незмінна, а попит скоротиться, або при сталому попиті збільшиться пропозиція – ціна на медичні послуги знизиться.

Ринковий механізм *характеризується* здатністю досягати динамічної рівноваги між попитом і пропозицією, тобто ринок – *саморегульована система*.

В умовах перехідного періоду для *підтримання рівноваги між попитом і пропозицією* необхідно:

- встановити ліміт витрат на стаціонарну допомогу;
- проводити контроль за розвитком мережі лікарень;
- довести штати до нормативних, враховуючи потреби населення;
- зменшити питому вагу вузьких спеціалістів і збільшити частку лікарів, що надають первинну медичну допомогу (скорочення витрат);
- регулювати обсяг споживання амбулаторної допомоги;
- встановити ліміти на випуску дорогих медикаментів і діагностичних процедур;
- підключити населення до часткового покриття витрат на медичну допомогу.

5. Сутність і види конкурентних структур

Характерною рисою ринкової економіки є конкуренція між виробниками медичних товарів (послуг).

Конкуренція – це:

- механізм встановлення балансу між виробництвом медичних послуг і потребами населення;
- інструмент скорочення виробничих витрат;
- механізм встановлення рівноважної ринкової ціни на медичні товари (послуги);
- каталізатор організаційних і структурних змін у процесі підприємницької діяльності;
- стимулятор науково-технічного процесу;
- рушійна сила підвищення якості, ефективності діяльності та економічного розвитку держави.

У той же час *конкуренція призводить до банкрутства* малих і середніх підприємств, безробіття, соціального розшарування суспільства та інфляції.

Існують **2 види економічної конкуренції:**

- 1) **досконала (цілковита)** – характеризується великою кількістю самостійних виробників і споживачів, однорідністю товарів, абсолютною рухомістю ресурсів, інформаційною відкритістю та незалежністю у прийнятті рішень.
- 2) **недосконала (нецілковита)** – ознакою якої є вплив учасників ринку на ціни та отримання прибутку.

Види структури недосконалої конкуренції:

Монополія – на ринку один виробник і багато споживачів, які змушені купувати недиференційований товар, який не має замінників, за встановленою ним ціною.

Монопсонія – один покупець (споживач) і безліч виробників (державна купує послуги карантинної та санітарно-епідеміологічної служб).

Олігополія – небагато продавців, що виробляють однорідну та диференційовану продукцію.

Частково-монополістична конкуренція – модель ринку, при якій велика кількість виробників і споживачів, медичні товари (послуги) диференційовані.

З точки зору організаційної структури ринок медичних послуг належить до ринку недосконалої частково-монополістичної конкуренції, що потребує контролю та регулювання з боку держави.

Ефективна діяльність системи охорони здоров'я в умовах ринкової економіки пов'язана з:

- реформуванням власності;
- децентралізацією галузі;
- забезпеченням фінансової стійкості здоров'я та збалансованості джерел фінансування;
- створенням і захистом конкурентного середовища;
- партнерством державного з приватним і недержавним некомерційним секторами;
- необхідністю структурної перебудови медичного виробництва;
- здійсненям контрактних відносин між виробниками та покупцями медичних послуг;
- відповідністю медичних послуг стандартам якості;
- соціальним захистом вразливих груп населення (введенням обов'язкового медичного страхування).