

МОЗ України
Івано-Франківська обласна державна адміністрація
Департамент охорони здоров'я
Івано-Франківський базовий медичний коледж
Відділення післядипломної освіти

Ювілейний Вісник післядипломної освіти

число № 8



Івано-Франківськ
2015

УДК [614.2+377.36:61] (477.8)(060.55)
ББК 51(4Укр-4Іва)я5+74.474.7(4Укр-4Іва)я5
Ю 4

Упорядники:
Олександра Воєвода, Галина Микула,
Ольга Бойчук, Тетяна Кордис

Ю 14 **Ювілейний вісник** післядипломної освіти. Число № 8
Упор.: Олександра Воєвода [та ін..]

Вісник присвячений актуальній проблемі практичної охорони здоров'я – наданню первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини.

У віснику зібрані основні нормативні документи (закони України, витяги з наказів Міністерства охорони здоров'я України, розпорядження ОДА, накази ДОЗ ОДА) з питань реформування та розвитку сімейної медицини в Україні та Івано-Франківській області зокрема.

УДК [614.2+377.36:61] (477.8)(060.55)
ББК 51(4Укр-4Іва)я5+74.474.7(4Укр-4Іва)я5

*Ювілейний вісник післядипломної освіти
видано за кошти Івано-Франківського базового медичного коледжу*



ISBN 978-966-348-381-8

Івано-Франківський базовий
медичний коледж, 2015

Зміст

Переднє слово.....	5
Нормативні документи із сімейної медицини (перелік законів України, постанов Кабінету Міністрів України, наказів МОЗ України, розпоряджень ОДА, наказів ДООЗ ОДА з питань розвитку сімейної медицини).....	6
Витяг із Закону України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги»	8
Витяг з наказу Міністерства охорони здоров'я України від 20.07.2011 р. № 427 «Про затвердження Єдиного термінологічного словника (Глосарія) з питань управління якістю медичної допомоги».....	15
Витяг із наказу МОЗ України від 23.02.2012 р. № 131 «Про затвердження Примірного положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та примірних положень про його підрозділи».....	20
Примірне положення про Центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги.....	20
Примірне положення про амбулаторію.....	25
Примірне положення про фельдшерсько-акушерський/фельдшерський пункт.....	29
Примірне положення про медичний пункт тимчасового базування.....	31
Витяг із наказу Міністерства охорони здоров'я України від 02.04.2013 р. № 259 «Про затвердження державних санітарних норм і правил «Санітарно-протиепідемічні вимоги до закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу».....	32
Витяг із наказу МОЗ України від 02.11.2011 р. № 743 «Про затвердження Індикаторів якості медичної допомоги».....	36
Витяг із наказу МОЗ України від 23.02.2012 р. № 130 «Про затвердження Примірного переліку лабораторних досліджень, що виконуються при наданні первинної медичної допомоги населенню».....	38

Витяг із наказу МОЗ України від 11.09.2012 р. № 713 «Про затвердження методичних рекомендацій МОЗ України щодо регіональних планів модернізації мережі закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу»	39
Алгоритм дій закладу охорони здоров'я, лікаря, що надає первинну медичну (медико-санітарну допомогу), і громадянина щодо реалізації права пацієнта на вибір лікаря, що надає первинну медичну (медико-санітарну) допомогу (тимчасова інструкція зі змінами від 19.08.2013)...	80
Витяг із наказу МОЗ України від 27.12.2013 р. № 1150 «Про затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення Центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його підрозділів».....	81
Витяг із наказу МОЗ України від 06.12.2011 р. № 882 «Про затвердження Змін до Інструкції про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непридатність громадян».....	90
Витяг із наказу МОЗ України від 04.10.2013 р. № 858 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 19 липня 2005 р. № 360».....	94
Витяг із наказу МОЗ України від 11.08.2014 р. № 551 «Про удосконалення проведення профілактичних щеплень в Україні»	94
Витяг із наказу МОЗ України від 29.10.2013 р. № 931 «Про удосконалення організації лікувального харчування та роботи дієтологічної системи в Україні».....	113
Володимир Кметюк. Магнітно - резонансна томографія.	123
Витяг із Концепції вдосконалення сфери охорони здоров'я Івано-Франківської області на 2015 - 2016 рр.	125
Галина Микула. Сімейна медицина Прикарпаття: динаміка розвитку, проблеми та перспективи.	133
Лілія Васильєва. Професійна психічна деформація медичного працівника.	137
Мирослава Лаврук. Біопропедевтика у попередженні та подоланні різних мовленнєвих вад.	139
Короткий словник медичних термінів.....	143

Шановні колеги!



Світовий досвід первинної медичної допомоги доводить найвищу ефективність саме сімейної медицини як найбільш доступної, універсальної, економічно доцільної та раціональної для широкого загалу.

Процеси реформування охорони здоров'я охопили практично всі країни Європи. Принципи, за якими здійснюється реформування первинної медичної допомоги, — це орієнтація на сім'ю, забезпечення безперервності медичної допомоги від народження і протягом усього життя людини, профілактична спрямованість на формування, збереження і зміцнення здоров'я кожної сім'ї, розширення функцій лікарів та інше.

Стара система надання первинної медичної допомоги, колись дуже ефективна, себе вичерпала. При всій повазі до лікарів-спеціалістів неможливо не визнати, що саме сімейні лікарі, медичні сестри, фельдшери наділені такими душевними якостями, які роблять професію їх долею. Милосердя, співпереживання, проникнення у внутрішній світ пацієнта властиві саме їм, і вони стають для сім'ї домашніми та рідними. Це люди, які володіють глибинним знанням життя і людської душі, інтуїтивно розпізнають будь-яке страждання і біль, уміють їх полегшити.

Сімейні лікарі, медичні сестри, фельдшери, незважаючи на життєві проблеми, хвороби, надають медичну допомогу населенню вдень і вночі. Без цього терпіння, співпереживання неможлива професія сімейного лікаря, медичної сестри, фельдшера.

Лекційна робота, практичні заняття, співбесіди при планово-консультативних та організаційно-методичних виїздах у заклади первинної ланки районів (міст) області, живе людське слово професійного спілкування з вами приносить мені велику радість. Працюючи в одній команді з сімейним лікарем, ви не лише виконавці медичних маніпуляцій, а й носії духовності, втілення милосердя, що вселяє у хворого віру в можливість одужання, зміцнення здоров'я.

Прийміть щирі вітання та безмежну вдячність за ваші чуйні серця, за врятовані життя. Нехай усе хороше, зроблене з душею та натхненням, повертається до вас сторицею! Нехай оберігає вас Господь і допомагає ще краще виконувати свою найпочеснішу та найвідповідальнішу місію.

Хочеться, щоб ваша щоденна праця повертала людям здоров'я, полегшувала їх біль і страждання, була моральним задоволенням для вас, бо під білим халатом є серце, яке завжди допоможе в біді.

**З найщирішими
вітаннями**

**Галина Микула,
головний спеціаліст із організації
первинної медичної допомоги
ДОЗ ОДА**

Нормативні документи з сімейної медицини

Перелік законів України, постанов Кабінету Міністрів України, наказів МОЗ України, розпоряджень ОДА, наказів ДОЗ ОДА з питань розвитку сімейної медицини

- Постанова Кабінету Міністрів України від 20.06.2000 р. № 989 «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я області».
- Закон України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 07.07.2011 р. № 3611-VI.
- Указ Президента України від 12.03.2013 р. № 128/2013 «Про Національний план дій на 2013 рік щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010 — 2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава».
- Наказ МОЗ України від 11.09.2000 р. № 214 «Про затвердження Плану поетапного переходу до організації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини».
- Наказ МОЗ України від 12.07.2001 р. № 283 «Про затвердження медичної облікової документації щодо діяльності закладів загальної практики-сімейної медицини».
- Наказ МОЗ України від 23.02.2012 р. № 131 «Про затвердження Примірного положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та Примірних положень про його підрозділи».
- Наказ МОЗ України від 02.11.2011 р. № 743 «Про затвердження Індикаторів якості медичної допомоги» (Зареєстровано в Міністерстві юстиції від 22.11.2011 р. № 1328/20066)».
- Наказ МОЗ України від 06.12.2011 р. № 882 «Про затвердження змін до Інструкції про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непридатність громадян», зареєстровано в Міністерстві юстиції від 02.02.2012 р. № 163/20476”.
- Наказ МОЗ України від 20.07.2011 р. № 427 «Про затвердження Єдиного термінологічного словника (Глосарій) з питань управління якістю медичної допомоги».
- Наказ МОЗ України від 21.08.2014 р. № 585 «Про затвердження Примірних штатних нормативів Центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його структурних підрозділів».
- Наказ МОЗ України від 23.02.2012 р. № 130 «Про затвердження Примірного переліку лабораторних досліджень, що виконуються при наданні первинної медичної допомоги населенню».
- Наказ МОЗ України від 23.02.2012 р. № 132 «Про затвердження Примірного табеля оснащення лікувально-профілактичних підрозділів

закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу»»

- Наказ МОЗ України від 02.04.2013 р. № 259 «Про затвердження Державних санітарних норм і правил «Санітарно-протиепідемічні вимоги до закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу».
- Наказ МОЗ України від 27.03.2013 р. № 240 «Про затвердження Примірного положення про територіальний навчально-тренінговий центр сімейної медицини».
- Наказ МОЗ України від 10.09.2013 р. № 793, зареєстрований у Міністерстві юстиції України 13.09.2013 р. за № 1587/24119 «Про затвердження Нормативів забезпеченості мережею амбулаторій – підрозділів центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги».
- Наказ МОЗ України від 24.07.2013 р. № 629 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо організації лабораторних та інших досліджень за направленнями лікарів, які надають первинну медичну допомогу».
- Наказ МОЗ України від 26.07.2013 р. № 651 «Про принципи належної фармакотерапевтичної практики та запобігання поліпрагмазії».
- Наказ МОЗ України від 16.01.2013 р. № 25 «Про затвердження Плану заходів щодо виконання Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012 – 2016 роки».
- Наказ МОЗ України від 04.10.2013 р. № 858 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 19.07.2005 р. № 360».
- Наказ МОЗ України від 02.11.2012 р. № 866 «Про оцінку оснащеності лікувально-профілактичних підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу та моніторинг модернізації первинної медичної допомоги».
- Наказ МОЗ України від 28.07.2011 р. № 433 «Про Порядок вибору лікаря, що надає первинну медичну допомогу».
- Наказ МОЗ України від 29.05.2013 р. № 435 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу населенню, незалежно від підпорядкування та форми власності».
- Наказ МОЗ України від 22.05.2013 р. № 410 «Про затвердження форм облікової документації та звітності стосовно реєстрації випадків контакту осіб з кров'ю чи біологічними матеріалами людини, забрудненими ними інструментарієм, обладнанням чи предметами, проведення постконтактної профілактики ВІЛ-інфекції та інструкцій щодо їх заповнення».

- Наказ МОЗ України від 15.01.2014 р. № 34 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги».
- Наказ МОЗ України від 11.08.2014 р. № 551 «Про удосконалення проведення профілактичних щеплень в Україні».
- Наказ МОЗ України від 14.01.2013 р. № 16 «Про затвердження методичних рекомендацій для лікарів загальної практики – сімейної медицини з приводу консультування пацієнтів щодо основних засад здорового харчування».
- Методичні рекомендації “Модернізація мережі закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу” (погоджені заступником міністра охорони здоров'я Толстановим О. К., 2012 р.).
- Методичні рекомендації “Модель надання первинної медичної допомоги міському населенню” (погоджені заступником міністра охорони здоров'я України Толстановим О. К., 23.02.2012 р.).
- Методичні рекомендації щодо визначення необхідних ресурсів для досягнення цілей модернізації охорони здоров'я та напрямків її модернізації (2013 р.).
- Методичні рекомендації “Організація надання невідкладної медичної допомоги у Центрі первинної медико-санітарної допомоги” (затверджено першим заступником міністра охорони здоров'я України 29.02.2012 р.).
- Алгоритм дій закладу охорони здоров'я, лікаря, що надає первинну медичну (медико-санітарні допомогу) і громадянина по реалізації права пацієнта на вибір лікаря, що надає первинну медичну допомогу (тимчасова інструкція).
- Розпорядження облдержадміністрації від 05.12.2000 р. № 851 “Про регіональну програму “сімейна медицина” та комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я області”.

Витяг із ЗАКОНУ УКРАЇНИ

Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги

Верховна Рада України **постановляє:**

І. Внести до Основ законодавства України про охорону здоров'я (2801-12) Відомості Верховної Ради України, 1993 р., № 4, ст. 19 із наступними змінами

1. Текст статті 3 викласти в такій редакції:

«У цих Основах та інших актах законодавства про охорону здоров'я основні поняття мають таке значення:

здоров'я — стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних вад;

заклад охорони здоров'я - юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, основним завданням яких є забезпечення медичного обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників;

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

медичне обслуговування — діяльність закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку, у сфері охорони здоров'я, що не обов'язково обмежується медичною допомогою;

мережа закладів охорони здоров'я — сукупність закладів охорони здоров'я, що забезпечують потреби населення у медичному обслуговуванні на відповідній території;

пацієнт — фізична особа, яка звернулася за медичною допомогою та/або якій надається така допомога.

Зміст інших понять і термінів визначається законодавством України та спеціальними словниками понять і термінів Всесвітньої організації охорони здоров'я».

2. Статтю 8 після частини першої доповнити двома новими частинами такого змісту:

«Кожен громадянин має право на безоплатне отримання у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медичної допомоги, до якої належать:

екстрена медична допомога;

первинна медична допомога;

вторинна (спеціалізована) медична допомога, що надається за медичними показаннями у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я;

третинна (високоспеціалізована) медична допомога, що надається за медичними показаннями у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я;

паліативна допомога, що надається за медичними показаннями у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я.

Держава гарантує безоплатне надання медичної допомоги у державних та комунальних закладах охорони здоров'я також за епідемічними показаннями та безоплатне проведення медико-соціальної експертизи».

Стаття 14-1. Система стандартів у сфері охорони здоров'я

«Систему стандартів у сфері охорони здоров'я складають державні соціальні нормативи та галузеві стандарти.

Державні соціальні нормативи у сфері охорони здоров'я встановлюються відповідно до Закону України "Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії».

Галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я є:

стандарт медичної допомоги (медичний стандарт) — сукупність норм, правил і нормативів, а також показники (індикатори) якості надання медичної допомоги відповідного виду, які розробляються з урахуванням сучасного рівня розвитку медичної науки і практики;

клінічний протокол — уніфікований документ, який визначає вимоги до діагностичних, лікувальних, профілактичних та реабілітаційних методів надання медичної допомоги та їх послідовність;

табелі матеріально-технічного оснащення — документ, що визначає мінімальний перелік обладнання, устаткування та засобів, необхідних для оснащення конкретного типу закладу охорони здоров'я, його підрозділу, а також для забезпечення діяльності фізичних осіб - підприємців, що провадять господарську діяльність з медичної практики за певною спеціальністю (спеціальностями);

лікарський формуляр — перелік зареєстрованих в Україні лікарських засобів, що включає ліки з доведеною ефективністю, допустимим рівнем безпеки, використання яких є економічно прийнятним.

Галузеві стандарти у сфері охорони здоров'я розробляються і затверджуються центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я.

Галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я є також інші норми, правила та нормативи, передбачені законами, які регулюють діяльність у сфері охорони здоров'я.

Додержання стандартів медичної допомоги (медичних стандартів), клінічних протоколів, табелів матеріально-технічного оснащення є обов'язковим для всіх закладів охорони здоров'я, а також для фізичних осіб-підприємців, що провадять господарську діяльність з медичної практики».

Розділ III доповнити статтею 24-1 такого змісту:

Стаття 24-1. Захист прав пацієнтів

«Правові, економічні, організаційні основи захисту прав та законних інтересів пацієнтів визначаються законом».

Розділ V. МЕДИЧНА ДОПОМОГА.

Стаття 33. Забезпечення надання медичної допомоги

«Медична допомога надається професійно підготовленими медичними працівниками відповідно до медичних показань у закладах охорони здоров'я, що забезпечують надання медичної допомоги згідно з одержаною відповідно до закону ліцензією, та фізичними особами-підприємцями, які зареєстровані та

одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку і можуть перебувати з цими закладами у цивільно-правових відносинах.

Медична допомога за видами поділяється на екстрену, первинну, вторинну (спеціалізовану), третинну (високоспеціалізовану), паліативну, медичну реабілітацію.

Порядок надання медичної допомоги лікарями та іншими медичними працівниками і порядок направлення пацієнтів до закладу охорони здоров'я, що надає медичну допомогу відповідного виду, встановлюються центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я».

Стаття 35. Екстрена медична допомога

«Екстрена медична допомога — медична допомога, що передбачає здійснення ряду організаційних, діагностичних та лікувальних заходів з надання своєчасної медичної допомоги пацієнтам та постраждалим особам, які перебувають у невідкладному стані. Правові, організаційні та інші засади надання екстреної медичної допомоги визначаються законом».

Стаття 35-1. Первинна медична допомога

«Первинна медична допомога - медична допомога, що надається в амбулаторних умовах або за місцем проживання (перебування) пацієнта лікарем загальної практики — сімейним лікарем і передбачає надання консультації, проведення діагностики та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів, здійснення профілактичних заходів; направлення відповідно до медичних показань пацієнта, який не потребує екстреної медичної допомоги, для надання йому вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги; надання невідкладної медичної допомоги в разі гострого розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнта, який не потребує екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

Надання первинної медичної допомоги забезпечують центри первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, які є закладами охорони здоров'я, а також лікарі загальної практики — сімейні лікарі, які провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи-підприємці та можуть перебувати з цими закладами охорони здоров'я у цивільно-правових відносинах. До складу центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги можуть входити як структурні чи відокремлені підрозділи фельдшерсько-акушерські пункти, амбулаторії, медичні пункти, медичні кабінети.

Первинна медична допомога надається безоплатно в закладах охорони здоров'я, з якими головний розпорядник бюджетних коштів уклав договір про медичне обслуговування населення. Порядок надання первинної медичної

допомоги визначається центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я».

Стаття 35-2. Вторинна (спеціалізована) медична допомога

«Вторинна (спеціалізована) медична допомога — медична допомога, що надається в амбулаторних або стаціонарних умовах лікарями відповідної спеціалізації (крім лікарів загальної практики — сімейних лікарів) у плановому порядку або в екстрених випадках і передбачає надання консультації, проведення діагностики, лікування, реабілітації та профілактики хвороб, травм, отруєнь, патологічних і фізіологічних (під час вагітності та пологів) станів; направлення пацієнта відповідно до медичних показань для надання вторинної спеціалізованої) медичної допомоги з іншої спеціалізації або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

Надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги забезпечують заклади охорони здоров'я:

в стаціонарних умовах — багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування, лікарні відновного (реабілітаційного), планового лікування, хоспіси, спеціалізовані медичні центри;

в амбулаторних умовах — консультативно-діагностичні підрозділи лікарень, центри з медичних консультацій та діагностики (консультативно-діагностичні центри).

Вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу також можуть надавати лікарі, що провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи-підприємці.

Вторинна (спеціалізована) медична допомога надається безоплатно в закладах охорони здоров'я, що забезпечують надання такої допомоги, з якими головний розпорядник бюджетних коштів уклав договір про медичне обслуговування населення.

Вторинна (спеціалізована) медична допомога надається відповідно до медичних показань за направленням лікуючого лікаря з надання первинної медичної допомоги або лікуючого лікаря закладу охорони здоров'я, що забезпечує надання вторинної (спеціалізованої) чи третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

Без направлення вторинна (спеціалізована) медична допомога відповідно до медичних показань надається безоплатно закладами охорони здоров'я, з якими укладено договори про медичне обслуговування населення, пацієнтам, які звернулися до акушера-гінеколога, стоматолога, педіатра, та пацієнтам із хронічними захворюваннями, які перебувають на диспансерному обліку в цьому закладі охорони здоров'я.

Без направлення вторинна (спеціалізована) медична допомога відповідно до медичних показань також надається безоплатно в закладах охорони здоров'я, що забезпечують надання вторинної (спеціалізованої) допомоги, пацієнтам, які перебувають у невідкладному стані.

Порядок направлення пацієнтів відповідно до медичних показань до закладів охорони здоров'я, що забезпечують надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, а також порядок надання такої допомоги визначаються центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я.

З метою забезпечення належної якості та доступності безоплатної вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги та ефективного використання ресурсів системи охорони здоров'я в Україні створюються госпітальні округи. Порядок створення госпітальних округів встановлюється Кабінетом Міністрів України».

Стаття 35-3. Третинна (високоспеціалізована) медична допомога

«Третинна (високоспеціалізована) медична допомога — медична допомога, що надається в амбулаторних або стаціонарних умовах у плановому порядку або в екстрених випадках і передбачає надання консультації, проведення діагностики, лікування хвороб, травм, отруєнь, патологічних станів, ведення фізіологічних станів (під час вагітності та пологів) із застосуванням високотехнологічного обладнання та/або високоспеціалізованих медичних процедур високої складності; направлення пацієнта відповідно до медичних показань для надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги з іншої спеціалізації.

Надання третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги здійснюється високоспеціалізованими багатoproфільними або однопрофільними закладами охорони здоров'я.

Третинна (високоспеціалізована) медична допомога надається безоплатно в закладах охорони здоров'я, з якими укладено договори про медичне обслуговування населення.

Третинна (високоспеціалізована) медична допомога надається відповідно до медичних показань за направленням лікуючого лікаря з надання первинної чи вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги або закладу охорони здоров'я, який забезпечує надання первинної, вторинної (спеціалізованої) чи третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, у тому числі й іншої спеціалізації.

Без направлення третинна (високоспеціалізована) медична допомога надається безоплатно відповідно до медичних показань у закладах охорони здоров'я, з якими укладені договори про медичне обслуговування населення, пацієнтам із хронічними захворюваннями, які перебувають на диспансерному обліку у відповідному високоспеціалізованому багатoproфільному або однопрофільному закладі охорони здоров'я.

Без направлення третинна (високоспеціалізована) медична допомога також надається безоплатно відповідно до медичних показань у закладах охорони здоров'я пацієнтам, які перебувають у невідкладному стані.

Порядок направлення пацієнтів відповідно до медичних показань до закладів охорони здоров'я, що забезпечують надання третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, а також порядок надання такої допомоги встановлюються центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я».

Стаття 35-4. Паліативна допомога

«На останніх стадіях перебігу невиліковних захворювань пацієнтам надається паліативна допомога, яка включає комплекс заходів, спрямованих на полегшення фізичних та емоційних страждань пацієнтів, а також надання психосоціальної і моральної підтримки членам їх сімей.

Паліативна допомога надається безоплатно за направленням закладу охорони здоров'я, в якому пацієнтові надавалася вторинна (спеціалізована) чи третинна (високоспеціалізована) медична допомога, з яким укладено договір про медичне обслуговування населення. Порядок надання паліативної допомоги та перелік медичних показань для її надання визначаються центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я».

Стаття 35-5. Медична реабілітація

«Медична реабілітація — вид медичної допомоги, що надається пацієнтам в амбулаторних або стаціонарних умовах і включає систему медичних та інших заходів, спрямованих на відновлення порушених чи втрачених функцій організму особи, на виявлення та активізацію компенсаторних можливостей організму з метою створення умов для повернення особи до нормальної життєдіяльності, на профілактику ускладнень та рецидивів захворювання.

Медична реабілітація призначається пацієнтам:

- після закінчення гострого періоду захворювання в разі наявності обмежень життєдіяльності;
- з уродженими та спадковими патологічними станами, набутими порушеннями опорно-рухового та мовного апарату, вадами зору та слуху;
- у разі встановлення стійкої непрацездатності (інвалідності).

Медична реабілітація здійснюється безоплатно державними та комунальними закладами охорони здоров'я, з якими укладено договори про медичне обслуговування населення, за направленням відповідно до медичних показань державного чи комунального закладу охорони здоров'я, в якому пацієнтові надавалася вторинна (спеціалізована) чи третинна (високоспеціалізована) медична допомога.

Медична реабілітація здійснюється за медичними показаннями у порядку, визначеному центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я.

Медична експертиза з тимчасової втрати працездатності громадян проводиться лікарем або комісією лікарів у закладах охорони здоров'я

незалежно від форми власності, а також лікарями, що провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи-підприємці.

Порядок проведення медичної експертизи з тимчасової втрати працездатності громадян визначається центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я.

Під час проведення медичної експертизи з тимчасової втрати працездатності встановлюється факт необхідності надання листка непрацездатності чи іншого документа, що засвідчує тимчасову втрату працездатності у зв'язку з хворобою, каліцтвом, вагітністю та пологами, доглядом за хворим членом сім'ї, хворою дитиною, карантинном, встановленим санітарно-епідеміологічною службою, протезуванням, санаторно-курортним лікуванням, визначаються необхідність і строки тимчасового переведення працівника у зв'язку з хворобою на іншу роботу, приймається рішення про направлення на медико-соціальну експертну комісію для визначення наявності та ступеня тривалої або постійної втрати працездатності».

II. Прикінцеві положення

До 31 грудня 2019 року первинну медичну допомогу надають лікарі загальної практики — сімейні лікарі та інші медичні працівники, які працюють під керівництвом таких лікарів, а також лікарі-терапевти дільничні, лікарі-педіатри дільничні та інші медичні працівники, які працюють під керівництвом лікарів-терапевтів дільничних і лікарів-педіатрів дільничних.

З 1 січня 2020 року порядок надання медичної допомоги лікарями загальної практики — сімейними лікарями встановлюється відповідно до цього Закону».

Витяг із наказу Міністерства охорони здоров'я України 20.07.2011 р. № 427 «Про затвердження Єдиного термінологічного словника (Глосарія) з питань управління якістю медичної допомоги».

Єдиний термінологічний словник (Глосарій) з питань управління якістю медичної допомоги

Якість	Сукупність властивостей і характеристик продукції, які надають їй здатність задовольняти обумовлені або передбачувані потреби.
Акредитація	Офіційне визнання статусу закладу охорони здоров'я, наявності в ньому умов для надання певного рівня медико-санітарної допомоги, підтвердження його відповідності встановленим критеріям і гарантії високої якості професійної діяльності. <i>(Постанова Кабінету Міністрів України від 15.07.1997 р. № 765 «Про затвердження Порядку державної акредитації закладу охорони здоров'я. Порядок державної акредитації закладу охорони здоров'я»)</i>

Адаптація клінічних настанов	Процес аналізу прототипів з точки зору їх відповідності національній ресурсній і нормативній базі, можливості реалізації в Україні та фінансового забезпечення, використаних термінів та лікарських спеціальностей, переліку дозволених до застосування в Україні лікарських засобів та обладнання, з подальшим обґрунтуванням заходів, необхідних для імплементації положень КН з високим рівнем доведеності. <i>(Наказ МОЗ України та АМН України від 19.02.2009 р. № 102/18 «Про затвердження методичних рекомендацій "Уніфікована методика з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини (частина перша)» у редакції наказу МОЗ України та НАМН України від 20.07.2010 р. № 594/71)</i>
Атестація	Результат, який вказує на те, що дана особа відповідає критеріям, встановленим організацією, що атестує.
Аудит (перевірка) якості	Систематичне незалежне дослідження для встановлення того, чи відповідають планам діяльність у сфері якості і отримані результати, наскільки ефективно реалізуються дані плани і чи підходять вони для досягнення поставлених цілей.
Бенчмаркінг	Метод, за допомогою якого та чи інша організація вимірює ефективність своєї діяльності в порівнянні з ефективністю діяльності кращих у своєму класі організацій, визначає, як дані організації досягли такого рівня ефективності, і використовує отриману інформацію для вдосконалення своєї діяльності. До об'єктів бенчмаркінгу можуть належати стратегії, операції і процеси.
Впровадження клінічних настанов і стандартів медичної допомоги	Система заходів із поширення та застосування на практиці стандартів медичної допомоги, розроблених на основі клінічних настанов. <i>(Наказ МОЗ України та АМН України від 19.02.2009 р. № 102/18 «Про затвердження методичних рекомендацій "Уніфікована методика з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини (частина перша)» у редакції наказу МОЗ України та НАМН України від 20.07.2010 р. № 594/71)</i>
Доказова медицина	Добросовісне, точне і свідоме використання кращих результатів клінічних досліджень для вибору лікування конкретного хворого.
Доступність медичної допомоги	Доступність медичної допомоги — це вільний доступ до служб охорони здоров'я незалежно від географічних, економічних, соціальних, культурних, організаційних чи мовних бар'єрів.
Ефективність	Досягнення запланованого результату шляхом мінімального використання ресурсів.
Забезпечення	Складова частина управління якістю, зосереджена на створенні

якості	впевненості в тому, що вимоги до якості буде виконано.
Загальне управління якістю	Стиль менеджменту, заснований на участі всіх членів організації у поліпшенні якості процесів, продукції, послуг і корпоративної культури.
Індикатори	Встановлені критерії, що допомагають визначити, наскільки організація задовольняє потреби споживачів та виконує інші вимоги до своєї виробничої та фінансової діяльності.
Індикатор/показник якості медичної допомоги	Кількісний або якісний показник, відносно якого існують докази чи консенсус щодо його безпосереднього впливу на якість медичної допомоги; визначається ретроспективно.
Клінічна настанова	Документ, що містить систематизовані положення стосовно медичної та медико-соціальної допомоги, розроблені з використанням методології доказової медицини на основі підтвердження їх надійності та доведеності, і має на меті надання допомоги лікарю і пацієнту в прийнятті раціонального рішення в різних клінічних ситуаціях.
Клінічний аудит	Процес поліпшення якості медичної допомоги за допомогою систематичної перевірки наданої медичної допомоги з використанням чітко сформульованих критеріїв і з подальшим внесенням змін. На основі перевірки і ретроспективної оцінки елементів структури, процесу і результату медичної допомоги визначаються необхідні для підвищення якості перетворення на індивідуальному, колективному або організаційному рівнях. Подальший проспективний моніторинг підтверджує або спростовує доцільність змін медичної допомоги.
Контроль	Вимірювання, дослідження, тестування і перевірка однієї або кількох характеристик продукції або послуги та співставлення результатів з встановленими вимогами для визначення досягнутої відповідності по кожній характеристиці.
Контроль якості	Складова частина управління якістю, зосереджена на виконанні вимог до якості.
Ліцензування	Видача, переоформлення, анулювання ліцензій, видача дублікатів ліцензій, ведення ліцензійних справ та ліцензійних реєстрів, контроль за дотриманням ліцензіатами ліцензійних умов, видача розпоряджень про усунення порушень ліцензійних умов, а також розпоряджень про усунення порушень законодавства у сфері ліцензування. <i>(Закон України Про ліцензування певних видів господарської діяльності від 19 жовтня 2010 р. № 2608-VI)</i> Процес оцінки відповідності лікувально-профілактичної установи мінімуму вимог щодо структури і ресурсів, які можуть забезпечити безпечне надання медичної допомоги.
Локальний протокол медичної	Нормативний документ регіонального рівня, що спрямований на забезпечення надання безперервної, ефективної та економічно доцільної медичної допомоги при певних захворюваннях та інших

допомоги	патологічних станах відповідно до уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги, забезпечує координацію та упорядкування за часовим графіком технологій та методів надання медичної допомоги багато- (міждисциплінарного змісту, регламентує реєстрацію медичної інформації і ведення клінічного аудиту; затверджується головним лікарем лікувально-профілактичного закладу.
Мета-аналіз	Статистичний аналіз, узагальнюючий результати декількох досліджень однієї і тієї ж проблеми (звичайно, ефективності методів лікування, профілактики, діагностики). Об'єднання досліджень забезпечує більшу вибірку для аналізу та більшу статистичну потужність об'єднаних досліджень. Використовується для підвищення доказовості або впевненості щодо висновків про ефективність використовуваних методів.
Моніторинг	Систематичний процес збору інформації щодо результативності клінічної або неклінічної діяльності, роботи або систем. Моніторинг може бути періодичним або безперервним. Він також може застосовуватись відносно конкретних проблемних питань або для перевірки ключових частин роботи.
Нерівність	Нерівність у рівні здоров'я може бути визначена як відмінності в стані здоров'я або в розподілі детермінант здоров'я між різними групами населення.
Справедливість/рівність в охороні здоров'я	Організація системи охорони здоров'я, що забезпечує зменшення відмінностей у показниках здоров'я у представників різних соціально-економічних груп.
Оцінка	Систематичний процес оцінювання в ході збору і аналізу даних для визначення поточного, попереднього або прогнозованого виконання організацією вимог будь-якого стандарту.
Оцінка якості медичної допомоги	Визначення відповідності наданої медичної допомоги встановленим на даний час стандартам, очікуванням і потребам окремих пацієнтів і груп населення.
Оцінка медичних технологій	Медична технологія — сукупність і порядок різних заходів, методів діагностики, лікування, реабілітації, профілактики, необхідних для досягнення конкретних результатів у рамках надання медичної допомоги. Оцінка медичних технологій передбачає систематичне структуроване дослідження безпеки, клінічної ефективності та дієвості, а також аналіз ефективності витрат, організаційних, економічних, соціальних, правових та етичних наслідків поширення і використання медичних технологій, як нових, так і тих, що традиційно використовуються.
Планування якості	Складова частина управління якістю, зосереджена на встановленні цілей у сфері якості і на визначенні операційних процесів та відповідних ресурсів, необхідних для досягнення цілей у сфері

	якості.
Поліпшення якості	Складова частина управління якістю, зосереджена на збільшенні здатності виконати вимоги до якості.
Політика в сфері якості	Загальні наміри та спрямованість організації, пов'язані з якістю, офіційно сформульовані найвищим керівництвом.
Рандомізація	Спосіб випадкового розподілу об'єктів дослідження в основну та контрольну групи з використанням спеціальних засобів (таблиць випадкових чисел тощо). За допомогою рандомізації зводяться до мінімуму відмінності між групами по відомих та невідомих перемінних, ознаках, що потенційно впливають на результат, який вивчається.
Рандомізоване клінічне дослідження	Дослідження діагностичного тесту, методу профілактики або лікування, в якому учасники у випадковому порядку розподіляються на основну та контрольну групи, після чого за ними здійснюється спостереження для визначення ефекту втручання.
Результативність	Ступінь, в якому медичні втручання (враховуючи сучасний рівень знань) поліпшують здоров'я в звичайних практичних умовах. Обставини, що визначають відмінності між звичайними умовами надання медичної допомоги та контрольованими клінічними дослідженнями. Включають супутні захворювання пацієнтів, внаслідок чого неможливо точно передбачити, чи буде пацієнт дотримуватися схем лікування, а також відмінності в практиці надання медичних послуг.
Реінжиніринг Сертифікація	Проривний підхід до реструктуризації всієї організації та її процесів. Формальне визнання відповідності встановленим стандартам (напр. серії стандартів ISO 9000 для систем якості) ратифіковане зовнішнім оцінюванням уповноваженого аудитора.
Стандартизація	Використання єдиних підходів і процедур для управління процесами.
Стандарт медичної допомоги	Нормативний документ державного рівня, що визначає норми, вимоги до організації і критерії якості надання медичної допомоги, а також індикатори, за якими в подальшому здійснюється аудит на різних рівнях управління системою забезпечення якості; розробляється на основі клінічних настанов з урахуванням можливостей системи охорони здоров'я і затверджується Міністерством охорони здоров'я або уповноваженим органом центральної виконавчої влади в сфері охорони здоров'я.
Стандартизація в охороні здоров'я	Це діяльність, спрямована на досягнення оптимального ступеня впорядкування в охороні здоров'я шляхом розробки і встановлення вимог, норм, правил, характеристик умов, продукції, технологій, робіт, послуг, що застосовуються в охороні здоров'я.
Уніфікований клінічний протокол	Нормативний акт державного рівня, що розробляється на основі клінічних настанов з урахуванням можливостей системи охорони здоров'я (а в разі наяви стандарту медичної допомоги, то і у

медичної допомоги	відповідності до нього). Покроково визначає процес надання медичної допомоги, обсяг та її результати при певному захворюванні, затверджується Міністерством охорони здоров'я.
Управління якістю	Скоординована діяльність, яка полягає у спрямуванні та контролюванні організації щодо якості.
Державний формуляр лікарських засобів	Перелік лікарських засобів, зареєстрованих в Україні, що включає ліки з доведеною ефективністю, допустимою безпекою та економічно вигідним використанням.
Локальний формуляр лікарських засобів закладу охорони здоров'я	Перелік лікарських засобів з найбільшою доказовою базою щодо їх ефективності, безпеки та економічно вигідного використання коштів закладу охорони здоров'я, що затверджується керівником закладу охорони здоров'я за погодженням з Міністерством охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, управліннями охорони здоров'я обласної, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій. (Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 22.07.2009 р. № 529 «Про створення формулярної системи забезпечення лікарськими засобами закладів охорони здоров'я».)
Регіональний формуляр лікарських засобів	Перелік лікарських засобів з найбільшою доказовою базою щодо їх ефективності, безпеки та економічно вигідного використання в даному регіоні, затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, управліннями охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій.
Якість медичного обслуговування	Якісне медичне обслуговування — це обслуговування, при якому ресурси організуються таким чином, щоб з максимальною ефективністю і безпечністю задовольняти медико-санітарні потреби тих, хто найбільш усього потребує допомоги, проводити профілактику і лікування без непотрібних витрат і відповідно до вимог найвищого рівня.

Витяг із наказу МОЗ України від 23.02.2012 р. № 131 «Про затвердження Примірною положення про Центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та примірних положень про його підрозділи»

ПРИМІРНЕ ПОЛОЖЕННЯ про Центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги

І. Загальні положення

1.1. Центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги (далі — ЦПМСД) є заклад охорони здоров'я, що створюється з метою забезпечення потреб населення у первинній медичній (медико-санітарній) допомозі (далі — ПМСД).

1.2. ЦПМСД створюється за рішенням органу/органів місцевого самоврядування (далі — Засновник) відповідно до його/їх повноважень та підпорядковується Засновнику.

1.3. ЦПМСД є юридичною особою.

1.4. ЦПМСД проходить державну реєстрацію, акредитацію та отримує ліцензію на здійснення медичної практики відповідно до законодавства.

1.5. ЦПМСД у своїй діяльності керується Конституцією України, законами України, актами Президента України та Кабінету Міністрів України, нормативно-правовими актами Міністерства охорони здоров'я України, цим Положенням, іншими нормативно-правовими актами.

1.6. Ліквідація та реорганізація ЦПМСД здійснюються за рішенням Засновника відповідно до законодавства.

II. Предмет діяльності

2.1. Основними завданнями ЦПМСД є:

2.1.1. Організація надання прикріпленому населенню ПМСД.

2.1.2. Забезпечення належної доступності та якості ПМСД для прикріпленого населення.

2.1.3. Організація взаємодії з закладами охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу (далі — ВМД), третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу (далі — ТМД) та екстрену медичну допомогу (далі - ЕМД).

2.1.4. Організація та надання невідкладної медичної допомоги населенню.

2.1.5. Планування розвитку ПМСД.

2.1.6. Проведення організаційно-методичної роботи за напрямом ПМСД.

2.1.7. Здійснення фінансового, матеріально-технічного та кадрового забезпечення ПМСД.

2.1.8. Забезпечення взаємодії між підрозділами ЦПМСД в інтересах збереження та зміцнення здоров'я населення.

2.1.9. Сприяння доступності для населення сільської місцевості стоматологічної та екстреної допомоги.

2.2. Відповідно до покладених на нього завдань ЦПМСД забезпечує:

2.2.1. Надання населенню ПМСД.

2.2.2. Належну та рівну доступність ПМСД для населення шляхом розвитку мережі підрозділів ПМСД, наближених до місць проживання населення.

2.2.3. Реалізацію права громадян вільно вибирати лікаря, що надає ПМСД (лікар загальної практики-сімейний лікар, у тому числі лікар загальної практики-сімейний лікар, що провадить господарську діяльність з медичної практики як фізична особа-підприємець, що перебуває з ЦПМСД у цивільно-правових відносинах, лікар-терапевт/педіатр дільничний).

2.2.4. Наступність та послідовність обстеження, лікування та реабілітації пацієнтів у взаємодії з іншими закладами охорони здоров'я відповідно до медичного маршруту пацієнта.

2.2.5. Скерування пацієнтів для отримання медичної допомоги на вторинному та третинному рівнях.

2.2.6. Здійснення диспансеризації населення.

2.2.7. Діяльність з придбання, перевезення, зберігання, використання та знищення наркотичних засобів, їх аналогів або прекурсорів, замісників їх аналогів, прекурсорів, отруйних чи сильнодіючих речовин або отруйних чи сильнодіючих засобів, психотропних речовин за наявності ліцензії на здійснення відповідних видів діяльності у ЦПМСД, амбулаторіях як його відокремлених підрозділах у порядку, встановленому постановою Кабінету Міністрів України від 3 червня 2009 року № 589 «Про затвердження Порядку провадження діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, та контролю за їх обігом».

2.2.8. Надання паліативної допомоги пацієнтам на останніх стадіях перебігу невиліковних захворювань, яка включає комплекс заходів, спрямованих на полегшення фізичних та емоційних страждань пацієнтів.

2.2.9. Проведення санітарно-просвітницької роботи, навчання населення здоровому способу життя, основам надання самодопомоги та взаємодопомоги.

2.2.10. Раннє виявлення та профілактику неінфекційних захворювань.

2.2.11. Раннє виявлення та профілактику соціально небезпечних захворювань.

2.2.12. Проведення разом із санітарно-епідеміологічною службою заходів масової та індивідуальної профілактики інфекційних захворювань.

2.2.13. Встановлення наявності показань та здійснення відбору хворих для отримання санаторно-курортного лікування.

2.2.14. Проведення експертизи тимчасової втрати працездатності.

2.2.15. Направлення осіб з ознаками стійкої втрати працездатності на медико-соціальну експертизу, спрямування пацієнтів на медико-соціальну реабілітацію.

2.2.16. Виписку рецептів для пільгового забезпечення медикаментами окремих груп населення відповідно до чинного законодавства.

2.2.17. Взаємодію своїх структурних підрозділів з дитячими дошкільними закладами, навчальними закладами, соціальними службами, правоохоронними органами, підприємствами, установами та організаціями, засобами масової інформації, громадськими організаціями в інтересах збереження та зміцнення здоров'я населення.

2.2.18. Управління та контроль якості надання медичної допомоги у структурних підрозділах.

2.2.19. Організаційно-методичну роботу з надання ПМСД у структурних підрозділах за такими напрямками:

2.2.19.1. Збір, узагальнення та контроль достовірності статистичної інформації.

2.2.19.2. Звітування відповідно до підпорядкування та надання оперативної інформації.

- 2.2.19.3. Аналіз стану здоров'я населення.
- 2.2.19.4. Вивчення і прогнозування потреби населення у ПМСД.
- 2.2.19.5. Планування лікувально-профілактичних заходів відповідно до потреб населення.
- 2.2.19.6. Аналіз доступності ПМСД для населення, планування розвитку мережі та її кадрового забезпечення.
- 2.2.19.7. Організацію підвищення кваліфікації кадрів, у тому числі безперервне навчання кадрів без відриву від виробництва (разом з вищими медичними навчальними закладами).
- 2.2.19.8. Впровадження сучасних методів профілактики, діагностики, лікування та реабілітації хворих, передового досвіду щодо організації ПМСД, сучасних інформаційних технологій.
- 2.2.19.9. Впровадження та вдосконалення системи управління якістю надання ПМСД.
- 2.2.20. Аналіз стану фінансового забезпечення ЦПМСД і його структурних підрозділів та розроблення фінансових планів.
- 2.2.21. Здійснення закупівлі лікарських засобів, виробів медичного призначення, медичного обладнання та інвентарю, інших засобів, необхідних для функціонування ЦПМСД та його підрозділів.
- 2.2.22. Утримання будівель, споруд і технічних засобів ЦПМСД та його підрозділів у належному стані.
- 2.2.23. Належну експлуатацію та функціонування медичного обладнання у підрозділах ЦПМСД.
- 2.2.24. Контроль за використанням матеріально-технічних ресурсів у підрозділах ЦПМСД.
- 2.2.25. Облік матеріальних цінностей, у тому числі медичного обладнання та інвентарю.
- 2.2.26. Планування ремонтно-будівельних робіт, оснащення медичним обладнанням та інвентарем.

III. Управління

- 3.1. Очолює ЦПМСД головний лікар, який призначається на посаду за рішенням Засновника шляхом укладання контракту.
- 3.2. Повноваження головного лікаря:
 - 3.2.1. Здійснює загальне керівництво ЦПМСД.
 - 3.2.2. Спрямовує і координує заходи, що належать до компетенції ЦПМСД.
 - 3.2.3. Призначає своїх заступників та керівників структурних підрозділів ЦПМСД.
 - 3.2.4. Здійснює прийом працівників на роботу та звільнення з роботи у ЦПМСД за погодженням з керівниками структурних підрозділів.
 - 3.2.5. Затверджує плани роботи ЦПМСД та його структурних підрозділів.
 - 3.2.6. Затверджує режим роботи ЦПМСД та його структурних підрозділів за поданням їх керівників.

3.2.7. Організує контроль за виконанням планів та дотриманням графіків роботи підрозділів ЦПМСД;

3.2.8. Видає накази по ЦПМСД.

3.2.9. Затверджує посадові інструкції працівників ЦПМСД.

3.2.10. Забезпечує впровадження і вдосконалення системи управління якістю у ЦПМСД.

3.2.11. Забезпечує впровадження і вдосконалення системи мотивації праці у ЦПМСД.

3.2.12. Заохочує працівників та накладає стягнення у встановленому законодавством порядку.

3.2.13. Укладає договори від імені ЦПМСД.

3.2.14. Представляє інтереси ЦПМСД в органах судової влади.

3.2.15. Від імені власника підписує колективний договір з одним або кількома профспілковими чи іншими уповноваженими на представництво трудовим колективом ЦПМСД органами, а у разі відсутності таких органів - представниками працівників, обраними і уповноваженими трудовим колективом ЦПМСД.

IV. Організаційна структура

4.1. Структурними підрозділами ЦПМСД є:

4.1.1. Адміністративна частина/управління.

4.1.2. Господарська частина.

4.1.3. Лікувально-профілактична служба, що складається з амбулаторій, які є структурними або відокремленими структурними підрозділами ЦПМСД.

4.2. У сільській місцевості та в окремих випадках у містах у складі амбулаторій долікарську медичну допомогу можуть надавати медичні пункти (фельдшерсько-акушерські/фельдшерські пункти), які є відокремленими структурними підрозділами ЦПМСД.

4.3. З метою збільшення доступності ПМСД для населення віддалених від місця розташування амбулаторій та ФАП/ФП населених пунктів за ініціативою органу місцевого самоврядування, керівництва підприємства, установи або організації за погодженням з головним лікарем можуть організовуватись медичні пункти тимчасового базування.

V. Взаємодія та контроль діяльності

5.1. За необхідності надання пацієнту ВМД або ТМД спеціалізованої або високоспеціалізованої допомоги ЦПМСД направляє пацієнтів згідно з показаннями до закладів охорони здоров'я ВМД або ТМД відповідної спеціалізації.

5.2. За необхідності надання пацієнту екстреної медичної допомоги або наявності показань до екстреної госпіталізації (консультації) у заклад ВМД або ТМД ЦПМСД здійснює виклик бригади швидкої медичної допомоги.

5.3. ЦПМСД взаємодіє із закладами охорони здоров'я та іншими закладами і установами, громадськими організаціями при вирішенні питань організації і надання ПМСД.

5.4. Контроль якості надання медичної допомоги хворим у ЦПМСД здійснюється шляхом експертизи відповідності якості наданої медичної допомоги вимогам державним стандартам, нормативів, клінічних протоколів, інших документів з медичної практики.

5.5. Здійснення внутрішнього контролю якості надання медичної допомоги покладається на завідувачів лікарських амбулаторій.

5.6. Здійснення вибіркового внутрішнього контролю якості роботи підрозділів ЦПМСД покладається на заступника головного лікаря ЦПМСД.

5.7. Координуюча, консультативна та дорадча функції з питань організації управління якістю медичної допомоги в ЦПМСД покладаються на медичну раду закладу, яку очолює головний лікар.

VI. Джерела фінансування

6.1. Основним джерелом фінансування ЦПМСД є кошти місцевого/місцевих бюджету/бюджетів.

6.2. Іншими джерелами фінансування ЦПМСД можуть бути джерела, що не заборонені чинним законодавством.

VII. Повноваження трудового колективу

Працівники ЦПМСД провадять свою діяльність відповідно до законодавства та колективного договору.

ПРИМІРНЕ ПОЛОЖЕННЯ про амбулаторію

I. Загальні положення

1.1. Амбулаторія створюється з метою забезпечення населення первинною медичною (медико-санітарною) допомогою (далі — ПМСД), у тому числі невідкладною медичною допомогою, шляхом наближення місця надання ПМСД до місць проживання прикріпленого населення та забезпечення реалізації права пацієнтів вибрати лікаря, що надає ПМСД.

1.2. Амбулаторія є структурним або відокремленим структурним підрозділом Центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги (далі — ЦПМСД), що забезпечує надання прикріпленому населенню ПМСД.

1.3. Амбулаторія у своїй діяльності керується чинним законодавством України у сфері охорони здоров'я, стандартами, клінічними протоколами та іншими документами з медичної практики.

1.4. В амбулаторії працюють від одного до декількох лікарів загальної практики-сімейних лікарів (далі — лікар ЗП-СЛ).

У разі відсутності достатньої кількості підготовлених лікарів ЗП-СЛ лікарські посади в амбулаторії можуть обіймати лікарі-терапевти дільничні та лікарі-педіатри дільничні. За наявності у штаті амбулаторії посад лікарів-терапевтів дільничних та лікарів-педіатрів дільничних в амбулаторії можуть також працювати лікарі інших спеціальностей, передбачених законодавством.

В амбулаторії можуть працювати лікарі ЗП-СЛ, які провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи-підприємці та перебувають у цивільно-правових відносинах з ЦПМСД.

1.5. Кількість лікарських посад в амбулаторії та/або лікарів ЗП-СЛ, які провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи-підприємці та перебувають у цивільно-правових відносинах з ЦПМСД, і кількість прикріпленого до амбулаторії населення залежить від характеру розселення та забудови.

1.6. Надання ПМСД населенню здійснюється безпосередньо в амбулаторії, у тому числі шляхом лікування у денному стаціонарі та вдома за викликами пацієнтів або з ініціативи медичних працівників амбулаторії з профілактичною метою.

1.7. Оснащення амбулаторії медичним обладнанням та інвентарем, засобами зв'язку, комп'ютерною технікою, транспортними засобами здійснюється відповідно до табеля оснащення та інших нормативів, затверджених Міністерством охорони здоров'я України.

1.8. В амбулаторії створюються умови для функціонування існуючих стоматологічних кабінетів.

II. Предмет діяльності

2.1. Основними завданнями амбулаторії є:

2.1.1. Забезпечення реалізації права пацієнтів вибрати лікаря, що надає ПМСД.

2.1.2. Надання прикріпленому населенню безоплатної ПМСД, у тому числі невідкладної медичної допомоги.

2.1.3. Організація надання населенню долікарської медичної допомоги фельдшерсько-акушерськими/фельдшерськими пунктами (далі — ФАП/ФП) у складі амбулаторії.

2.1.4. Взаємодія з дитячими дошкільними закладами та навчальними закладами на прикріпленій території.

2.1.5. Здійснення обов'язкових медичних профілактичних оглядів.

2.1.6. Дотримання обсягу та якості ПМСД відповідно до медичних стандартів, клінічних протоколів та інших документів з медичної практики.

2.1.7. Участь у розробці рекомендацій з профілактики і зниження впливу негативних факторів, що є чинниками виникнення захворювань.

2.1.8. Проведення просвітницької роботи серед населення з питань профілактики основних епідемічних та неепідемічних захворювань, організація такої роботи у підпорядкованих ФАП/ФП та медичних пунктах тимчасового базування (далі — МПТБ).

2.1.9. Забезпечення ефективного використання наявних ресурсів амбулаторії та підпорядкованих ФАП/ФП.

2.1.10. Забезпечення безпеки пацієнтів в амбулаторії та у підпорядкованих ФАП/ФП.

- 2.1.11. Створення безпечних умов праці персоналу амбулаторії та підпорядкованих ФАП/ФП.
- 2.1.12. Забезпечення проходження профілактичних медичних оглядів працівниками амбулаторії та ФАП/ФП.
- 2.2. Відповідно до покладених на неї завдань амбулаторія:
- 2.2.1. Забезпечує у встановленому порядку реєстрацію прикріплення пацієнтів до лікарів, що надають ПМСД.
- 2.2.2. Надає ПМСД прикріпленому населенню на прийомі в амбулаторії в умовах денного стаціонару та вдома за викликом або з ініціативи медичного персоналу амбулаторії з профілактичною метою.
- 2.2.3. Проводить обов'язкові медичні профілактичні огляди.
- 2.2.4. Надає паліативну допомогу пацієнтам на останніх стадіях перебігу невиліковних захворювань, у тому числі забезпечує виконання знеболювальних заходів з використанням наркотичних речовин.
- 2.2.5. Надає невідкладну медичну допомогу.
- 2.2.6. Бере участь у наданні екстреної медичної допомоги.
- 2.2.7. Бере участь у проведенні заходів масової профілактики в дитячих дошкільних і навчальних закладах, що розташовані на прикріпленій території, на підприємствах, в установах та організаціях, де створені МПТБ.
- 2.2.8. Здійснює направлення хворих для отримання медичної допомоги до закладів охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу (далі — ВМД) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу (далі — ТМД).
- 2.2.9. Забезпечує наступність та послідовність в обслуговуванні пацієнтів у закладах охорони здоров'я ВМД та ТМД.
- 2.2.10. Здійснює профілактику та раннє виявлення неінфекційних захворювань засобами ПМСД.
- 2.2.11. Здійснює профілактику та раннє виявлення соціально небезпечних захворювань засобами ПМСД в амбулаторії та організовує їх у ФАП/ФП та/або МПТБ.
- 2.2.12. Здійснює заходи масової та індивідуальної профілактики інфекційних та паразитарних хвороб в амбулаторії та організовує їх у ФАП/ФП та/або МПТБ.
- 2.2.13. Здійснює диспансеризацію населення.
- 2.2.14. Проводить експертизу тимчасової втрати працездатності.
- 2.2.15. Направляє осіб з ознаками стійкої втрати працездатності на медико-соціальну експертизу, скеровує пацієнтів на медико-соціальну реабілітацію.
- 2.2.16. Проводить виписку рецептів для пільгового забезпечення медикаментами окремих груп населення відповідно до чинного законодавства.
- 2.2.17. Взаємодіє з навчальними закладами, соціальними службами, правоохоронними органами, підприємствами, установами та організаціями, засобами масової інформації, громадськими організаціями на території обслуговування в інтересах збереження та зміцнення здоров'я населення.

2.2.18. Проводить санітарно-просвітницьку роботу та роботу з формування здорового способу життя серед прикріпленого населення в амбулаторії та організовує її у ФАП/ФП та МПТБ.

2.2.19. Аналізує стан здоров'я прикріпленого населення та розробляє плани лікувально-профілактичних заходів.

2.2.20. Здійснює облік матеріальних цінностей, формує замовлення на здійснення ремонтно-будівельних робіт, оснащення медичним обладнанням і інвентарем, забезпечення твердим та м'яким інвентарем, іншими засобами, необхідними для функціонування амбулаторії та ФАП/ФП.

III. Управління

3.1. Амбулаторію очолює завідувач, який призначається на посаду та звільняється з посади головним лікарем ЦПМСД відповідно до чинного законодавства.

3.2. Завідувач амбулаторії:

3.2.1. Здійснює керівництво амбулаторією.

3.2.2. Надає пропозиції головному лікарю ЦПМСД щодо прийняття та переведення на інші посади працівників амбулаторії та ФАП/ФП.

3.2.3. Організовує лікувально-профілактичну та адміністративно-господарську діяльність амбулаторії, співпрацює з іншими структурними підрозділами ЦПМСД.

3.2.4. Організовує надання якісної та безпечної медичної допомоги прикріпленому населенню.

3.2.5. Організовує надання невідкладної медичної допомоги населенню.

3.2.6. Організовує впровадження сучасних методів діагностики та лікування.

3.2.7. Забезпечує своєчасне отримання, належне зберігання та використання лікарських засобів, медичного оснащення, засобів догляду за хворими.

3.2.8. Контролює раціональне використання медичної техніки і оснащення в амбулаторії, ФАП/ФП.

3.2.9. Організовує дотримання належних санітарно-гігієнічних умов функціонування амбулаторії.

3.2.10. Контролює дотримання вимог ведення медичної документації, організовує підготовку статистичних звітів та подає їх керівництву ЦПМСД.

3.2.11. Створює умови для безперервного підвищення кваліфікації працівниками амбулаторії, ФАП/ФП та спільно з ЦПМСД контролює його своєчасність.

3.2.12. Створює належні виробничі умови, забезпечує дотримання працівниками правил внутрішнього трудового розпорядку, охорони праці та протипожежної безпеки.

3.2.13. Аналізує показники роботи амбулаторії, вживає заходів щодо їх покращення, здійснює контроль за якістю надання медичної допомоги.

3.2.14. Несе відповідальність за стан роботи підрозділу та якість надання медичної допомоги.

IV. Організаційна структура

4.1. До складу амбулаторії можуть входити ФАП/ФП.

4.2. ФАП/ФП перебуває у віданні лікаря, до якого прикріплені жителі населеного пункту, де розташований ФАП/ФП.

V. Взаємодія та контроль діяльності

5.1. Амбулаторія взаємодіє з закладами охорони здоров'я, органами місцевого самоврядування, підприємствами та установами, громадськими організаціями для вирішення питань організації і надання медичної допомоги, у тому числі шляхом участі в організації роботи МПТБ.

5.2. В амбулаторії проводиться експертна оцінка документації в порядку самоконтролю та взаємоконтролю.

ПРИМІРНЕ ПОЛОЖЕННЯ про фельдшерсько-акушерський/фельдшерський пункт

I. Загальні положення

1.1. Фельдшерсько-акушерський/фельдшерський пункт (далі – ФАП/ФП) у складі амбулаторії забезпечує надання долікарської медичної допомоги населенню відповідного населеного пункту.

1.2. ФАП/ФП є відокремленим структурним підрозділом ЦПМСД.

1.3. ФАП/ФП створюється у населеному пункті з населенням 300 осіб і більше, де немає інших надавачів безоплатної первинної медичної (медико-санітарної) допомоги (далі – ПМСД), з метою забезпечення належної доступності ПМСД жителям цього населеного пункту.

1.4. ФАП/ФП перебуває у віданні лікаря, до якого прикріплені жителі населеного пункту, де розташований ФАП/ФП.

II. Предмет діяльності

2.1. Основними завданнями ФАП/ФП є:

2.1.1. Надання населенню медичної допомоги.

2.1.2. Участь у наданні екстреної медичної допомоги у населеному пункті, де розташований ФАП/ФП.

2.1.3. Організація ПМСД у ФАП/ФП лікарем амбулаторії.

2.1.4. Участь у наданні медичної допомоги у медичних пунктах тимчасового базування (далі – МПТБ), які розташовані в населених пунктах, що закріплені за лікарем, до відання якого належить ФАП/ФП.

2.1.5. Проведення просвітницької роботи серед населення з питань профілактики основних епідемічних та неепідемічних захворювань.

2.1.6. Забезпечення ефективного використання наявних ресурсів ФАП/ФП.

2.1.7. Забезпечення безпечного перебування хворого у ФАП/ФП.

2.1.8. Дотримання безпечних умов праці персоналу.

2.1.9. Забезпечення проходження працівниками профілактичних медичних оглядів.

2.2. Відповідно до покладених на нього завдань ФАП/ФП:

2.2.1. Забезпечує виконання призначень лікаря в умовах ФАП/ФП та вдома.

2.2.2. Забезпечує надання долікарської невідкладної медичної допомоги.

2.2.3. Бере участь у наданні екстреної медичної допомоги.

2.2.4. Бере участь у наданні медичної допомоги у МПТБ, які розташовані в населених пунктах, що закріплені за лікарем, до відання якого належить ФАП/ФП.

2.2.5. Здійснює спостереження за розвитком дітей і підлітків та інформує лікаря про його результати, у тому числі невідкладно у разі погіршення стану здоров'я дитини.

2.2.6. Здійснює проведення заходів щодо раннього виявлення захворювань, у тому числі соціально небезпечних.

2.2.7. Спрямовує пацієнтів на консультацію до лікаря амбулаторії та у разі необхідності здійснює виклик лікаря для огляду пацієнта у ФАП/ФП або вдома.

2.2.8. Організовує огляд лікарем населення з метою диспансеризації та вторинної профілактики хронічних захворювань удома, у ФАП/ФП і в амбулаторії.

2.2.9. Здійснює протиепідемічні заходи щодо інфекційних та паразитарних хвороб під керівництвом лікаря, у віданні якого перебуває ФАП/ФП.

2.2.10. Здійснює під керівництвом лікаря контроль за перебігом хронічних неінфекційних захворювань.

2.2.11. Інформує державну санітарно-епідеміологічну службу про інфекційні, паразитарні та професійні захворювання, отруєння населення та виявлені випадки порушення чинних санітарно-гігієнічних вимог.

2.2.12. Звітує про виконану роботу відповідно до підпорядкування.

III. Управління

3.1. ФАП/ФП очолює завідувач, який призначається на посаду та звільняється з посади головним лікарем ЦПМСД відповідно до чинного законодавства.

3.2. Завідувач ФАП/ФП:

3.2.1. Здійснює керівництво ФАП/ФП.

3.2.2. Надає лікарю, у віданні якого перебуває ФАП/ФП, пропозиції щодо прийняття та переведення на інші посади працівників ФАП/ФП.

3.2.3. Організовує за погодженням з лікарем, у віданні якого перебуває ФАП/ФП, лікувально-профілактичну та адміністративно-господарську діяльність у ФАП/ФП.

3.2.4. Організовує надання якісної медичної допомоги населенню.

3.2.5. Забезпечує своєчасне отримання, належне зберігання та використання лікарських засобів, медичного оснащення, засобів догляду за хворими.

3.2.6. Організовує дотримання належних санітарно-гігієнічних умов функціонування ФАП/ФП.

3.2.7. Контролює дотримання вимог ведення медичної документації, організовує підготовку звітів та подає їх лікарю, до відання якого належить ФАП/ФП.

3.2.8. Сприяє своєчасному підвищенню кваліфікації працівниками ФАП/ФП.

3.2.9. Створює належні виробничі умови, забезпечує додержання працівниками правил внутрішнього трудового розпорядку, охорони праці та протипожежної безпеки.

3.2.10. Аналізує показники роботи ФАП/ФП, здійснює контроль за якістю надання медичної допомоги.

3.2.11. Відповідає за стан роботи ФАП/ФП та якість надання медичної допомоги.

IV. Взаємодія та контроль діяльності

4.1. ФАП/ФП взаємодіє зі службою екстреної медичної допомоги, установами та громадськими організаціями для вирішення питань охорони здоров'я населення.

4.2. У ФАП/ФП проводиться експертна оцінка документації шляхом контролю з боку лікаря, у віданні якого перебуває ФАП/ФП, у порядку самоконтролю та взаємоконтролю.

ПРИМІРНЕ ПОЛОЖЕННЯ

про медичний пункт тимчасового базування

1. Медичний пункт тимчасового базування (далі — МПТБ) організовується з метою підвищення доступності для населення первинної медичної (медико-санітарної) допомоги (далі — ЦПМСД) та долікарської медичної допомоги для населення віддалених від місця розташування амбулаторій та фельдшерсько-акушерських/фельдшерських пунктів (далі — ФАП/ФП) населених пунктів, працівників підприємств, установ та організацій.

2. МПТБ є місцем тимчасового базування медичного персоналу амбулаторії, ФАП/ФП, не входить у структуру Центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги (далі — ЦПМСД) та не має власної структури.

3. МПТБ створюється за ініціативою органу місцевого самоврядування, керівництва підприємства, установи або організації за погодженням з головним лікарем ЦПМСД, до території обслуговування якого належить даний населений пункт, підприємство, установа або організація.

4. МПТБ утримується за рахунок ініціатора його створення, який надає приміщення, що відповідає санітарно-гігієнічним нормам, створює належні виробничі умови, охорони праці та протипожежної безпеки, здійснює його оснащення, забезпечує лікарськими засобами та виробами медичного призначення.

5. У МПТБ здійснюються заходи санітарно-просвітницького та профілактичного спрямування, консультації лікарями без проведення лікувально-профілактичних процедур, що потребують додаткового обладнання, а також надання медичної допомоги.

6. Робота медичного персоналу амбулаторії або ФАП/ФП у МПТБ ведеться за графіком, складеним завідувачем амбулаторії, погодженим з органом

місцевого самоврядування, або керівництвом підприємства, установи чи організації та затвердженим головним лікарем ЦПМСД.

Витяг із наказу Міністерства охорони здоров'я України 02.04.201 Зр. № 259 «Про затвердження Державних санітарних норм і правил «Санітарно-протиепідемічні вимоги до закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу».

ДЕРЖАВНІ САНІТАРНІ НОРМИ І ПРАВИЛА

«Санітарно-протиепідемічні вимоги до закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу»

II. Гігієнічні вимоги до розміщення та утримання території

2.1. Заклади охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу, повинні розташовуватися в сельбищній території населених пунктів.

2.2. Ділянки будівництва закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу, не повинні безпосередньо прилягати до магістральних вулиць та промислово-складських зон і повинні бути віддалені від залізниць, аеропортів, швидкісних автомагістралей, інших потужних джерел впливу фізичних та інших чинників відповідно до Державних санітарних правил планування та забудови населених пунктів, затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19 червня 1996 року № 173, зареєстрованих в Міністерстві юстиції України 24 липня 1996 року за № 379/1404.

2.3. Виробничі (медичні і біологічні) та побутові відходи, що утворюються на території закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу, підлягають видаленню відповідно до вимог Державних санітарних норм та правил утримання територій населених місць, затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 17 березня 2011 року № 145, зареєстрованих у Міністерстві юстиції України 5 квітня 2011 року за № 457/19195.

2.4. Заклади охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу, проводять щоденне прибирання території закладу, очистку, мийку та дезінфекцію сміттєзбірників, контейнерів та майданчиків для їх розміщення.

IV. Гігієнічні вимоги до внутрішнього оздоблення приміщень

4.1. Для внутрішнього оздоблення використовуються матеріали відповідно до функціонального призначення приміщень.

4.2. Поверхня стін, підлоги і стелі приміщень процедурної повинна бути гладкою, без дефектів, легкодоступною для вологого прибирання і стійкою до обробки мийними та дезінфекційними засобами. При використанні панелей їх поверхня також має бути гладкою.

4.3. Покриття підлоги повинно щільно прилягати до основи. Сполучення стін і підлоги повинно бути закруглене, стики — герметичними. Підлоги вестибюля, холу, коридорів повинні бути стійкими до механічного впливу.

4.4. У місцях установки раковин та інших санітарних приладів, а також обладнання, експлуатація якого пов'язана з можливим зволоженням стін і перегородок, слід передбачати опорядження останніх вологостійкими матеріалами на висоту 1,6 метра від підлоги і на ширину не менше 20 сантиметрів від обладнання та приладів з кожного боку.

4.5. Конструкції і матеріали підвісної стелі, що використовуються в приміщеннях закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу, повинні забезпечувати можливість проведення їх прибирання, очищення та дезінфекції.

4.6. У виробничих приміщеннях повинні використовуватися медичне обладнання та меблі. Зовнішня і внутрішня поверхні медичного обладнання та меблів повинні бути гладкими, без дефектів, легкодоступними для вологого прибирання і стійкими до обробки мийними та дезінфекційними засобами.

V. Гігієнічні вимоги до водопостачання і каналізації

5.1. Заклади охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу, повинні бути обладнані водопостачанням та каналізацією, централізованим гарячим водопостачанням.

Заклади охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу, повинні бути забезпечені питною водою, що відповідає вимогам Державних санітарних норм та правил «Гігієнічні вимоги до води питної, призначеної для споживання людиною», затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 12 травня 2010 року № 400, зареєстрованих у Міністерстві юстиції України 1 липня 2010 року за № 452/17747.

5.2. Очищення і знезараження стічних вод закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу, повинно здійснюватися на загальноміських (сільських) чи інших каналізаційних очисних спорудах, що гарантують ефективне очищення і знезараження стічних вод.

5.3. У санвузлах, кабінетах, де здійснюють прийом лікарі, вбиральнях, у шлюзах боксів, процедурних мають бути встановлені умивальники з підведенням гарячої і холодної води, обладнані змішувачами та ліктьовими (або ножними) кранами.

5.4. Процедурні кабінети та інші приміщення, що вимагають дотримання особливого режиму і чистоти рук обслуговуючого медперсоналу, повинні бути обладнані умивальниками з установкою ліктьових кранів зі змішувачами та дозаторами з рідким (антисептичним) милом і розчинами антисептиків.

5.5. Усі санвузли забезпечуються електрорушниками або паперовими рушничками, туалетним папером, засобами для миття рук.

Зливні бачки повинні бути обладнані педальними спусками. Двері кабінки санвузлів повинні відкриватись назовні.

VI. Гігієнічні вимоги до опалення, вентиляції та кондиціонування повітряного середовища приміщень

6.1. Системи опалення, вентиляції та кондиціонування повітря повинні забезпечувати оптимальні умови мікроклімату і повітряного середовища приміщень закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу.

6.2. Нагрівальні опалювальні прилади повинні розміщуватися біля зовнішніх стін під вікнами та мати гладку поверхню, стійку до щоденного впливу мийних і дезінфекційних засобів.

6.3. Теплоносієм у системах центрального опалення повинна бути вода з граничною температурою в нагрівальних приладах 85 °С. Використання інших рідин і розчинів (антифризу тощо) як теплоносія в системах опалення закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу, не допускається.

6.4. Приміщення закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу, повинні бути обладнані системами припливно-витяжної вентиляції з механічним спонуканням і природною витяжкою без механічного спонукання.

Робочі приміщення повинні мати умови для природної вентиляції, що здійснюється через квартирки, створи тощо, та мати автономний вентиляційний канал.

6.5. Розрахункова температура та кратність повітрообміну приміщень наведена у додатку 2 до цих Державних санітарних норм і правил.

6.6. Для знезараження повітря і поверхонь кабінети обладнуються бактерицидними опромінювачами або іншими пристроями для знезараження повітря, дозволеними до застосування в установленому порядку.

VII. Гігієнічні вимоги до природного і штучного освітлення

7.1. Робочі приміщення закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу, повинні бути забезпечені нормативним природним освітленням.

7.2. Розташовані на стелях світильники загального освітлення приміщень повинні бути із суцільними (закритими) розсіювачами.

7.3. В оглядових кабінетах необхідно встановлювати настінні та місцеві (переносні) світильники для огляду пацієнта, при цьому спектр джерел випромінювання світла повинен максимально наближатися до природного.

VIII. Санітарно-протиепідемічні заходи

8.1. Медичні працівники повинні виконувати заходи щодо профілактики внутрішньолікарняних інфекцій, передбачені санітарними нормами і правилами.

8.2. Усі приміщення, обладнання, медичний та інший інвентар повинні утримуватися в чистоті. Вологе прибирання приміщень (обробка підлоги, меблів, обладнання, підвіконь, дверей) повинне здійснюватися не менше двох разів на добу за допомогою мийних і дезінфікуючих засобів.

Прибиральний інвентар повинен мати маркування із зазначенням приміщень і видів прибиральних робіт, використовуватися за призначенням, оброблятися і зберігатися у спеціальному приміщенні або шафі (поза межами медичних кабінетів).

8.3. Генеральне прибирання приміщень з обробкою стін, підлоги, обладнання, інвентарю, світильників повинно проводитися щомісяця за графіком. Генеральне прибирання (миття та дезінфекція) процедурних та інших приміщень з асептичним режимом проводиться щотижня.

8.4. У разі виявлення пацієнта з інфекційною хворобою (підозрою) після його ізоляції проводиться заключна дезінфекція за режимом, передбаченим для відповідної інфекції.

8.5. Вироби медичного призначення багаторазового застосування, які в процесі експлуатації можуть викликати ушкодження шкіри, слизової оболонки, контактувати з раною, з кров'ю тощо, підлягають передстерилізаційному очищенню, стерилізації і дезінфекції.

8.6. Медичний персонал повинен бути забезпечений комплектами змінного одягу в кількості, що забезпечує щоденну зміну одягу. Зберігання його здійснюється в індивідуальних шафах, що забезпечують роздільне зберігання особистого і спеціального одягу, взуття та головних уборів. У наявності постійно повинен бути комплект робочого та спеціального одягу для екстреної його заміни у разі забруднення.

8.7. Немедичний персонал, який виконує роботу, повинен мати змінний одяг і взуття.

8.8. Лікарі, фельдшери, медичні сестри, акушерки повинні бути забезпечені засобами індивідуального захисту (рукавички, маски тощо). Усі маніпуляції, пов'язані з контактом з кров'ю та іншими біологічними рідинами, повинні проводитись у рукавичках.

Додаток 1

Основні приміщення та їх мінімальні площі

Приміщення (функціональне призначення)	Площа (не менше), м ²
Кабінет для прийому пацієнтів	12
Процедурний /оглядовий кабінет/ лабораторія	20*
Кабінет для щеплень	12
Фізіотерапевтичний, масажний кабінет / денний стаціонар	12
Стерилізаційна	10

Приймальня	12
Ізолятор зі шлюзом, тамбуром і вбиральною	16
Реєстратура	8
Приміщення для персоналу	6
Санвузол	3
Гардероб для пацієнтів	4
Приміщення для зберігання прибирального інвентарю та дезрозчинів**	2
Приміщення для зберігання чистої білизни**	2
Приміщення для зберігання забрудненої білизни**	2

*У разі обслуговування населення більше 800 чоловік необхідно передбачати окремий кабінет для щеплень.

** Зберігання прибирального інвентарю, мийних і дезінфекційних засобів, чистої білизни, тимчасове зберігання брудної білизни можливе у спеціальних приміщеннях або в шафах поза виробничими приміщеннями.

Додаток 2

РОЗРАХУНКОВА ТЕМПЕРАТУРА ТА КРАТНІСТЬ ПОВІТРООБМІНУ ПРИМІЩЕНЬ

Найменування приміщень	Розрахункова температура повітря, °С	Кратність повітро обміну за 1 годину		Кратність витяжки при природному повітрообміні
		приплив	витяжка	
Процедурний/оглядовий кабінет/ кабінет щеплень	22	1,5	2	1,5
Реєстратура, довідкова кімната, вестибюль, гардеробна	18	-	1	1

Витяг із наказу МОЗ України від 02.11.2011 р. № 743 «Про затвердження Індикаторів якості медичної допомоги»

ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

I. ПЕРВИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

1.1. Інвалідність, що вперше встановлена (збирається за даними форми №14, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 10.07.2007 р. № 378, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 03.09.2007 р. за № 1009/14276).

1.2. Кількість випадків малюкової смертності (збирається за даними форми № 21-а, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 24.01.2008 р. № 24, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 12.02.2008 р. за №116/14807).

1.3. Виявлення візуальних форм онкозахворювань в занедбаних стадіях (збирається за даними форми №35-здоров, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 27.12.2005 р. № 760).

1.4. Виявлення випадків туберкульозу в занедбаних стадіях (збирається за даними форми № 33-здоров, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 27.12.2005 №760).

1.5. Повнота охоплення профілактичними щепленнями (окремо дифтерія, гепатит В, краснуха) (збирається за даними форми первинної облікової документації № 063/о, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 10.01.2006 р. № 1, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 08.06.2006 р. за № 686/12560).

1.6. Повнота охоплення диспансерним наглядом хворих з окремими захворюваннями (збирається за даними форми № 12, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 10.07.2007 р. № 378, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 03.09.2007. р за № 1009/14276).

II. ВТОРИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

2.1.2. Амбулаторний сектор (консультативно-діагностичні центри):

- задоволеність наданням медичної допомоги в консультативно-діагностичних центрах (за даними соціологічних досліджень);
- частота скарг на медичну допомогу (за даними соціологічних досліджень).

2.2. Лікарні планового лікування:

- частота переведених хворих в стаціонари інтенсивної терапії (збирається за даними форми № 016/о, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 26.07.1999 р. № 184) з урахуванням граф:

- дорослих з захворюваннями терапевтичного профілю;
- дітей з захворюваннями терапевтичного профілю;
- жінок з захворюваннями жіночих статевих органів;
- задоволеність наданням медичної допомоги (за даними соціологічних досліджень);
- частота скарг на медичну допомогу (за даними соціологічних досліджень).

2.3. Лікарні відновного лікування:

- питома вага пролікованих (хворих, або постраждалих, або інвалідів) реабілітованих повністю (збирається за даними форми № 066/о, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 26.07.1999 р. № 184);
- питома вага пролікованих (хворих, або постраждалих, або інвалідів), реабілітованих частково (збирається за даними форми № 066/о, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 26.07.1999 р. № 184);
- частота скарг на медичне обслуговування (за даними соціологічних досліджень).

IV. ЕКСТРЕНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

4.1. Кількість померлих до приїзду бригади швидкої медичної допомоги (збирається за даними форми № 22 (річна), затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 17.11.2010 р. № 999, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 03.02.2011 р. за № 147/18885).

4.2. Кількість померлих у процесі транспортування хворого/постраждалого бригадою швидкої медичної допомоги (збирається за даними форми № 110/о, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 17.11.2010 р. № 999, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 03.02.2011 р. за № 147/18885).

4.3. Добова летальність у стаціонарі хворого/постраждалого, доставленого бригадою швидкої медичної допомоги (збирається за даними форми № 066/о, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 26.07.1999 р. № 184).

Витяг із наказу МОЗ України від 23.02.2012 р. № 130 «Про затвердження Примірної переліку лабораторних досліджень, що виконуються при наданні первинної медичної допомоги населенню»

Додаток

**Примірний перелік лабораторних досліджень,
що виконуються при наданні первинної медичної допомоги населенню**

I	Дослідження, що виконуються у лікувально-профілактичних підрозділах, що надають первинну медичну допомогу
1.	Аналіз сечі (питома вага, глюкоза, білок, ацетон)
2.	Глюкоза крові
3.	Інші швидкі тести у межах компетенції первинної медичної допомоги відповідно до медичних стандартів
II	Дослідження, що виконуються у лікувально-профілактичних підрозділах, що надають первинну медичну допомогу, або виконуються в інших закладах охорони здоров'я за направленням лікарів, що надають первинну медичну допомогу
1.	Аналіз крові (гемоглобін, лейкоцити, еритроцити, середній вміст гемоглобіну у еритроцитах, середній розмір еритроцитів, середній об'єм еритроцитів)
2.	Ліпідний профіль (холестерин, ліпіди високої щільності, ліпіди низької щільності, тригліцериди)
III	Дослідження, що виконуються у інших закладах охорони здоров'я за направленням лікарів, що надають первинну медичну допомогу*
1.	Швидкість осідання еритроцитів

2.	Осад сечі (збір матеріалу може здійснюватись в амбулаторії)
3.	Залізо сироватки крові
4.	Феритин
5.	Мікроальбумінурія (збір матеріалу може здійснюватись в амбулаторії)
6.	Аналіз калу клінічний, на гельмінти (збір матеріалу може здійснюватись в амбулаторії)
7.	Цитологічне дослідження (уретра, цервікальний канал, вагіна) (збір матеріалу може здійснюватись в амбулаторії)
8.	Бактеріологічні дослідження
9.	Інші дослідження в межах компетенції первинної медичної допомоги відповідно до медичних стандартів

* Дослідження цієї категорії можуть виконуватись в амбулаторії у разі наявності підготовленого персоналу та необхідного оснащення

***Витяг із наказу МОЗ України від 11.09.2012 р. № 713
«Про затвердження методичних рекомендацій
МОЗ України щодо регіональних планів модернізації
мережі закладів охорони здоров'я, що надають
первинну медичну допомогу»***

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ Модернізація мережі закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу

І. Визначення термінів

Первинна медична допомога (далі — ПМД) вид медичної допомоги, що надається в амбулаторних умовах або за місцем проживання (перебування) пацієнта лікарем загальної практики — сімейним лікарем (далі — ЛЗП-СЛ) і передбачає надання консультації, проведення діагностики та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів, здійснення профілактичних заходів; направлення відповідно до медичних показань пацієнта, який не потребує екстреної медичної допомоги, для надання йому вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги; надання невідкладної медичної допомоги в разі гострого розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнта, який не потребує екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

Амбулаторія — заклад охорони здоров'я (далі — ЗОЗ), структурний підрозділ Центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, в якому медичну допомогу надають лікарі таких спеціальностей: ЛЗП-СЛ, лікарі-терапевти дільничні, лікарі-педіатри дільничні, а також інші спеціалісти, які працюють під керівництвом ЛЗП-СЛ.

Лікуючим лікарем з надання ПМД пацієнтові є ЛЗП-СЛ Центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги або ЛЗП-СЛ, що здійснює господарську діяльність з медичної практики як фізична особа-підприємець та може перебувати з ЦПМСД у цивільно-правових відносинах.

Лікуючий лікар з надання ПМД обирається пацієнтом у порядку, встановленому Міністерством охорони здоров'я України (далі - МОЗ України), ПМД надається безоплатно в ЗОЗ, із якими головний розпорядник бюджетних коштів уклав договір про медичне обслуговування населення.

Порядок надання ПМД визначається МОЗ України.

Фельдшерсько-акушерський пункт/фельдшерський пункт (далі — ФАП/ФП) — структурний підрозділ амбулаторії, який здійснює початковий (долікарський) етап надання медичної допомоги.

Центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги (далі — ЦПМСД) — ЗОЗ, що забезпечує надання первинної медичної (медико-санітарної) допомоги населенню. ЦПМСД діє на підставі Положення про ЦПМСД та положень про його підрозділи, відповідно до наказу МОЗ України від 23 лютого 2012 р. № 131 «Про затвердження Примірною положення про Центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та примірних положень про його підрозділи».

II. Основні засади модернізації мережі закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу у сільській місцевості

1. ЦПМСД у сільській місцевості, як правило, охоплюють обслуговуванням населення однієї адміністративно-територіальної одиниці (у сільських районах, прилеглих до міст обласного значення, може створюватись один ЦПМСД).

2. Розрахунок потреби населення у ПМД здійснюється відповідно до нормативів, передбачених наказом МОЗ України від 15 липня 2011 р. № 420 (диференційований коефіцієнт потреби надання ПМД, який розраховується за даними офіційної статистики на кінець попереднього року, є основою для диференціації кадрових потреб у лікарях в межах адміністративної території).

3. Амбулаторії, що входять до складу ЦПМСД, можуть обслуговувати декілька сіл таким чином, щоб лікарською ПМД було охоплено все населення.

4. ФАП/ФП може бути реорганізованим у амбулаторію у разі обслуговування ним населення кількістю понад 1000 жителів.

III. Основні засади модернізації мережі закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу у містах

1. ЦПМСД у містах створюються у кожному місті з населенням до 100 тисяч жителів. У малих містах (до 15 тисяч жителів) можуть створюватись ЦПМСД, які обслуговують населення декількох міст (районних центрів та/чи міст обласного підпорядкування) та/або міста і прилеглих сільських районів.

2. У великих містах та мегаполісах ЦПМСД створюються на кожні 100 — 150 тисяч жителів (залежно від характеру забудови мікрорайону та щільності населення).

3. Амбулаторії у містах створюються з метою забезпечення рівної територіальної доступності ПМД для населення у мікрорайонах, віддалених поселеннях для надання лікарської ПМД населенню за їх місцем проживання (у таких амбулаторіях працюють від одного до кількох, переважно 4 — 8, лікарів, залежно від характеру забудови мікрорайону та щільності населення).

IV. Послідовність проведення модернізації мережі закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу

Перед початком модернізації мережі закладів охорони здоров'я, що надають ПМД, необхідно:

1. Провести аналіз:

- демографічних показників території обслуговування (чисельність, щільність розселення та віково-статева структура населення);
- стану здоров'я населення території обслуговування (показники народжуваності, захворюваності, смертності та інвалідності);
- потреб прикріпленого населення в ПМД;
- ресурсного (кадрового, фінансового, матеріально-технічного) забезпечення та організаційно-функціональної структури первинної ланки охорони здоров'я відповідної адміністративно-територіальної одиниці;
- порядку надання спеціалізованої медичної допомоги у ЗОЗ відповідної адміністративно-територіальної одиниці (самостійне звернення, кероване направлення лікарем ПМД, наявність регламентованого переліку показань для направлення хворого на консультування та лікування до лікарів-спеціалістів);
- розподілу обсягів надання медичної допомоги між лікарями ПМД та лікарями-спеціалістами;
- обґрунтованості звернення хворих до лікарів-спеціалістів;
- основних показників діяльності ЗОЗ відповідної адміністративно-територіальної одиниці (кількість відвідувань, у тому числі до лікарів-спеціалістів, рівень госпіталізації, показники лікування хворих у умовах цілодобових, денних стаціонарів та стаціонарах вдома, ліжко-днів перебування хворого у стаціонарах, проведених операцій, у тому числі у рамках хірургії «одного дня», кількість викликів швидкої медичної допомоги тощо).

2. Провести оцінку можливостей та порядку взаємодії закладів ПМД з закладами спеціалізованої медичної допомоги та медико-соціальної допомоги на території обслуговування.

3. Вивчити позиції та готовності медичних працівників до структурно-функціональної реорганізації системи медичного обслуговування населення відповідної адміністративно-територіальної одиниці на принципах розмежування первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги.

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

5. Визначити фактичні потреби у кадрових, фінансових та матеріально-технічних ресурсах для укріплення системи ПМД.

6. Підготувати організаційний проект та план реорганізації ПМД.

У подальшому проводиться:

1. Створення ЦПМСД як юридичних осіб.

2. Формування оптимальної мережі закладів/підрозділів ПМД.

3. Впровадження фінансування закладів первинного рівня надання медичної допомоги за коригованим подушним нормативом.

Заключною стадією модернізації мережі закладів охорони здоров'я, що надають ПМД є:

1. Завершення формування матеріально-технічної бази ЦПМСД у відповідності до табелів оснащення.

2. Впровадження договірних відносин між ЦПМСД та головними розпорядниками коштів.

3. Впровадження механізму реалізації права пацієнтів вільно обирати лікаря ПМД та/або змінювати його у порядку, визначеному законодавством.

4. Впровадження механізмів забезпечення організації доступу пацієнтів до спеціалізованої допомоги шляхом направлення лікаря ПМД у порядку, встановленому законодавством.

5. Створення раціонального медичного маршруту пацієнта для надання медичної допомоги на інших рівнях.

6. Запровадження системи індикаторів якості медичних послуг, що надаються на первинному рівні медичної допомоги.

Додаток

ПЕРЕЛІК

наказів МОЗ, які необхідно використовувати при модернізації мережі закладів, що надають первинну медичну допомогу

1. Від 20 травня 2011 року № 304 «Про затвердження Тимчасових методичних рекомендацій з визначення обсягів фінансування закладів охорони здоров'я за видами надання медичної допомоги у пілотних регіонах».

2. Від 8 червня 2011 року № 346 «Про затвердження Тимчасових методичних рекомендацій щодо запровадження програмно-цільового методу складання та виконання місцевих бюджетів в системі охорони здоров'я у пілотних регіонах».

3. Від 29 червня 2011 року № 384 «Про затвердження Примірного статуту Центру первинної медико-санітарної допомоги».

4. Від 15 липня 2011 року № 420 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі».

5. Від 23 лютого 2012 року № 131 «Про затвердження Примірного положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та примірних положень про його підрозділи».

6. Від 23 лютого 2012 року № 129 «Про затвердження Примірних штатних нормативів центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги».

7. Від 23 лютого 2012 року №132 «Про затвердження Примірного табеля оснащення лікувально-профілактичних підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу».

Витяг

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Модернізація мережі закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу

Завдання модернізацій охорони здоров'я

Цілі проекту Модернізації охорони здоров'я визначені у Програмі реформ Президента України. Модернізація галузі передбачає вирішення таких завдань:

1. Поліпшення якості медичних послуг — це, насамперед, створення ефективної системи екстреної медичної допомоги, формування розвиненої системи сімейної медицини та багатопрофільних лікарень інтенсивної допомоги. Найважливішим елементом процесу модернізації охорони здоров'я є зміна системи оплати медпрацівників — перехід на постійну та змінну частини оплати праці, коли обсяг заробітної плати залежить від обсягу та складності та якості медичної допомоги.

2. Збільшення доступності медичних послуг, за рахунок розмежування медичної допомоги за її видами та формування мережі лікувально-профілактичних підрозділів ПМД наближених до місць проживання населення.

3. Підвищення ефективності використання ресурсів.

4. Створення умов для регулярного проходження медичних профілактичних оглядів громадянами та диспансеризації.

Завданнями оптимізації мережі закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу, є:

— проведення чіткого розмежування первинної та вторинної медичної допомоги;

— створення Центрів первинної медико-санітарної допомоги з мережею лікувально-профілактичних підрозділів;

— розділення функцій швидкої та невідкладної медичної допомоги і часткова передача невідкладної допомоги як функції на первинний рівень (з 8.00 до 20.00);

— створення умов для збереження і розвитку кадрового і матеріального потенціалу закладів охорони здоров'я;

— поліпшення системи моніторингу і контролю за результатами діяльності ПМД з боку місцевих органів влади, у веденні яких вони знаходяться;

— підвищення якості надання медичної допомоги і ефективності використання бюджетних асигнувань на охорону здоров'я за рахунок економії бюджетних

коштів, внаслідок усунення дублювання медичної допомоги.

Складові модернізації мережі закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу:

- забезпечення формування центрів ПМСД у сільській місцевості і у містах;
- забезпечення належної та рівної територіальної доступності ПМД для населення шляхом формування мережі лікувально-профілактичних підрозділів ЦПМСД у містах і сільській місцевості;
- кадрове забезпечення центрів ПМСД;
- планомірне впровадження надання ПМД на засадах сімейної медицини,
- забезпечення закладів/підрозділів ПМД необхідними приміщеннями, автотранспортом, обладнанням; засобами медичного призначення;
- запровадження системи фінансування ПМД з розрахунку на одного жителя на договірній основі;
- створення реєстру пацієнтів центрів ПМСД;
- забезпечення вільного вибору населенням лікаря, що надає ПМД;
- запровадження системи обґрунтованого скерування пацієнтів на вищі рівні медичної допомоги сімейним лікарем;
- запровадження стаціонарозамінних форм лікування пацієнтів.

Модернізація мережі закладів ПМД проводиться поетапно.

На першому етапі оптимізації необхідне проведення ретельного аналізу: демографічних показників території обслуговування (чисельність, щільність розселення, віково-статева структура населення); стану здоров'я населення території обслуговування; потреб прикріпленого населення в ПМД; ресурсного (кадрового, фінансового, матеріально-технічного) забезпечення та організаційно-функціональної структури первинної ланки охорони здоров'я відповідної адміністративної території; порядку надання спеціалізованої медичної допомоги у закладах охорони здоров'я відповідної адміністративної території; розподілу обсягів надання медичної допомоги між лікарями ПМД та лікарями-спеціалістами та обґрунтованості звернення хворих до лікарів-спеціалістів; основних показників діяльності закладів охорони здоров'я відповідної адміністративної території. Проводиться оцінка можливостей та порядку взаємодії закладів ПМД із закладами спеціалізованої медичної допомоги та медико-соціальної допомоги на території обслуговування, вивчення позиції та готовності медичних працівників до структурно-функціональної реорганізації системи медичного обслуговування населення відповідної адміністративної території на принципах розмежування первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги, вивчення позиції населення щодо зміни порядку надання медичної допомоги з подальшим формуванням позитивного ставлення до цих системних перетворень шляхом проведення відповідної роз'яснювальної роботи з залученням засобів масової інформації, визначення реальних потреб у кадрових, фінансових та матеріально-технічних ресурсах для укріплення системи ПМД; підготовка організаційного проекту та плану реорганізації

ПМД.

На другому етапі відбувається створення Центрів ПМСД як юридичних осіб; визначення амбулаторій і ФАП/ФП структурними підрозділами ЦПМСД; формування оптимальної мережі закладів/підрозділів ПМД (з вирішенням питання щодо реорганізації у амбулаторії ФАПів (ФПів), що обслуговують понад 1000 населення, дільничних лікарень у амбулаторії (з можливою передачею стаціонарів дільничних лікарень до соціальної служби та організації на їх базі територіальних центрів соціальної допомоги) тощо; впровадження фінансування закладів первинного рівня надання медичної допомоги за корегованим подушним нормативом.

На третьому етапі завершується формування матеріально-технічної бази закладів/підрозділів ПМД у відповідності до табелів оснащення; впроваджується механізм реалізації права пацієнтів вільно обирати лікаря ПМД або у визначеному порядку його змінювати; забезпечується доступ пацієнтів до спеціалізованої допомоги через направлення лікаря ПМД; створюється раціональний медичний маршрут пацієнта для надання медичної допомоги на інших рівнях; запроваджується система індикаторів якості медичних послуг, що надаються на первинному рівні медичної допомоги.

Організація надання ПМД сільському населенню.

Особливостями організації ПМД у сільській місцевості є:

- а) наявність дворівневості (долікарський і лікарський рівні);
- б) значне число амбулаторій, в яких працює 1 лікар (моно-практика).

Медичні працівники ФАП/ФП (долікарський рівень) працюють під керівництвом лікаря амбулаторії, до якого прикріплене населення, що обслуговується ФАПом/ФП. У ФАП/ФП надається медична допомога при зверненні пацієнта та профілактична робота. За необхідності огляду сільській місцевості пацієнта лікарем здійснюється запис його на прийом до лікаря. Огляд пацієнтів лікарем проводиться при плановому відвідуванні лікарем ФАП/ФП або в амбулаторії (рис. 1).

У разі необхідності у екстреній медичній допомозі здійснюється виклик бригади швидкої медичної допомоги, у такому випадку медичний працівник ФАП/ФП не має права залишити пацієнта до прибуття бригади ШМД.

Лікарі ЦПМСД надають медичну допомогу населенню як в амбулаторії, так і шляхом планових виїздів до ФАПів, медичних пунктів, що організовані відповідно до наказу МОЗ України від 23.02.2012 р. № 131 «Про затвердження Примірною положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та примірних положень про його підрозділи».

За результатами прийому пацієнтів вони, відповідно до стану здоров'я пацієнтів, призначають лікування, включаючи стаціонарозамінні форми, або скеровують на вищі рівні надання медичної допомоги (див.рис. 2). До 25—30% обсягу роботи сімейного лікаря мають складати профілактичні заходи.

Районний центр

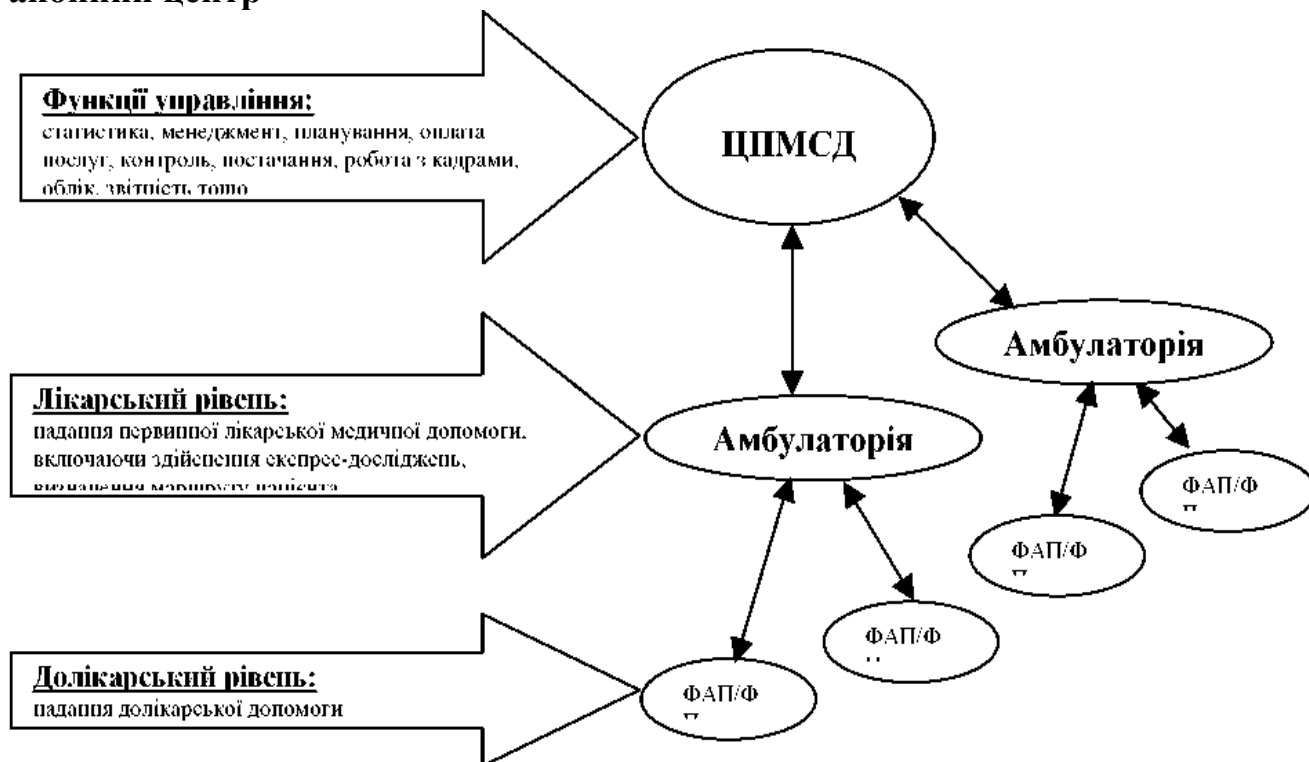


Рис. 1. Типова організація первинної медико-санітарної допомоги в сільській місцевості.



Рис. 2. Схема роботи з пацієнтом на первинному рівні надання медичної допомоги в сільській місцевості.

Модель надання первинної медичної допомоги міському населенню (методичні рекомендації, 2012 р.)

На сьогодні в Україні домінуючою є поліклінічна (традиційна) модель надання первинної медичної допомоги (ПМД), яка недосконала та має такі проблеми:

1. Деперсоніфікація відповідальності за медичне обслуговування та неможливість комплексності надання первинної медичної допомоги людині і сім'ї:

а) фрагментація надання ПМД за віком, статтю, належністю до певних категорій населення (учасники ВВВ, постраждалі від наслідків ЧАЕС);

б) фрагментація функцій (компетенцій) ПМД (денний стаціонар, невідкладна допомога, функціональна діагностика тощо), що породжує проблеми з безперервною наступністю ПМД на етапах її надання;

в) фрагментація ПМД за спеціалізацією (лікарі-спеціалісти: ЛОР, окуліст, хірург, акушер-гінеколог, психіатр, частково надають медичну допомогу у межах компетенції ПМД).

2. Практична неможливість дотримання права вибору лікаря, що надає ПМД.

3. Некерованість медичного маршруту пацієнта та особливі незручності щодо отримання ПМД для матері з дитиною.

4. Виразна нерівність територіальної доступності для населення місця надання ПМД.

5. Виразна нерівність лікарів ПМД щодо трудових затрат по наданню ПМД, пов'язана з різною відстанню до дільниці.

6. Ускладненість організації невідкладної допомоги лікарем ПМД.

7. Несприйнятливість до імплементації загальної медичної практики унаслідок чого підготовлені лікарі загальної практики-сімейні лікарі фактично виконують функції дільничних терапевтів або педіатрів.

Зазначені проблеми унеможливають в умовах функціонування поліклінічної (традиційної) моделі надання ПМД забезпечення дотримання рекомендацій ВООЗ щодо організації ефективної ПМД.

Порівняння організаційних принципів ПМД в Україні з рекомендованими ВООЗ

Таблиця 1

ВООЗ	В Україні
Орієнтація на пацієнта	Переважно орієнтація на окремі проблеми зі здоров'ям (переважання роботи за зверненням)
Всебічний характер ПМД	Фрагментація за віком, статтю, належністю до певних категорій населення (ветерани ВВВ, постраждалі від аварії на Чорнобильській АЕС тощо)

Постійна (єдина) точка доступу до ПМД	Множинність точок доступу до ПМД (жіноча консультація, дитяча поліклініка та поліклініка для дорослих. Прямий доступ до лікарів-спеціалістів, які частково надають медичну допомогу у межах компетенції ПМД. Надання невідкладної допомоги та лікування за методом денного стаціонару окремими структурами з виділеним штатом)
Безперервність (тривалий контакт) надання ПМД	Фрагментація ПМД за віком пацієнта (дитяча консультація, підлітковий кабінет, доросла поліклініка, кабінет для ветеранів ВВВ тощо)

Для подолання існуючих проблем Законом України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» визначено напрямки реформ у пілотних регіонах, які передбачають:

- створення на базі існуючої в пілотних регіонах мережі закладів охорони здоров'я структурованої за видами медичної допомоги системи медичного обслуговування шляхом відокремлення (або об'єднання) закладів охорони здоров'я, які задовольняють потреби населення у первинній, вторинній, третинній та екстреній медичній допомозі;

- організацію та забезпечення функціонування у пілотних регіонах центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги для задоволення потреб населення у такій медичній допомозі.

Законодавчо визначено, що надання первинної медичної допомоги забезпечують центри первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, які є закладами охорони здоров'я, а також лікарі загальної практики-сімейні лікарі, які провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи-підприємці та можуть перебувати з цими закладами охорони здоров'я у цивільно-правових відносинах. До складу центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги можуть входити як структурні чи відокремлені підрозділи, амбулаторії, медичні пункти, медичні кабінети.

В основу реформ, які апробуються на рівні пілотних проектів у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві, покладено такі рішення щодо створення більш досконалої, доступної та ефективної системи ПМД в Україні:

- рекомендації ВООЗ, окреслені у *Щорічній доповіді ВООЗ, 2008 р.* «Первинна медико-санітарна допомога — актуально як ніколи»;

- загальні завдання щодо реформування медичного обслуговування, визначені Програмою економічних реформ на 2010 — 2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава»;

- положення Законів України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 07.07.2011 №3611-УІ, «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій

областях та місті Києві» від 07.07.2011 р. № 3612-УІ;

— результати вітчизняних та зарубіжних досліджень на основі методології доказового менеджменту.

Стратегія перетворень та основні організаційні засади реформування ПМД в Україні включає такий наступний перелік заходів:

- остаточний перехід до надання ПМД на засадах сімейної медицини;
- визначення закладом охорони здоров'я з надання ПМД центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги з мережею структурних або відокремлених підрозділів — амбулаторій;
- визначення в якості головного безпосереднього постачальника ПМД (з 01.01.2020 р.) лікаря загальної практики-сімейного лікаря (до 2020 р. через відсутність достатньої чисельності лікарів загальної практики-сімейної медицини ПМД можуть надавати, крім лікарів загальної практики-сімейних лікарів, лікарі-терапевти дільничні, лікарі-педіатри дільничні та лікарі акушери-гінекологи, хірурги, офтальмологи, отоларингологи, невропатологи, психіатри, які надаватимуть первинну медичну допомогу у межах функцій, покладених на ПМД);
- запровадження щорічного вільного вибору лікаря, що надає ПМД, пацієнтом та право його змінювати;
- покращення якості ПМД, належного оснащення закладів ПМД та впровадження економічної мотивації медичних працівників цієї ланки до якісної і ефективної роботи;
- підвищення доступності ПМД та рівності у доступі до ПМД населення незалежно від місця проживання шляхом формування мережі амбулаторій у містах і сільській місцевості та їх кадрового забезпечення.

При запропонованій моделі надання ПМД міському населенню формування центрів ПМСД передбачає об'єднання частини колективів поліклінік для дорослого і дитячого населення.

Необхідність цього зумовлена тим, що на відміну від сільської місцевості, у містах ПМД дорослому населенню надають переважно лікарі-терапевти дільничні, які обіймають відповідні посади у терапевтичних відділеннях поліклінік. У більшості поліклінік для дорослого населення функціонують відділення сімейної медицини, у яких працюють лікарі ЗП-СЛ.

У педіатричних відділеннях дитячих поліклініках працюють лікарі-педіатри, які обіймають відповідні посади (лікар-педіатр дільничний).

ПМД лікарями-акушер-гінекологами жіночих консультацій проводиться шляхом проведення профілактичних оглядів жінок, нагляду за фізіологічною вагітністю, консультування щодо планування сім'ї тощо.

Значною мірою ПМД надається і лікарями-спеціалістами поліклінік (наприклад, отоларингологом, офтальмологом, хірургом, кардіологом тощо), оскільки пацієнти мають право безпосереднього звернення до них за медичною допомогою.

Схематична поліклінічна (традиційна) модель надання ПМД (рис. 3)

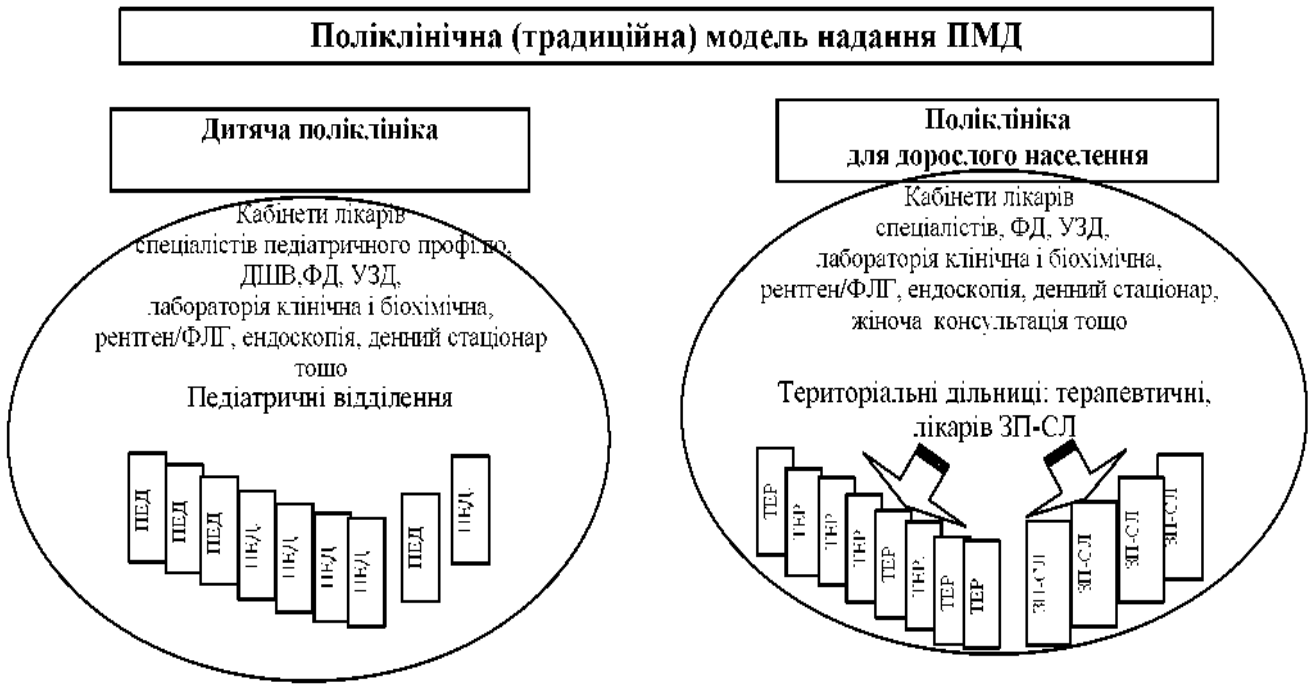


Рис. 3. Поліклінічна (традиційна) модель надання ПМД

На сьогодні у містах лікарі ЗП-СЛ поліклінік не мають можливостей надавати ПМД у повному обсязі і тому фактично виконують функції дільничних лікарів, що практично не впливає на раціональне формування потоків пацієнтів на інші рівні надання медичної допомоги.

Апробація початкових етапів реформи в пілотних проектах у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві показала необхідність формування перехідної моделі ПМД.

Трансформація існуючої моделі у перехідну складатиметься з трьох кроків:

Крок І – структурне розмежування ПМД і ВМД – виділення зі складу поліклінік для дорослих, дитячих поліклінік та об'єднаних з амбулаторно-поліклінічною службою лікарень для дітей та дорослих підрозділів, які в існуючій моделі є відповідальними за надання первинної медичної допомоги (дільничних педіатричних та терапевтичних служб) (рис. 4).

Крок II – юридичне розмежування ПМД і ВМД створення на базі виділених підрозділів ПМД – Центрів первинної медико-санітарної допомоги (далі – центр ПМСД) з амбулаторіями, а на базі спеціалізованих структур – консультативно-діагностичних центрів (КДЦ) (рис. 5)

Кабінети лікарів
спеціалістів педіатричного профілю,
ФЛ, УЗД, лабораторія клінічна і
біохімічна, рентген/ФЛП, ендоскопія,
депний стаціонар тощо

Кабінети лікарів
спеціалістів, ФЛ, УЗД, лабораторія
клінічна і біохімічна, рентген/ФЛП,
ендоскопія, депний стаціонар,
жіноча консультація тощо

СТРУКТУРНЕ РОЗМЕЖУВАННЯ ПМД і ВМД

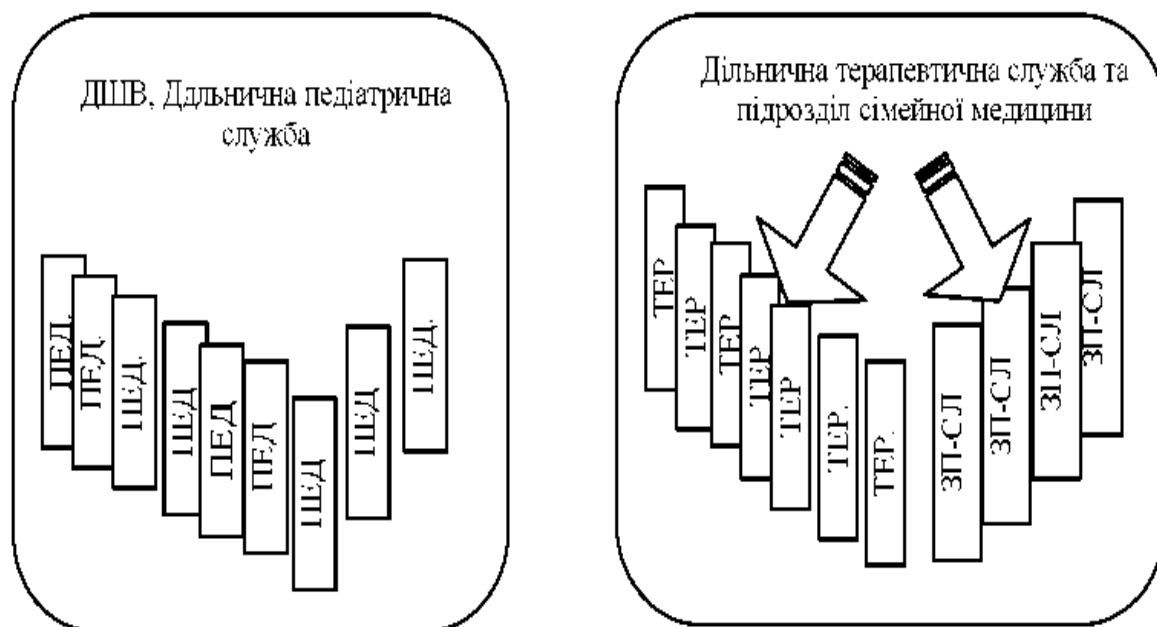


Рис. 4. Крок I. - структурне розмежування ПМД і ВМД

Крок III – формування групової сімейної практики – формування мережі амбулаторій, укомплектованих групами/командами лікарів, що працюють на принципах сімейної медицини.

Формування амбулаторій, укомплектованих «Групами/командами лікарів, що працюють на принципах сімейної медицини» (далі — Група) полягає у створенні лікарських амбулаторій, які обслуговують від 6 до 10–12 тисяч всього населення (дитячого і дорослого).

Їх штатний розпис формується на основі дотримання принципу забезпечення надання ПМД дитячому і дорослому населенню у повному обсязі. Такий підхід передбачає включення до штатного розпису лікарських амбулаторій переліку всіх необхідних лікарів-спеціалістів.

Наприклад, такий колектив може складатися з кількох лікарів-терапевтів, лікарів-педіатрів та лікаря-акушера-гінеколога відповідно до діючих нормативів: 1 лікар-терапевт на 2000 дорослого населення; 1 лікар-педіатр

на 800 дитячого населення; 1 лікар-акушер-гінеколог – на 8000 всього населення або на 2000 жінок репродуктивного віку.

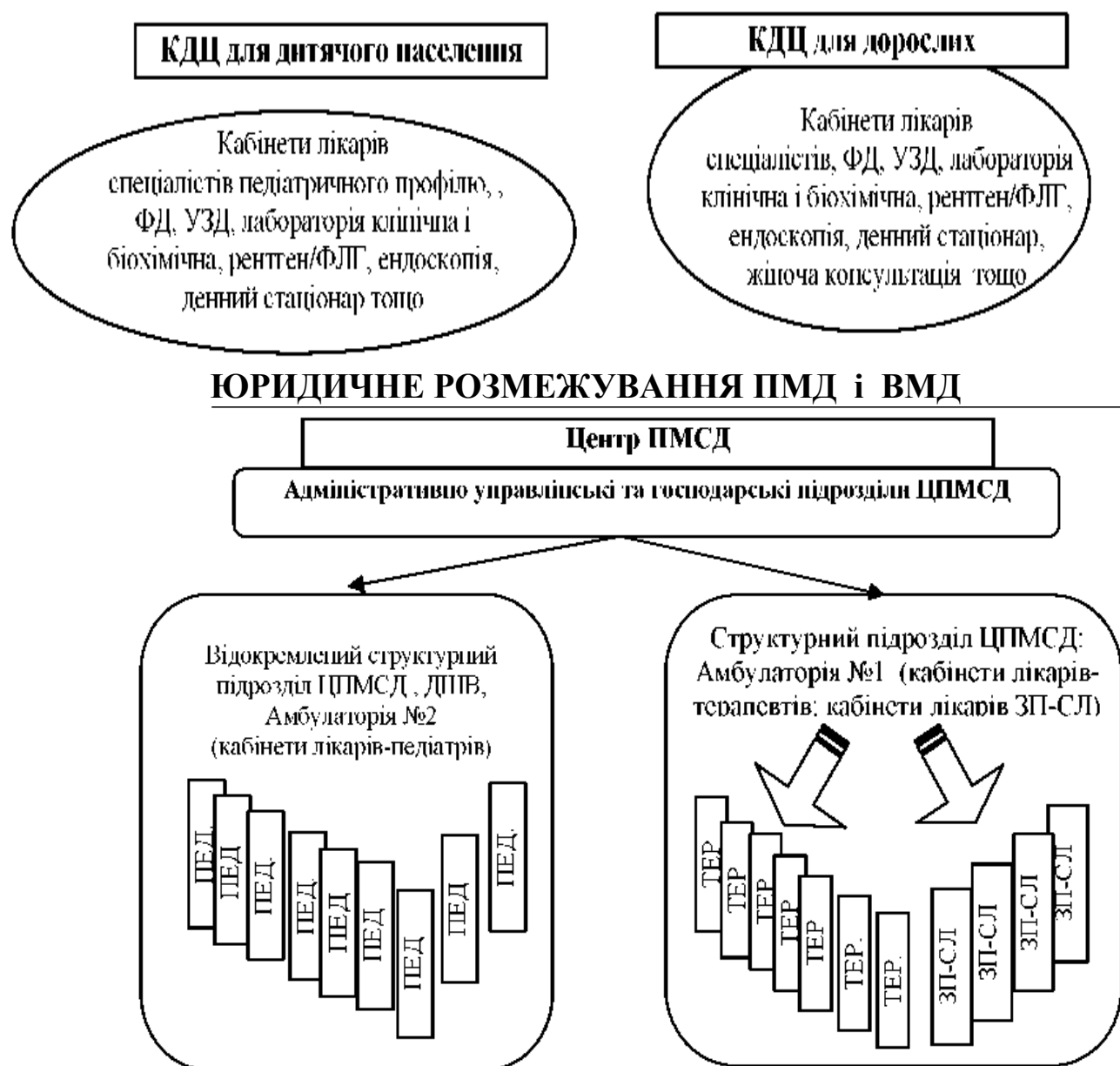


Рис. 5. Крок II – юридичне розмежування ПМД і ВМД – формування центрів ПМСД

Також до штатного розпису лікарської амбулаторії можуть бути включені посади інших лікарів-спеціалістів: хірургів, офтальмологів, отоларингологів невропатологів, психіатрів, які надаватимуть первинну медичну допомогу при певних захворюваннях з урахуванням розмежування функцій між первинною та вторинною (спеціалізованою) медичною допомогою.

Відповідно до примірних штатних нормативів центрів первинної медико-санітарної допомоги, затверджених наказом МОЗ України від 05.10.2011 р. № 645 «Про внесення змін до наказу МОЗ від 01.09.2011 р. № 556», у разі, якщо розрахункова кількість посад лікарів-спеціалістів окремої лікарської амбулаторії становить менше ніж 0,25 ставки, то відповідна посада лікаря-спеціаліста вводиться в одній з кількох лікарських амбулаторій. У такому

випадку сумарна розрахункова необхідність кількості посад лікарів-спеціалістів становить понад 0,25 посади.

Робота такого лікаря-спеціаліста регулюється графіком, який складається завідувачем амбулаторії, до штатного розпису якої введено дану посаду за погодженням із завідувачами інших амбулаторій. Графік затверджується головним лікарем Центру ПМСД або іншою уповноваженою особою.

До Групи можуть входити лікарі загальної практики-сімейні лікарі, які провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи-підприємці та перебувають цивільно-правових відносинах з центром ПМСД.

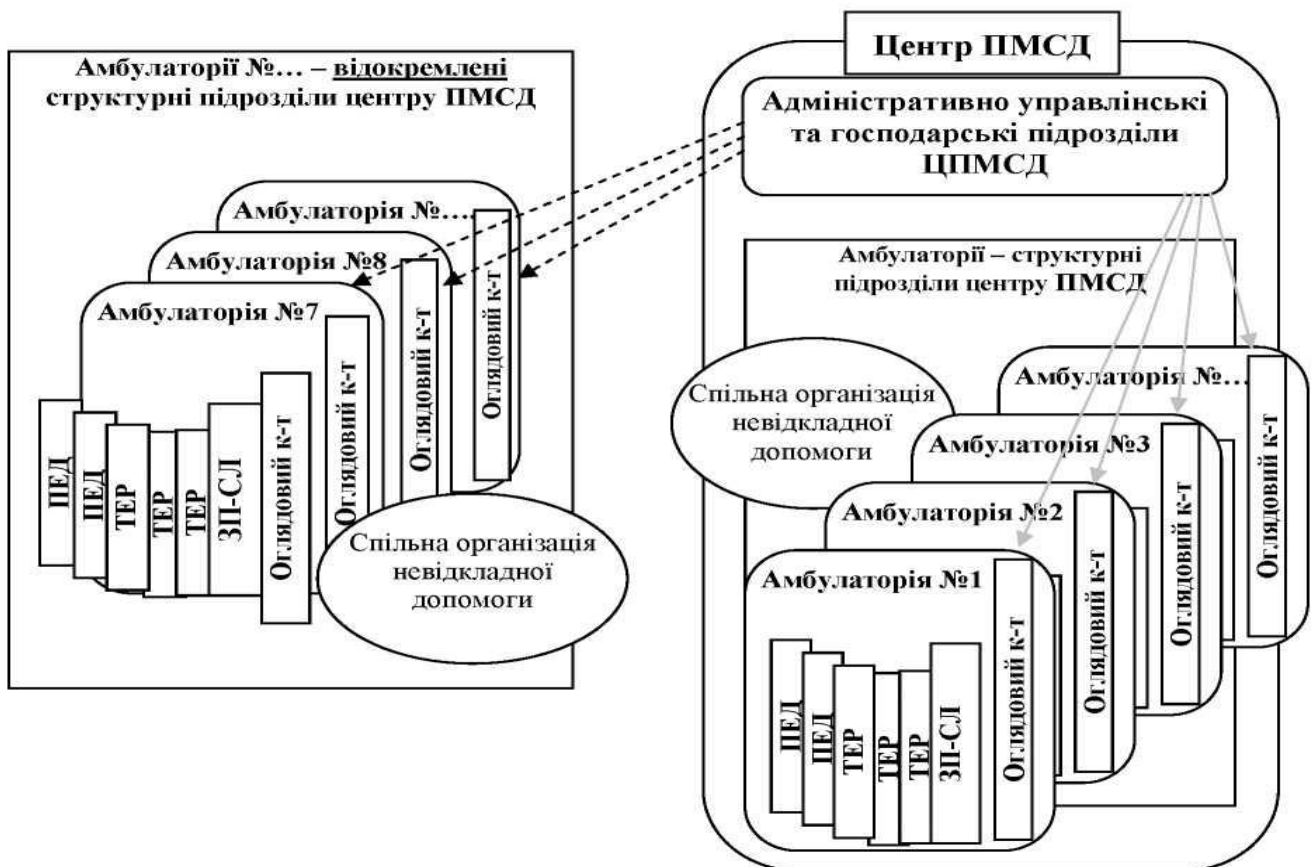


Рис. 6. Крок III – формування групової сімейної практики.

У амбулаторії має бути організовано прикріплення пацієнтів до лікарів, що надають ПМД відповідно до наказу МОЗ України від 04.11.2011 р. № 756 «Про затвердження Порядку вибору та зміни лікаря первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та форм первинної облікової документації».

Направлення пацієнтів для отримання вторинної та третинної медичної допомоги лікарями Групи здійснюється відповідно до Порядку організації медичного обслуговування та направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу затвердженого наказом МОЗ України від 05.10.2011 р. № 646 «Про затвердження нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України щодо реалізації Закону України «Про

порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві».

Формування мережі амбулаторій у складі ЦПМСД може здійснюватися у трьох варіантах:

1) **централізований** (за умови їх організації на базі однієї з поліклінік), коли амбулаторії функціонують як невідокремлені структурні підрозділи центру;

2) **децентралізований**, коли практично всі амбулаторії, окрім однієї, розташованої на території ЦПМСД, функціонують як відокремлені структурні підрозділи центру та мають різні юридичні адреси;

3) **змішаний**, коли частина амбулаторій розташовується на базі Центру (колишньої великої поліклініки) з організацією для кожної з них окремого входу для децентралізації розмежування потоків пацієнтів та забезпечення їх епідеміологічного благополуччя, частина — на базі іншої великої поліклініки (наприклад дитячої) також з організацією для кожної з них окремого входу, частина — на базі колишніх філій поліклінік або спеціально створених амбулаторій.

Найбільш реалістичним варіантом організації ПМД в містах на перехідному етапі є останній — змішаний варіант.

Як централізований, так і децентралізований та змішаний варіанти потребують формування інфраструктури амбулаторій (номенклатура приміщень), передбаченої табелем оснащення, що спрямовано на технологічне забезпечення надання ПМД у повному обсязі та імплементацію загальної практики-сімейної медицини.

Кожен медичний працівник амбулаторії у межах компетенції повинен мати доступ до усіх необхідних технологічних засобів для здійснення функцій ПМД.

Організація роботи Групи має принципово відрізнятися від організації роботи дільничних відділень, а саме:

1. З метою забезпечення безперервності надання ПМД амбулаторією має бути сформована взаємозамінність медичних працівників, що обслуговують кожен свій контингент населення. На початкових етапах це стосується взаємозамінності окремо педіатрів Групи і лікарів ЗП-СЛ, терапевтів і лікарів ЗП-СЛ, та лікарів ЗП-СЛ між собою. Це досягається шляхом визначення стабільних дублерів для кожного члену Групи щодо виконання його функцій.

2. Спільним наданням невідкладної допомоги населенню прикріп-леному до амбулаторії (лікарів амбулаторії), що дозволяє усім членам Групи ознайомитися з найбільш проблемними випадками (особами) у зазначеному контингенті населення, і, навпаки, населенню познайомитися з усіма членами Групи.

3. Організація роботи лікарів-спеціалістів відповідно до потреби контингенту населення, прикріпленого до амбулаторії, яка визначається

членами Групи.

4. Можливість внутрішньої спеціалізації членів Групи та взаємного консультування або виконання інших загальних спеціалізованих функцій (наприклад, «Школа цукрового діабету», «Школа артеріальної гіпертензії» тощо) на підставі індивідуально набутих на курсах тематичного вдосконалення та тренінгах спеціальних знань та навиків.

Вибір лікаря/групи лікарів здійснюється згідно з наказом МОЗ України від 04.11.2011 р. № 756 «Про затвердження Порядку вибору та зміни лікаря первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та форм первинної облікової документації» (zareestrovano Міністерством юстиції за № 1477/20215 від 20.12.2011 р.).

Висновки

1. Впровадження основних принципів ефективного реформування і функціонування ПМД, що сформульовані ВООЗ на основі методології доказового менеджменту, врегульовано законодавством та галузевими нормативно-правовими актами.
2. Управлінські рішення щодо впровадження моделі надання ПМД міському населенню мають забезпечувати поступовий перехід до надання ПМД на засадах сімейної медицини; покращення якості ПМД; підвищення її доступності.
3. Модель надання первинної медичної допомоги міському населенню передбачає обов'язкове юридичне розмежування ПМД і ВМД та формування центрів первинної медичної допомоги з мережею амбулаторій, укомплектованих Групами/командами лікарів, що працюють на принципах сімейної медицини.
4. Формування мережі амбулаторій, які входять до складу Центру ПМД може здійснюватися за одним з трьох варіантів: централізованим, децентралізованим та змішаним. Останній є найбільш прийнятним для першого етапу реформування з поступовим переходом до оптимального децентралізованого.
5. Організація роботи амбулаторій має передбачати взаємозамінність членів Групи, спільне надання невідкладної допомоги прикріпленому населенню, визначення потреби у консультаціях лікарів-спеціалістів та організацію їх роботи відповідно до потреб прикріпленого населення, надання взаємних консультацій або виконання загальних спеціалізованих функцій.

Витяг

Методичні рекомендації

**щодо визначення необхідних ресурсів для досягнення цілей
модернізації охорони здоров'я та напрямків їх використання
(81.13/140.13)**

Модернізація охорони здоров'я – науково обґрунтована та підтримана суспільством спільна діяльність органів влади різних рівнів, органів управління охороною здоров'я, медичної спільноти, заснована на реальному обліку наявних ресурсів та впливу зовнішніх та внутрішніх факторів оточуючого середовища з метою приведення української системи охорони здоров'я до рівня, який відповідає сучасним вимогам.

Одне з першочергових завдань реформи медичного обслуговування — **чітке розмежування медичної допомоги за її видами** (первинна, вторинна, третинна та екстрена).

Основні проблеми ПМД:

➤ *високий рівень захворюваності, інвалідності, смертності від керованих охороною здоров'я захворювань, низька очікувана тривалість життя, що зокрема зумовлено низькою ефективністю ПМД;*

➤ *надмірна утилізація вартісних видів медичної допомоги (ВМД, ТМД, ЕМД) зумовлена слабкою та нерівною фізичною доступністю ПМД, низькою якістю та недостатнім її розвитком на засадах сімейної медицини;*

➤ *супротив впровадженню ефективних форм організації ПМД, передусім сімейної медицини, з боку медичних працівників, недовіра до змін з боку населення.*

Цілі реформування (модернізації) ПМД

Реформування ПМД має бути спрямованим на:

- зниження захворюваності, інвалідності, смертності населення (керовані охороною здоров'я захворювання);
- зменшення потреби населення у вторинній, третинній та екстреній медичній допомозі шляхом збільшення її доступності і якості;
- забезпечення позитивного ставлення населення та медичних працівників до реформування ПМД на засадах загальної практики-сімейної медицини.

Завдання реформування (модернізації) ПМД

Для досягнення цілей реформування ПМД необхідно виконати такі завдання:

1. *Забезпечити належну та рівну фізичну доступність ПМД шляхом:*

а) *формування мережі амбулаторій наближених до місць проживання населення у сільській місцевості та у містах (відповідність нормативу забезпеченості амбулаторіями та нормативам інфраструктури кожної амбулаторії);*

б) *забезпечення закладів охорони здоров'я ПМД оснащенням та транспортними засобами;*

в) *забезпечення ЗОЗ ПМД кадрами та їх закріплення;*

г) *запровадження нових механізмів фінансування ПМД.*

2. *Підвищити якість ПМД.*

3. *Сформувати позитивне ставлення населення та медичних працівників до реформування ПМД на засадах загальної практики-сімейної медицини.*

Основні проблеми вторинної та третинної медичної допомоги:

1) *низька ефективність використання та диспропорційність (нерівномірність просторової локалізації) ресурсів ЗОЗ ВМД та ТМД, що зумовлено комплексом причин, зокрема:*

- наявність та значна частка необґрунтованих госпіталізацій;
- надлишкова тривалість перебування хворих в стаціонарі;
- недостатнє використання стаціонарозамінних технологій;

2) *недостатня доступність якісної ВМД та ТМД для населення:*

- надмірність, дублювання та розпорошеність стаціонарних ресурсів;
- високий матеріальний та моральний знос основних фондів;
- низький рівень використання сучасних медичних та інформаційних технологій;
- низький рівень стандартизації на основі дотримання методів лікування з доведеною ефективністю (доказова медицина);

3) *недостатній внесок ВМД та ТМД в поліпшення здоров'я населення, що відбивається у високих рівнях ускладнень при лікуванні, летальності від ХНІЗ та травм.*

При плануванні видатків на здійснення тих чи інших заходів у галузі охорони здоров'я необхідно встановити чіткий зв'язок між видатками (усі види ресурсів) і досягненням результату, спрямованого з розв'язанням проблем охорони здоров'я.

Для оцінки досягнення результату пропонується застосовувати якісні й кількісні індикатори.

Якісні індикатори (типу «Так»/«Ні») пропонується застосовувати для окремих заходів, які:

а) проявляють свою ефективність (вплив на систему) при повному (завершеному) виконанні (наприклад, затвердження нормативних документів чи планів);

б) характеризують наявність або відсутність застосування певних інструментів (наприклад: «На регіональному і місцевому рівнях здійснюється регулярне вивчення (моніторинг) громадської думки щодо реформування ВМД, ТМД») і за таким індикатором неможливо застосувати кількісну оцінку (шкалу) прогресу.

Кількісні індикатори пропонується застосовувати для заходів, у процесі реалізації яких можливо чітко визначити:

а) повноту (%) охоплення усіх задіяних об'єктів змінами/заходами і, відповідно, виміряти просування (прогрес) по шляху реформування за певним напрямом;

б) інтенсивність того чи іншого показника у порівнянні з певним нормативом (наприклад, порівняння фактичної і нормативної забезпеченості амбулаторіями, транспортними засобами).

При проведенні аналізу якості планування та ефективності використання ресурсів для реалізації реформи із використанням кількісних індикаторів та їх динаміки можливо оцінити та порівняти «вартість» просування реформи за напрямками між територіями (регіонами) шляхом визначення подушної (на душу населення) чи пооб'єктної (на 1-го лікаря, на 1-не робоче місце тощо) «вартості змін» та вжити необхідних управлінських заходів щодо усунення суттєвих та необґрунтованих відхилень «вартості» реформи.

Це дозволяє збільшити коректність планування та об'єктивність оцінки необхідних видатків на реформування.

Додаток 1

Реформування/модернізація первинної медичної допомоги

Проблеми, цілі, завдання, основні заходи, індикатори виконання завдань, необхідні ресурси та очікувані результати.

Проблеми	Очікувані результати
Високий рівень захворюваності, інвалідності, смертності (керовані охороною здоров'я захворювання) та низька очікувана тривалість життя, що, зокрема, зумовлено низькою ефективністю ПМД. Надмірна утилізація дорогих видів медичної допомоги (спеціалізованої та високоспеціалізованої) та екстреної медичної допомоги, зумовлена низькою та нерівною фізичною доступністю ПМД, низькою її якістю та недостатнім розвитком сімейної медицини. Спротив впровадженню ефективних форм організації ПМД, передусім сімейної медицини, з боку медичних працівників, недовіра до змін з боку населення.	Довгострокові (понад 5 років): а) зниження показників захворюваності, інвалідності, смертності від ХНІЗ, загальної інвалідності та смертності; б) збільшення очікуваної тривалості життя.
	Короткострокові (1—5 років): а) зниження показників: — госпіталізації (цільове — значення на 17—20%); — консультацій лікарів-спеціалістів ВМД (цільове значення — на 30 — 40%); — викликів ШМД (цільове значення — на 40 — 60%); б) збільшення показників охоплення профілактичними заходами груп високого ризику: - скринінгом на виявлення новоутворень шийки матки та молочної залози (цільове значення 95 %) — скринінгом на дисліпідемії (цільове значення 95 %) — скринінгом на виявлення артеріальної гіпертензії (цільове значення 95 %); — скринінгом на виявлення цукрового діабету (цільове значення 100 %); — флюорообстеженням (цільове значення 95 %)

	в) збільшення показників охоплення профілактичними щепленнями категорій населення, що підлягали щепленню (цільове значення понад 95 %)
Цілі Зниження захворюваності, інвалідності, смертності населення (керовані охороною здоров'я захворювання). Зменшення потреби населення у вторинній, третинній та екстреній медичній допомозі шляхом збільшення доступності і якості первинної медичної допомоги. Забезпечення позитивного ставлення населення та медичних працівників до реформування ПМД на засадах ЗП-СМ.	

Завдання	Шляхи виконання завдань/основні заходи	Індикатори виконання завдань	Необхідні ресурси
Забезпечити належну та рівну фізичну доступність ПМД шляхом: а) формування мережі амбулаторій наближених до місць проживання населення у сільській місцевості і у містах відповідність нормативу забезпеченості); б) забезпечення ЗОЗ ПМД оснащенням та транспортними засобами; в) забезпечення	Затвердження нормативів забезпеченості мережею ЗОЗ ПМД (амбулаторіями), оновлених санітарних норм і правил та державних будівельних норм для закладів ПМД (амбулаторій).	Затверджені (соціальні) нормативи забезпеченості мережею ЗОЗ ПМД (амбулаторіями) (Цільове значення — «Так»).	Адміністративний ресурс (координація ЦОВ) Кошти державного бюджету: видатки на оплату праці виконавців (робочий час).
		Затверджені оновлені санітарні норми і правила для підрозділів лікувально-профілактичної служби центрів первинної медичної допомоги з урахуванням впровадження первинної	Адміністративний ресурс (координація ЦОВ) Кошти державного бюджету: видатки на оплату праці виконавців (робочий час).

Завдання	Шляхи виконання завдань/основні заходи	Індикатори виконання завдань	Необхідні ресурси
ЗОЗ ПМД кадрами та їх закріплення; г) запровадження нових механізмів фінансування ПМД.		медичної допомоги на засадах сімейної медицини (Цільове значення — «Так»).	
		Затверджені оновлені державні будівельні норми для амбулаторій — підрозділів центрів первинної медичної допомоги у сільській місцевості та у містах з урахуванням впровадження первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини (Цільове значення — «Так»).	Адміністративний ресурс (координація ЦОВ) Кошти державного бюджету: видатки на оплату праці виконавців (робочий час).
Забезпечити належну та рівну фізичну доступність ПМД шляхом: а) формування мережі амбулаторій наближених до місць проживання населення у сільській місцевості і у містах (відповідність нормативу забезпеченості); б) забезпечення ЗОЗ ПМД оснащенням та транспортними засобами; в) забезпечення ЗОЗ ПМД кадрами та їх закріплення;	Затвердження нормативів забезпеченості мережею ЗОЗ ПМД (амбулаторіями), оновлених санітарних норм і правил та державних будівельних норм для закладів ПМД (амбулаторій).	Затверджені (соціальні) нормативи забезпеченості мережею ЗОЗ ПМД (амбулаторіями) (Цільове значення — «Так»).	Адміністративний ресурс (координація ЦОВ) Кошти державного бюджету: видатки на оплату праці виконавців (робочий час).
		Затверджені оновлені санітарні норми і правила для підрозділів лікувально-профілактичної служби центрів первинної медичної допомоги з урахуванням впровадження первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини (Цільове значення — «Так»).	Адміністративний ресурс (координація ЦОВ) Кошти державного бюджету: видатки на оплату праці виконавців (робочий час).

Завдання	Шляхи виконання завдань/основні заходи	Індикатори виконання завдань	Необхідні ресурси
г) запровадження нових механізмів фінансування ПМД.		значення — «Так»).	
		Затверджені оновлені державні будівельні норми для амбулаторій – підрозділів центрів первинної медичної допомоги у сільській місцевості та у містах з урахуванням впровадження первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини (Цільове значення — «Так»).	Адміністративний ресурс (координація ЦОВ) Кошти державного бюджету: видатки на оплату праці виконавців (робочий час).
	Формування мережі ЗОЗ ПМД (амбулаторій) наближених до місць проживання населення у сільській місцевості і у містах (з урахуванням характеру забудови).	Затверджено регіональний план розвитку мережі амбулаторій у сільській місцевості і у містах (Цільове значення — «Так»).	Кошти місцевих бюджетів: видатки на оплату праці виконавців (робочий час).
		Затверджено регіональний план приведення інфраструктури амбулаторій у відповідність нормативам (Цільове значення — «Так»).	Кошти місцевих бюджетів: видатки на оплату праці виконавців (робочий час).
		Індекс забезпеченості сільського та міського населення амбулаторіями (співвідношення фактичних і нормативних показників забезпеченості сільського та міського населення амбулаторіями) (Цільове значення не менше 1,0 + 1,0).	Кошти місцевих бюджетів, кошти донорських організацій, державно-приватне партнерство: а) закупівля будівель / приміщень; а) оплата розробки проектно-кошторис-ної документації; б) оплата

Завдання	Шляхи виконання завдань/основні заходи	Індикатори виконання завдань	Необхідні ресурси
			ремонтно-будівельних робіт.
		Частка (%) ЗОЗ ПМД (амбулаторії), що мають нормативну інфраструктуру (номенклатура та кількість приміщень за функціональним призначенням) у загальній кількості амбулаторій (Цільове значення — 100 %).	Кошти місцевих бюджетів: а) оплата розробки проектно-кошторисної документації; б) оплата ремонтно-будівельних робіт.
	Оснащення ЗОЗ ПМД (амбулаторій) відповідно до табеля оснащення.	Затверджено регіональний план оснащення амбулаторій у сільській місцевості і у містах (Цільове значення — «Так»).	Кошти місцевих бюджетів: видатки на оплату праці виконавців (робочий час).
		Частка (%) ЗОЗ ПМД (амбулаторії), які оснащені відповідно до табеля оснащення (номенклатура та кількість одиниць оснащення) (Цільове значення — 100%).	Кошти державного та/або місцевих бюджетів, кошти донорських організацій: а) закупівля оснащення вартістю одиниці понад 1000 грн; б) закупівля оснащення вартістю одиниці до 1000 грн.
	Забезпечення ЗОЗ ПМД транспортними засобами шляхом: а) закупівель необхідної кількості автомобілів та надання їх ЗОЗ ПМД; б) заохочення	Затверджено регіональний план за забезпечення амбулаторій у сільській місцевості і у містах транспортними засобами (автомобіль) (Цільове значення — «Так»).	Кошти місцевих бюджетів: видатки на оплату праці виконавців (робочий час).
		Індекс забезпеченості	Кошти державно-

Завдання	Шляхи виконання завдань/основні заходи	Індикатори виконання завдань	Необхідні ресурси
	медичних працівників ПМД до використання особистих транспортних засобів у службових цілях (компенсація видатків).	амбулаторій транспортними засобами (співвідношення фактичної і нормативної забезпеченості амбулаторій транспортними засобами (автомобіль) (Цільове значення не менше 1,0).	го та/або місцевих бюджетів: Видатки на закупівлю автомобілів. Кошти місцевих бюджетів: фінансування договорів з медичними працівниками щодо відшкодування видатків, пов'язаних з використанням особистого транспорту у службових цілях.
	Забезпечення підготовки лікарів ЗП-СМ у кількості, необхідній для переходу на обслуговування на засадах ЗПСМ з врахуванням відтоку лікарів з ПМД та врахуванням прихованого дефіциту лікарів ПМД (пенсійний вік).	Затверджено державний план підготовки в інтернатурі лікарів за спеціальністю ЗП-СМ (Цільове значення — «Так»).	Кошти державного бюджету видатки на оплату праці виконавців (робочий час).
		Підготовлено в інтернатурі лікарів за спеціальністю ЗП-СМ у % до запланованої кількості (Цільове значення — 100 %).	Кошти державного бюджету — фінансування держзамовлення необхідної кількості кадрів для ПМД.
		Затверджено регіональний план підготовки лікарів за спеціальністю ЗП-СМ з числа терапевтів та педіатрів дільничних, лікарів інших	Кошти місцевих бюджетів: видатки на оплату праці виконавців (робочий час).

Завдання	Шляхи виконання завдань/основні заходи	Індикатори виконання завдань	Необхідні ресурси
		спеціальностей, (Цільове значення — «Так».)	
		Частка (%) лікарів ЗП-СЛ у загальній кількості лікарів, що працюють у ЗОЗ ПМД (крім АУП) (Цільове значення — 100 %)	Кошти місцевих бюджетів, кошти донорських організацій: оплата навчання; видатки пов'язані з відрядженнями.
		Індекс відновлення лікарських кадрів ПМД (співвідношення кількості лікарів ПМД (лікарі ЗП-СЛ, лікарі-терапевти та педіатри дільничні, завідувачі амбулаторій) зі стажем роботи до 5 років і лікарів ПМД у передпенсійному і пенсійному віці) (Цільове значення — 1,0).	Кошти державного бюджету: Оплата послуг ДП «Укрмедреєстр».
		Середнє навантаження на лікаря ПМД (Цільове значення — до 2 тис. загального населення).	Кошти місцевих бюджетів: видатки на оплату праці виконавців (робочий час на моніторинг модернізації ПМД).
	Підготовка та перепідготовка молодших спеціалістів з медичною освітою, що працюють у ЗОЗ ПМД (крім медсестер ЗП-СМ), за спеціальністю ЗП-СМ.	Затверджено регіональний план підготовки та перепідготовки молодших спеціалістів з медичною освітою ЗОЗ ПМД за спеціальністю ЗП-СМ (Цільове значення — «Так»).	Кошти місцевих бюджетів: видатки на оплату праці виконавців (робочий час).
		Частка (%) сестер	Кошти місцевих

Завдання	Шляхи виконання завдань/основні заходи	Індикатори виконання завдань	Необхідні ресурси
		медичних ЗП-СМ у загальній кількості молодших спеціалістів з медичною освітою у ЗОЗ ПМД (Цільове значення — 100%).	бюджетів: видатки на оплату курсів перепідготовки, видатки пов'язані з відрядженнями.
	Створення стимулів для закріплення кадрів (передусім лікарських) у ПМД (програми місцевих стимулів — місцеві надбавки, надання службового житла, пільгових кредитів, земельних ділянок, оплата проїзду у транспорті та зв'язку тощо).	Частка (%) лікарів ПМД та частка (%) молодших спеціалістів з медичною освітою ПМД, що охоплені програмою місцевих стимулів (Цільове значення — 100 %).	Кошти місцевих бюджетів: надання пільг щодо оплати комунальних послуг, проїзду у громадському транспорті, оплата послуг зв'язку тощо.
		Частка (%) лікарів ПМД, що не забезпечені житлом (Цільове значення — 0 %).	Кошти місцевих бюджетів: придбання та/або будівництво житла.
	Зміна механізму фінансування ЗОЗ ПМД (програмно-цільовий метод та фінансування на підставі договору).	Затверджено методичні рекомендації щодо застосування програмно-цільового методу та договірних відносин в системі ПМД (Цільове значення — 100 %).	Кошти державного бюджету: видатки на оплату праці виконавців (робочий час).
		Частка (%) працівників фінансово-економічних та організаційно-методичних (статистичних) служб органів охорони здоров'я та ЦПМСД, які отримали підготовку (пройшли тренінги) щодо застосування програмно-цільового	Кошти місцевих бюджетів та/або кошти донорських організацій: а) видатки на оплату навчання; б) видатки на відрядження.

Завдання	Шляхи виконання завдань/основні заходи	Індикатори виконання завдань	Необхідні ресурси
		методу в фінансуванні ПМД, та укладення договорів про надання ПМД від загальної кількості таких працівників, що підлягали навчанню згідно з планом (Цільове значення — 100 %).	
		Частка (%) ЗОЗ ПМД (ЦПМСД), планування бюджетних витрат на фінансування яких здійснюється у відповідності до бюджетної програми «Первинна медична допомога» (Цільове значення — 100 %).	Кошти місцевих бюджетів: видатки на оплату праці виконавців (робочий час).
		Частка (%) ЗОЗ ПМД (ЦПМСД), які фінансуються на підставі договорів (Цільове значення — 100 %).	Кошти місцевих бюджетів: видатки на оплату праці виконавців (робочий час необхідний для складання та ведення договорів, контролю дотримання умов договору).
		Частка (%) ЗОЗ ПМД (ЦПМСД), у яких має місце відповідність показників ефективності та результативності показникам, запланованим бюджетною програмою «Первинна медична допомога» (Цільове значення — 100 %).	Кошти місцевих бюджетів: видатки на оплату праці виконавців (робочий час необхідний для складання та ведення договорів, контролю дотримання умов договору).
Підвищити якість	Розробка та	Затверджено	Кошти

Завдання	Шляхи виконання завдань/основні заходи	Індикатори виконання завдань	Необхідні ресурси
ПМД	затвердження медико-технологічних документів (медичні стандарти, клінічні протоколи та настанови) для захворювань і станів, що відносяться до компетенції лікаря ЗП-СЛ та процедур, що відносяться до компетенції медсестри ЗП-СЛ.	перспективний план розробки медико-технологічних документів, визначені пріоритети розробки. (Цільове значення — «Так»).	державного бюджету: видатки на оплату праці виконавців (робочий час).
		Розроблено та затверджено медико-технологічних документів у % від запланованої кількості (Цільове значення — 100 %).	Кошти державного бюджету: видатки на оплату праці виконавців (робочий час).
	Впровадження системи управління якістю у ЗОЗ ПМД (ЦПМСД).	Затверджено порядок управління якістю у ЗОЗ ПМД та внесено відповідні зміни до порядку акредитації (Цільове значення — «Так»).	Кошти державного бюджету: видатки на оплату праці виконавців (робочий час).
		Частка (%) працівників ЗОЗ ПМД (ЦПМСД), які пройшли підготовку (тренінги) щодо управління якістю від загальної кількості працівників, що підлягали навчанню згідно з планом (Цільове значення — 100 %).	Кошти місцевих бюджетів та кошти донорських організацій: а) оплата навчання керівного складу ЦПМСД; б) видатки пов'язані з відрядженнями.
		Частка (%) ЗОЗ ПМД (ЦПМСД), у яких затверджено внутріш-	Кошти місцевих бюджетів видатки на оплату

Завдання	Шляхи виконання завдань/основні заходи	Індикатори виконання завдань	Необхідні ресурси
		ні розпорядчі документи щодо організації управління якістю (цільовий показник — 100 %).	праці виконавців (робочий час).
		Частка (%) ЗОЗ ПМД (ЦПМСД), у яких здійснюється моніторинг рівня задоволеності пацієнтів послугами ПМД (Цільове значення — 100 %).	Кошти місцевих бюджетів, кошти донорських організацій: а) видатки на виготовлення анкет-опитувальників; б) видатки на оплату праці виконавців — проведення анкетування; в) видатки на обробку анкет та аналіз отриманих результатів; г) моніторинг.
	Запровадження механізму реалізації права пацієнта вибирати за змінювати лікаря, що надає ПМД.	Затверджено нормативний акт щодо порядку вибору лікаря ПМД (Цільове значення — «Так»)	Адміністративний ресурс (координація ЦОВ) Кошти державного бюджету: видатки на оплату праці виконавців (робочий час).
		МОЗ України розроблено та надано рекомендації (алгоритм) впровадження механізму реалізації права пацієнта вибирати та змінювати лікаря, що надає ПМД (Цільове значення — «Так»).	Кошти державного бюджету: видатки на оплату праці виконавців (робочий час).
		Частка (%) ЗОЗ ПМД (ЦПМСД), у яких	Кошти місцевих бюджетів:

Завдання	Шляхи виконання завдань/основні заходи	Індикатори виконання завдань	Необхідні ресурси
		затверджено план впровадження механізму реалізації права пацієнта вибирати за змінювати лікаря, що надає ПМД (відповідно до алгоритму, наданого МОЗ) (Цільове значення — 100 %).	а) видатки на оплату праці виконавців (робочий час); б) видатки на виготовлення інформаційних матеріалів (листівки, буклети, стенди); в) виступи у ЗМІ (робочий час).
		Частка (%) ЗОЗ ПМД (ЦПМСД), у яких реалізовано механізм вільного вибору та зміни лікаря, що надає ПМД, пацієнтом (Цільове значення — 100 %).	Кошти місцевих бюджетів: видатки на оплату праці виконавців (робочий час).
	Впровадження оплати праці з урахуванням обсягів і якості наданої медичної допомоги (кількість прикріплених пацієнтів).	Затверджено нормативний акт щодо оплати праці медичних працівників з урахуванням обсягів і якості наданих послуг (кількість прикріплених пацієнтів) (Цільове значення — «Так»).	Адміністративний ресурс (координація ЦОВ) Кошти державного бюджету: видатки на оплату праці виконавців (робочий час).
		Нормативно передбачена обов'язковість формування спеціального (окремого) фонду оплати за якість наданої медичної допомоги: а) ефективність заходів вторинної профілактики рівні користування населенням послугами ЕМД та ВМД); б) охоплення населення найваж-	Адміністративний ресурс (координація ЦОВ). Кошти державного бюджету: видатки на оплату праці виконавців (робочий час).

Завдання	Шляхи виконання завдань/основні заходи	Індикатори виконання завдань	Необхідні ресурси
		лівішими профілактичними заходами та основні принципи розподілу цього фонду між працівниками ЗОЗ (лікарі та молодші спеціалісти з медичною освітою ПМД, керівний склад ЦПМСД та завідувачі амбулаторій). (Цільове значення — «Так»).	
		Частка (%) працівників фінансово-економічних та організаційно методичних (статистичних) служб органів охорони здоров'я та ЦПМСД, які пройшли підготовку (тренінги) щодо застосування нових методів оплати праці від загальної кількості таких працівників, що підлягали навчанню згідно з планом (Цільове значення — 100 %).	Кошти місцевих бюджетів та/або кошти донорських організацій: а) видатки на оплату навчання; б) видатки на відрядження.
		Частка (%) ЗОЗ ПМД, де впроваджено оплату праці медичних працівників ПМД з урахуванням обсягів наданих послуг (кількість прикріплених пацієнтів) (Цільове значення — 100 %).	Кошти державного бюджету. Цільова субвенція на виплату надбавок медичним працівникам ПМД з урахуванням обсягів наданих ними послуг. Кошти місцевих бюджетів: видатки на формування фонду оплати

Завдання	Шляхи виконання завдань/основні заходи	Індикатори виконання завдань	Необхідні ресурси
			праці.
		Частка (%) ЗОЗ ПМД (ЦПМСД) у бюджеті яких сформовано фонд оплати за якість та здійснюється оплата праці з урахуванням якості медичної допомоги (Цільове значення — 100 %).	Кошти державного бюджету Цільова субвенція Кошти місцевих бюджетів.
	Інформатизація ПМД.	Затверджено технічне завдання на електронний реєстр пацієнтів та на комплексну систему захисту інформації (Цільове значення — «Так»).	Кошти державного бюджету та/або кошти донорських організацій: а) оплата договору про розробку технічного завдання; б) технічна допомога.
		Розроблено та ліцензовано програмне забезпечення щодо ведення електронного реєстру пацієнтів та на комплексну систему захисту інформації (Цільове значення — «Так»).	Кошти державного бюджету та/або кошти донорських організацій: а) оплата договору про виготовлення програмного забезпечення; б) технічна допомога.
		Частка (%) населення, інформація про яке введена до електронного реєстру пацієнтів (Цільове значення — 100 %).	Кошти державного та місцевих бюджетів: видатки на оплату праці виконавців (робочий час).
		Розроблено та затверджено вимоги до програмного забезпечення, що має встановлюватись на робочих місцях у підрозділах адмініст-	Кошти державного бюджету та та/або кошти донорських організацій: а) оплата договору про розробку

Завдання	Шляхи виконання завдань/основні заходи	Індикатори виконання завдань	Необхідні ресурси
		ративно-господарської служби ЦПМСД (Цільове значення — «Так»).	вимог; б) технічна допомога.
		Розроблено та затверджено вимоги до програмного забезпечення, що має встановлюватись на робочих місцях лікарів ПМД та молодших спеціалістів з медичною освітою ПМД (Цільове значення — «Так»).	Кошти державного бюджету та/або кошти донорських організацій: а) оплата договору про розробку вимог; б) технічна допомога.
		Частка (%) ЗОЗ ПМД (ЦПМСД) для яких розроблено проект інформатизації. (Цільове значення — 100 %).	Кошти місцевих бюджетів та кошти донорських організацій: видатки на виготовлення проектно-кошторисної документації.
		Частка (%) лікарів ПМД та молодших спеціалістів з медичною освітою ПМД, які забезпечені автоматизованим робочим місцем та мають на робочому місці доступ до професійної інформації та реєстру пацієнтів через мережу Internet (Цільове значення — 100 % + 100 %).	Кошти місцевих бюджетів, кошти донорських організацій, державно-приватне партнерство: а) придбання комп'ютерного та мережевого обладнання; б) розробка та/або придбання програмного забезпечення; г) поточні видатки на оплату послуг провайдера; д) поточні видатки

Завдання	Шляхи виконання завдань/основні заходи	Індикатори виконання завдань	Необхідні ресурси
			на обслуговування обладнання; е) поточні видатки на закупівлю платних ресурсів у Internet (доступ до баз даних).
	Залучення пацієнтів до активної участі у заходах ПМД, зокрема вторинній профілактиці.	Розроблено та затверджено комплекс методичних рекомендацій щодо організації функціонування шкіл здоров'я (репродуктивне здоров'я, цукровий діабет, астма, артеріальна гіпертензія тощо).	Кошти місцевих бюджетів та кошти донорських організацій: а) видатки на оплату розробки методичних рекомендацій.
		Розроблено та затверджено комплекс методично-інформаційних матеріалів для використання у роботі шкіл здоров'я (листівки, буклети, плакати тощо).	Кошти місцевих бюджетів та кошти донорських організацій: а) видатки на оплату розробки методично-інформаційних матеріалів; б) видатки на виготовлення методично-інформаційних матеріалів.
		Частка (%) працівників ЗОЗ ПМД (ЦПМСД), що пройшли спеціальну підготовку з організації шкіл здоров'я з числа тих, що підлягали такій підготовці (Цільове значення — 100 %)	Кошти місцевих бюджетів та кошти донорських організацій а) видатки на оплату праці (планування); б) видатки на оплату навчання; в) видатки на відрядження.
		Частка (%) ЗОЗ ПМД (ЦПМСД) де	Кошти місцевих бюджетів та

Завдання	Шляхи виконання завдань/основні заходи	Індикатори виконання завдань	Необхідні ресурси
		функціонують школи здоров'я та профілактики (хворих на цукровий діабет, астму, артеріальну гіпертензію тощо) (Цільове значення — 100 %).	кошти донорських організацій: а) видатки на оплату праці виконавців (робочий час); б) виготовлення інформаційних матеріалів; в) оплата послуг професійних тренерів/педагогів.
	Підвищення якості базової підготовки медичного персоналу ЗП-СМ.	Затверджено нові кваліфікаційні характеристики лікаря загальної практики-сімейного лікаря, що ґрунтуються на компетентісному підході (Цільове значення — «Так»).	Кошти державного бюджету видатки на оплату праці виконавців (робочий час).
		Внесено зміни до програми підготовки у інтернатурі лікаря загальної практики-сімейного лікаря з урахуванням кваліфікаційних характеристик, що ґрунтуються на компетентісному підході (Цільове значення — «Так»).	Кошти державного бюджету: видатки на оплату праці виконавців (робочий час).
		Затверджено нові кваліфікаційні характеристики сестри медичної загальної практики-сімейної медицини, що ґрунтуються на компетентісному підході (Цільове значення —	Кошти державного бюджету: видатки на оплату праці виконавців (робочий час).

Завдання	Шляхи виконання завдань/основні заходи	Індикатори виконання завдань	Необхідні ресурси
		«Так»).	
		Внесено зміни до програми підготовки сестри медичної загальної практики-сімейної медицини з урахуванням кваліфікаційних характеристик, що ґрунтуються на компетентісному підході (Цільове значення — «Так»).	Кошти державного бюджету: видатки на оплату праці виконавців (робочий час).
	Створення та налагодження функціонування системи безперервного професійного розвитку медичних працівників, що надають ПМД.	Затверджено методичні рекомендації щодо організації безперервного професійного розвитку, ліквідації прогалин у знаннях та розширення компетенцій медичного персоналу ЗП-СМ (Цільове значення — «Так»).	Кошти державного бюджету та кошти донорських організацій: видатки на оплату праці виконавців (робочий час); видатки на проведення організаційних заходів.
		Затверджено примірне положення про регіональний організаційно-методичний центр безперервного професійного розвитку, ліквідації прогалин у знаннях та розширення компетенцій медичного персоналу ЗП-СМ (Цільове значення — «Так»).	Кошти державного бюджету: видатки на оплату праці виконавців (робочий час).
		Затверджено примірне положення про територіальний навчально-тренінговий центр сімейної медицини (Цільове значення — «Так»).	Кошти державного бюджету: видатки на оплату праці виконавців (робочий час).

Завдання	Шляхи виконання завдань/основні заходи	Індикатори виконання завдань	Необхідні ресурси
		Затверджено примірний перелік оснащення територіального навчально-тренінгового центру сімейної медицини (Цільове значення — «Так»).	Кошти державного бюджету: видатки на оплату праці виконавців (робочий час).
		У кожному регіоні створено організаційно-методичний центр безперервного професійного розвитку, ліквідації прогалин у знаннях та розширення компетенцій медичного персоналу ЗП-СМ (Цільове значення — 27).	Кошти місцевих бюджетів: видатки на оплату праці.
		У кожному регіоні затверджено регіональний план створення територіальних навчально-тренінгових центрів сімейної медицини (Цільове значення — 27).	Кошти місцевих бюджетів: видатки на оплату праці виконавців (робочий час).
		Частка (%) ЦПМСД, у яких створено навчально-тренінговий центр сімейної медицини (Цільове значення 80 %).	Кошти місцевих бюджетів та кошти донорських організацій: а) оплата розробки проектно-кошторисної документації; б) оплата ремонтно-будівельних робіт; в) закупівля оснащення.
		Розроблено комплекс	Кошти

Завдання	Шляхи виконання завдань/основні заходи	Індикатори виконання завдань	Необхідні ресурси
		навчально-методичних матеріалів для застосування при проведенні навчання за програмою розширення компетенцій та ліквідації прогалин у знаннях (Цільове значення – «Так»).	державного бюджету та та/або кошти донорських організацій: оплата розробки навчально-методичних матеріалів.
		Частка (%) медичних працівників ЗП-СМ, які отримали підготовку за планом підвищення кваліфікації, ліквідації прогалин у знаннях та розширення компетенцій від загальної кількості медичного персоналу ЗП-СМ (Цільове значення – 100 %).	Кошти місцевих бюджетів та кошти донорських організацій: а) оплата освітніх послуг (тематичні вдосконалення, тренінги, дистанційне навчання); б) фінансування видатків по відрядженнях.
		Частка (%) медичних працівників ЗП-СМ, які пройшли підготовку і отримали відповідні документи щодо розширення їх компетенцій в сфері боротьби з ВІЛ-СНІДом, туберкульозом, охорони репродуктивного здоров'я та ін. від загальної кількості таких працівників за планом. (Цільове значення – 100 % за кожним напрямком).	Кошти місцевих бюджетів та кошти донорських організацій: а) оплата освітніх послуг (тематичні вдосконалення, тренінги, дистанційне навчання); б) фінансування видатків по відрядженнях; в) моніторинг.

Завдання	Шляхи виконання завдань/основні заходи	Індикатори виконання завдань	Необхідні ресурси
Сформувати позитивне ставлення населення та медичних працівників до реформування ПМД на засадах ЗП-СМ.	Проведення інформаційно-комунікаційної кампанії та моніторинг громадської думки.	Затверджена та реалізується національна програма інформаційно-комунікаційного забезпечення реформування ПМД на засадах сімейної медицини (виступи у ЗМІ, круглі столи, громадські слухання, інформаційні матеріали – плакати, листівки, буклети). (Цільове значення – «Так»).	Кошти державного бюджету, кошти донорських організацій, спонсорські внески, ресурси громадських організацій: а) видатки на оплату праці виконавців (робочий час); б) виготовлення інформаційних матеріалів та соціальної реклами; в) видатки на організацію інформаційно-комунікаційних заходів (оренда приміщень, реклама); г) підготовка спікерів; д) оплата часу у ЗМІ.
		У кожному регіоні затверджена та реалізується регіональна програма інформаційно-комунікаційного забезпечення реформування ПМД на засадах сімейної медицини (виступи у ЗМІ, круглі столи, громадські слухання, інформаційні матеріали плакати, листівки, буклети) (Цільове значення – 27).	Кошти місцевих бюджетів, кошти донорських організацій, спонсорські внески, ресурси громадських організацій: а) видатки на оплату праці виконавців (робочий час); б) видатки на розроблення методичних рекомендацій з організації інформаційно-комунікаційного

Завдання	Шляхи виконання завдань/основні заходи	Індикатори виконання завдань	Необхідні ресурси
			забезпечення; в) виготовлення інформаційних матеріалів та соціальної реклами; г) видатки на організацію інформаційно-комунікаційних заходів (оренда приміщень, оргвидавки, реклама); д) підготовка спікерів; е) оплата часу у ЗМІ.
		У кожному регіоні здійснюється моніторинг громадської думки щодо реформування/модернізації ПМД (Цільове значення – 27).	Кошти державного та місцевих бюджетів, кошти донорських організацій, спонсорські внески, ресурси громадських організацій: а) видатки на виготовлення анкет-опитувальників; б) видатки на оплату праці виконавців — проведення анкетування; в) видатки на обробку анкет та аналіз отриманих результатів; г) видатки на оприлюднення результатів.

АЛГОРИТМ ДІЙ

закладу охорони здоров'я, лікаря, що надає первинну медичну (медико-санітарну) допомогу, і громадянина щодо реалізації права пацієнта на вибір лікаря що надає первинну медичну (медико-санітарну) допомогу (тимчасова інструкція зі змінами від 19.08.2013 р.)

1. Цей алгоритм (інструкція) визначає порядок дій:

- закладу охорони здоров'я, що надає амбулаторно-поліклінічну допомогу (далі – АПЗ), на базі якого утворюється Центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги (далі – ЦПМСД), або з якого відокремлюються підрозділи з надання первинної медичної (медико-санітарної) допомоги (далі – ПМСД), що ввійдуть до складу ЦПМСД;
- ЦПМСД;
- завідувача амбулаторії;
- лікаря, що надає ПМСД – лікаря загальної практики-сімейного лікаря, терапевта та педіатра дільничного, лікарів загальної практики-сімейних лікарів, які провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи-підприємці, та перебувають з ЦПМСД у цивільно-правових відносинах (далі — лікар);
- громадянина.

6. Громадянин має право:

6.1. Звернутись до ЦПМСД/амбулаторії з метою отримання консультації щодо порядку вибору лікаря.

6.2. Ознайомитись з інформацією про лікарів ЦПМСД/амбулаторії, до яких можна прикріпитися.

6.3. Вибрати/змінити лікаря, для чого звернутись до лікаря з питання прикріплення у період реєстрації з першого вересня по тридцять вересня або у інший період (у межах робочого часу ЦПМСД та його амбулаторій) за таких обставин:

- а) у разі зміни місця проживання;
- б) об'єктивно зумовленої (відпустки, відрядження тощо) неможливості прикріпитися до лікаря у період реєстрації;
- в) у разі звільнення/смерті лікаря або припинення цивільно-правових відносин між ЦПМСД і лікарем;
- г) у разі появи у ЦПМСД нового лікаря.

6.4. Відмовити у внесенні паспортних даних у Реєстраційну форму.

6.5. Не звертатись до ЦПМСД/амбулаторії з метою здійснення вибору лікаря, при цьому може зберігатися його прикріплення до лікаря відповідно до обслуговування за дільничним принципом на момент створення ЦПМСД.

6.6. Бути прикріпленим до лікаря, запропонованого керівництвом ЦПМСД, у випадку, якщо йому відмовлено у прикріпленні всіма лікарями, до яких він звернувся щодо прикріплення.

7. Громадянин зобов'язаний при зверненні до лікаря або керівництва ЦПМСД щодо прикріплення пред'явити паспорт.

8. Відповідальність за організацію прикріплення пацієнтів у ЦПМСД покладається на головного лікаря ЦПМСД та на завідувачів амбулаторій, що має бути визначено в їх посадових інструкціях.

Витяг
із наказу МОЗ України від 27.12.2013 р. № 1150
«Про затвердження Примірного табеля
матеріально технічного оснащення Центру
первинної медичної (медико-санітарної)
допомоги та його підрозділів»

			Профіль використання та найменування	Оснащення для використання лікарем	Оснащення для використан- ня молодшим спеціалістом з медичною освітою	Кількість
I	1	Обладнання та інструментарій для надання невідкладної допомоги:				
		1	Набір для конікотомії одноразового використання	+		Відповідно до кількості лікарів ПМД*
		2	Джгут гумовий	+	+	Відповідно до кількості лікарів ПМД, а також молодших спеціалістів з медичною освітою, що здійснюють обслуговування вдома
		3	Акушерський комплект одноразового викорис- тання стерильний для дитини	+	+	2 на кожен автомобіль, але не менше 2 на амбулаторію/ ФАП

			Профіль використання та найменування	Оснащення для використання лікарем	Оснащення для використан- ня молодшим спеціалістом з медичною освітою	Кількість
		4	Мішок дихальний ручний Амбу з аксесуарами в комплекті: дорослий, пе- діатричний, новонарод- жений, багаторазовий, силікон з 2 масками для дорослих + маска для дітей + два повітреходи для дорослого і дитини	+		1 на кожен автомобіль, але не менше 1 на амбулаторію/ ФАП
		5	Портативний небулайзер, набір до небулайзера (маска, загубник, камера)	+	+	Відповідно до кількості лікарів ПМД, а також молодших спеціалістів з медичною освітою, що здійснюють обслуговування вдома
		6	Пластиковий контейнер ємністю 500 мл	+	+	По 2 на кожний автомобіль, але не менше 6 на амбулаторію
	2		Загальний огляд			
		1	Тонometr з набором манжет для вимірювання тиску дітям та дорослим (для вимірювання артеріального тиску на руках і ногах)	+	+	Відповідно до кількості лікарів ПМД, а також молодших спеціалістів з медичною освітою, що здійснюють обслуговування вдома
		2	Стетофонендоскоп	+	+	Відповідно до кількості лікарів ПМД, а також молодших спеціалістів з медичною освітою, що здійснюють обслуговування вдома
		3	Молоточок	+		Відповідно до кількості

			неврологічний			лікарів ПМД
		4	Рулетка вимірювальна 1,5 м	+	+	Відповідно до кількості лікарів ПМД, а також молодших спеціалістів з медичною освітою, що здійснюють обслуговування вдома
		5	Термометр	+	+	Відповідно до кількості лікарів ПМД, а також молодших спеціалістів з медичною освітою, що здійснюють обслуговування вдома
		6	Ваги медичні (для дорослих)	+	+	1 на кожен кабінет прийому лікаря ПМД (обов'язкова наявність метрологічної атестації або свідоцтва визнання типу засобу вимірювальної техніки)
		7	Ваги медичні для дітей (для новонароджених)	+	+	1 на кожен кабінет прийому лікаря ПМД (обов'язкова наявність метрологічної атестації або свідоцтва визнання типу засобу вимірювальної техніки)
		8	Ростомір	+	+	1 на кожен кабінет прийому лікаря ПМД (обов'язкова наявність метрологічної атестації або свідоцтва визнання типу засобу вимірювальної техніки)
	3	ЛОР огляд та процедури				
		1	Шпатель для язика прямий, одноразового використання	+	+	Відповідно до кількості відвідувань лікарів закладу охорони здоров'я за попередній рік
		2	Ліхтарик для огляду горла	+	+	Відповідно до кількості лікарів ПМД, а також молодших спеціалістів з медичною освітою, що здійснюють обслуговування вдома

		3	Отоофтальмоскоп портативний	+		Відповідно до кількості лікарів ПМД
		4	Пінцет вушний штикоподібний 140x1,6	+		Відповідно до кількості лікарів ПМД
		5	Шприц Жане	+		Відповідно до кількості лікарів ПМД
		6	Набір Гартмана для виймання сторонніх тіл з вуха	+		2 на амбулаторію
		7	Оглядовий набір для вуха, горла, носа одноразового використання (зонд вушний з насічками, вушна воронка, шпатель, носове дзеркало)	+		Відповідно до кількості відвідувань лікарів закладу охорони здоров'я за попередній рік
		8	Спринцівка з твердим наконечником 120 — 150 мл	+	+	Відповідно до кількості лікарів ПМД, а також молодших спеціалістів з медичною освітою, що здійснюють обслуговування вдома
		9	Лоток ниркоподібний	+	+	Відповідно до кількості лікарів ПМД, а також молодших спеціалістів з медичною освітою, що здійснюють обслуговування вдома
		10	Рефлектор лобний	+		Відповідно до кількості лікарів ПМД
	4	Офтальмологічний огляд і процедури				
		1	Таблиці Сивцева-Головіна	+	+	Відповідно до кількості лікарів ПМД
		2	Таблиця Рабкіна (кольоротест)	+	+	Відповідно до кількості лікарів ПМД
		3	Таблиця Орлової	+	+	Відповідно до кількості лікарів ПМД
		4	Тонometr очний для вимірювання внутрішньоочного тиску контактний або транспальпебральний	+		Відповідно до кількості лікарів ПМД
		5	Лінійка акомодацийна Коваленко ЛА-С	+		1 на амбулаторію (у сільській місцевості)
		6	Лінза бінокулярна	+		Відповідно до кількості лікарів ПМД

		7	Спринцівка з м'яким наконечником 100 мл	+		Відповідно до кількості лікарів ПМД
		8	Набір офтальмологічних пробних лінз на 266 лінз з універсальною металевою оправою	+		1 на амбулаторію (у сільській місцевості)
	5		Хірургічний інструментарій			
		1	Набір хірургічний для проведення малих хірургічних втручань на шкірі та підшкірній клітківці одноразового використання	+		Відповідно до кількості хірургічних втручань у закладі охорони здоров'я за попередній рік
		2	Набір атравматичний голок і шовного матеріалу одноразового використання	+		Відповідно до кількості хірургічних втручань у закладі охорони здоров'я за попередній рік
	6		Гінекологічний огляд			
		1	Освітлювальний прилад на штативі	+	+	Відповідно до кількості лікарів ПМД
		2	Стетоскоп акушерський	+	+	Відповідно до кількості лікарів ПМД, а також молодших спеціалістів з медичною освітою, що здійснюють обслуговування вдома
		3	Набір гінекологічний оглядовий з цитощіткою для забору цитології	+		Відповідно до плану обстеження жінок по закладу з приводу скринінгу на рак шийки матки
		4	Ложка Фолькмана (урологічна)	+		Відповідно до кількості лікарів ПМД
		5	Шпатель Ейра	+		Відповідно до кількості лікарів ПМД
	7		Обладнання для діагностики			
		1	Пульсоксиметр пальцевий - прилад для вимірювання рівня кисню в крові безкровним методом	+		Відповідно до кількості лікарів ПМД
		2	Фетальний доплер портативний	+		Не менше ніж 1 на 6 лікарів ПМД
		3	Електрокардіограф портативний трьох-	+	+	Не менше 2 на амбулаторію

			канальний з комбінованим живленням з автоматичною розшифровкою			
		4	ЕКГ-телеметричний пристрій	+		Відповідно до кількості лікарів ПМД (оснащення можливе за умов наявності центрального сервера з ЕКГ-телеметрії у закладі, що надає вторинну або третинну медичну допомогу)
		5	Термограф контактний цифровий	+		0-1 на амбулаторію
		6	Пікфлуометр та/або спірограф комп'ютерний	+		Відповідно до кількості лікарів ПМД
		7	Камертони з частотою коливань С 128, С 2048	+		Відповідно до кількості лікарів ПМД
	8	Обладнання та інвентар для лабораторної діагностики та забору біоматеріалів				
		1	Набір діагностичних систем сімейного лікаря (гемоглобін крові, прихована кров у калі, білок у сечі, кетони у сечі, цукор у сечі)	+		Відповідно до кількості лікарів ПМД
		2	Центрифуга		+	1
		3	Автоланцет		+	1
		4	Ацеллон (зонд) (ж)		+	20
		5	Контейнер для утилізації голок (1,5-2 л)		+	1 на маніпуляційний кабінет
		6	Сечоприймач для взяття сечі у дітей		+	10
		7	Секундомір для ШОЕ та визначення часу згортання крові		+	1
		8	Штатив для ШОЕ		+	1
		9	Штатив для пробірок		+	3
		10	Окуляри захисні		+	1
		11	Апарат визначення рівня глюкози крові у комплекті	+	+	Відповідно до кількості лікарів ПМД, а також молодших спеціалістів з медичною освітою, що здійснюють

						обслуговування вдома
		12	Тест-смужки та голки для глюкометра	+	+	Відповідно до нормативів, затверджених МОЗ України
		13	Тест-системи для проведення діагностики експрес-методами (ВІЛ-інфекції, наявності наркотичних засобів, інші)	+		Відповідно до нормативів, затверджених МОЗ України
		14	Тест-системи для діагностики інфекцій сечовивідних шляхів	+		Відповідно до нормативів, затверджених МОЗ України
		15	Пінцет одноразового використання	+	+	Відповідно до кількості відвідувань лікарів закла-ду охорони здоров'я за попередній рік
		16	Контейнер для збору і утилізації використаного одноразового інструментарію та розхідних матеріалів, що контактували з кров'ю пацієнта		+	1 на кабінет лікаря ПМСД, оглядовий, процедурний
		17	Сумка-холодильник для транспортування біоматеріалу		+	1 на амбулаторію
		18	Білірубінометр		+	0–1 на амбулаторію
		19	Холестерометр		+	0–1 на амбулаторію
		Витратні матеріали для взяття біологічного матеріалу (пробірки, контейнери, голки, утримувачі для вакутейнерів, предметне скло та інше) надаються лабораторією згідно з внутрішніми лабораторними стандартами преаналітичного етапу, як обмінний фонд				
	9		Інвентар, у т.ч. медичний			
		1	Холодильник (кількість камер -1, ХОЛ/МОР.:207/17 л)	+	+	Не менше ніж 3 на амбулаторію
		2	Термометр для холодильника	+	+	3 на кожний холодильник
		3	Гігрометр	+	+	1 на кожний холодильник

		4	Сумка лікаря / медсестри	+	+	Відповідно до кількості лікарів ПМД, а також молодших спеціалістів з медичною освітою, що здійснюють обслуговування вдома
		5	Сумка-холодильник для транспортування вакцин		+	1 на амбулаторію
		6	Сейф (2 замки)	+		1 на амбулаторію
		7	Автоматизоване робоче місце завідувача амбулаторії, лікарів ПМСД, старшої м/с, молодших спеціалістів з медичною освітою: системний блок з монітором або ноутбук, або інші еквівалентні пристрої, принтер, стандартне та прикладне програмне забезпечення, інші периферійні пристрої, у т. ч. такі, що забезпечують доступ до локальної мережі та Інтернет	+	+	Відповідно до кількості робочих місць. (Оснащення амбулаторій АРМами можливе за умови і після інформатизації адміністративно-управлінських (статистика, фінанси) функцій у центрі ПМСД, до якого належить амбулаторія)
		8	Мобільний телефон зі стартовим пакетом	+	+	Відповідно до кількості лікарів ПМД, молодших спеціалістів з медичною освітою, що здійснюють обслуговування вдома
		9	Кушетка універсальна (гінекологічна)	+	+	1 на кабінет лікаря ПМД, оглядовий, процедурний
		10	Столик медичний		+	1 на кабінет оглядовий, процедурний (у разі відсутності кушетки універсальної (гінекологічної))
		11	Столик сповивальний	+	+	1 на кабінет лікаря ПМД (у разі відсутності кушетки універсальної (гінекологічної))
		12	Крісло гінекологічне	+		1 на 6 лікарів ПМД, але не менше 1 на

						амбулаторію (у разі відсутності кушетки універсальної (гінекологічної))
		13	Кушетка оглядова	+	+	1 на кабінет лікаря ПМД, оглядовий, процедурний (у разі відсутності кушетки універсальної (гінекологічної))
		14	Стіл письмовий з тумбою	+	+	Відповідно до кількості робочих місць лікарів ПМД, молодших спеціалістів з медичною освітою, але не менше ніж 1 на 2 таких спеціаліста
		15	Полиця для книжок або книжкова шафа	+		Відповідно до кількості робочих місць
		16	Стільці	+		Відповідно до кількості робочих місць x 2
		17	Телефон стаціонарний	+		Відповідно до кількості лікарів ПМД, молодших спеціалістів з медичною освітою, що здійснюють обслуговування вдома
		18	Настільна лампа	+		Відповідно до кількості робочих місць лікарів ПМД, молодших спеціалістів з медичною освітою
		19	Шафа для одягу	+		1 на кабінет лікаря ПМД
		20	Ширма			1 на кабінет лікаря ПМД, оглядовий
	II	10	Реєстратура			
		1	Автоматизоване робоче місце реєстратора: системний блок з монітором, принтер, стандартне та прикладне програмне забезпечення, інші периферійні пристрої у т. ч. такі, що забезпечують доступ до локальної			Відповідно до кількості робочих місць реєстраторів. (Оснащення амбулаторій АРМами можливе за умови і після інформатизації адміністративно-управлінських (статистика, фінанси))

			мережі та Інтернет			функцій у Центрі ПМСД, до якого належить амбулаторія)
		2	Шафа для документів			Не менше ніж 1
		3	Стіл письмовий або комп'ютерний			Відповідно до кількості робочих місць реєстраторів
		4	Стілець			Відповідно до кількості робочих місць реєстраторів
		5	Телефон			Відповідно до кількості робочих місць реєстраторів
		6	Настільна лампа			Відповідно до кількості робочих місць реєстраторів
		7	Міні-АТС			0–1 на амбулаторію
		7	Шафа для одягу			1

***Витяг із наказу МОЗ України від 06.12.2011 р.
№ 882 «Про затвердження Змін до Інструкції
про порядок видачі документів, що засвідчують
тимчасову непрацездатність громадян»***

***Зміни до Інструкції
про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову
непрацездатність громадян***

1.5. Пункт 1.8 викласти в такій редакції:

«1.8. Листок непрацездатності (довідка) видається і закривається в одному лікувально-профілактичному закладі, крім випадків доліковування в реабілітаційних відділеннях санаторно-курортних закладів. За наявності показань для подальшого лікування іншим лікувально-профілактичним закладом видається новий листок непрацездатності (довідка) як продовження попереднього».

1.6. Друге речення пункту 1.9 викласти в такій редакції: «У разі вибору особою лікуючого лікаря і лікувально-профілактичного закладу не за місцем проживання чи роботи документи, що засвідчують тимчасову непрацездатність, видаються за наявності заяви-клопотання особи, погодженої з головним лікарем обраного лікувально-профілактичного закладу, або його

заступником, засвідченої підписом та круглою печаткою лікувально-профілактичного закладу».

2. У розділі 2: «2. Порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян у разі захворювання чи травми».

2.2. Пункт 2.1 викласти в такій редакції:

«2.1. У разі захворювання чи травми на весь період тимчасової непрацездатності до відновлення працездатності або до встановлення групи інвалідності медико-соціальною експертною комісією (МСЕК) видається листок непрацездатності, що обраховується в календарних днях».

2.4. Пункт 2.16 викласти в такій редакції:

«2.16. Захворювання студентів вищих навчальних закладів I-IV рівнів акредитації та учнів професійно-технічних навчальних закладів засвідчується довідкою форми № 095/о «Довідка про тимчасову непрацездатність студента, учня технікуму, професійно-технічного училища, про хворобу, карантин і інші причини відсутності дитини, яка відвідує школу, дитячий дошкільний заклад», затвердженою наказом МОЗ України від 29.12.2000 р. № 369».

2.5. Пункт 2.18 доповнити новими абзацами такого змісту:

«особам, які проходять додаткове наркологічне обстеження в умовах стаціонару відповідно до пункту 11 Інструкції про профілактичний наркологічний огляд та його обов'язкові обсяги, затвердженої наказом МОЗ України від 28.11.1997 р. № 339, зареєстрованої в Міністерстві юстиції України 11.12.1997 р. за № 586/2390;

особам, які проходять діагностичне обстеження в закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності, за відсутності ознак тимчасової непрацездатності».

2.6. Доповнити розділ новими пунктами такого змісту:

«2.21. Працюючим особам, які віднесені до I категорії осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, листок непрацездатності видається на весь період лікування в санаторно-курортних закладах та спеціалізованих лікувально-профілактичних закладах з урахуванням часу проїзду в обох напрямках, але не більше строку, передбаченого пунктом 4.1 розділу 4 цієї Інструкції.

2.22. Тимчасова непрацездатність осіб рядового і начальницького складу засвідчується довідкою органу, у сфері управління якого перебувають заклади охорони здоров'я.

У разі вибору особою рядового і начальницького складу лікуючого лікаря і лікувально-профілактичного закладу не за місцем проживання чи роботи довідка видається відповідно до пункту 1.9 розділу 1 цієї Інструкції.

Порядок видачі довідки у разі захворювання та травми; у зв'язку з доглядом за хворим членом сім'ї, хворою дитиною, дитиною віком до трьох років та дитиною-інвалідом до 18 років у разі хвороби матері або іншої особи, яка доглядає за дитиною; при карантині; у зв'язку з вагітністю і пологами; на

період санаторно-курортного лікування має відповідати вимогам цієї Інструкції.

Особам рядового і начальницького складу, які перебувають на лікуванні у зв'язку із захворюванням, пораненням, контузією чи каліцтвом, отриманими під час виконання службових обов'язків, довідка видається до дня закінчення лікування (при сприятливому закінченні лікування) або до дня звільнення з органу управління (підрозділу) за станом здоров'я (при несприятливому перебігу лікування) за висновками військово-лікарської експертизи».

3. У розділі 3:

3.2. Пункт 3.10 після слів «інфікованих вірусом імунодефіциту людини (СНІД)» доповнити словами «або хворих на онкологічні та онкогематологічні захворювання».

3.3. Пункти 3.12, 3.13 викласти в такій редакції:

«3.12. Листок непрацездатності видається одному із працюючих батьків (опікуну або піклувальнику), який виховує дитину-інваліда до 18 років, лікуючим лікарем до від'їзду в санаторно-курортний заклад на весь термін лікування дитини в санаторно-курортному закладі з урахуванням часу на проїзд в обох напрямках за наявності висновку ЛКК про необхідність стороннього догляду під час лікування у санаторно-курортному закладі.

Листок непрацездатності видається одному із працюючих батьків (опікуну або піклувальнику), який виховує дитину-інваліда до 18 років, лікуючим лікарем до початку лікування у медичних центрах реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи (далі — Центр) на весь термін лікування дитини в Центрі з урахуванням часу на проїзд в обох напрямках на підставі довідки-виклику з Центру та за наявності висновку ЛКК про необхідність стороннього догляду під час лікування у Центрі.

Закриття листка непрацездатності проводиться лікуючим лікарем на підставі медичного висновку Центру або санаторно-курортного закладу про проведений курс лікування дитини-інваліда з урахуванням терміну фактичного перебування в Центрі.

У разі порушення режиму особою, що здійснює догляд за дитиною-інвалідом до 18 років, лікуючий лікар Центру або санаторно-курортного закладу робить відповідний запис у листку непрацездатності, який засвідчується підписом головного лікаря та круглою печаткою Центру або санаторно-курортного закладу.

3.13. Листок непрацездатності видається працюючій особі, яка здійснює догляд за дитиною віком до 3 років, дитиною-інвалідом віком до 18 років, у випадку пологів або хвороби матері (опікуна, іншого члена сім'ї, який перебуває у відпустці для догляду за дитиною віком до 3 років, виховує дитину-інваліда віком до 18 років) на період, коли вона за медичними висновками лікаря не може здійснювати догляд за дитиною, а також у випадку необхідності догляду за другою хворою дитиною.

У цьому випадку листок непрацездатності видається на підставі довідки з поліклініки чи стаціонару, що засвідчує пологи або захворювання матері (опікуна, іншого члена сім'ї, який перебуває у відпустці по догляду за дитиною віком до 3 років, виховує дитину-інваліда віком до 18 років)».

4. У розділі 4:

4.1. Пункт 4.1 після слів «протягом чотирьох місяців» доповнити словами «безперервно», а після слів «у зв'язку з одним і тим самим захворюванням» доповнити словами «або його ускладненнями».

4.2. Абзац третій пункту 4.4 після слів «листок непрацездатності продовжується» доповнити словами «ЛКК лікувально-профілактичного закладу».

5. У розділі 6:

5.1. Пункти 6.5, 6.6 викласти в такій редакції:

«6.5. При передчасних пологах до 30 тижнів вагітності листок непрацездатності у зв'язку з вагітністю і пологами видається лікувально-профілактичним закладом, де відбулись пологи, на 140 календарних днів у разі народження живої дитини, а у випадку мертвонародження при таких пологах — на 70 календарних днів.

6.6. Жінкам, які не підлягають загальнообов'язковому державному соціальному страхуванню, видається довідка форми № 147/о «Довідка для призначення і виплати державної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами жінкам, які не застраховані в системі загальнообов'язкового державного соціального страхування», затвердженої наказом МОЗ України від 18.03.2002 р. № 93, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 09.04.2002 р. за № 346/6634».

5.2. Пункт 6.11 викласти в такій редакції:

«6.11. Особам, які усиновили дитину або взяли дитину під опіку, лікарем жіночої консультації на підставі свідоцтва про народження дитини та рішення суду про її усиновлення або встановлення опіки видається листок непрацездатності на період з дня усиновлення або встановлення опіки до дня закінчення післяпологової відпустки тривалістю 56 календарних днів (70 календарних днів у разі одночасного усиновлення двох і більше дітей, 90 календарних днів — для жінок, віднесених до I-IV категорій осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи), що відраховуються з дня народження дитини, зазначеного у свідоцтві про народження та рішенні суду про її усиновлення».

***Витяг із наказу МОЗ України від 04.10.2013 р. № 858
«Про внесення змін до наказу МОЗ України від 19
липня 2005 року № 360»***

1. Внести до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 19 липня 2005 року № 360 «Про затвердження Правил виписування рецептів та вимог-замовлень на лікарські засоби і вироби медичного призначення, Порядку відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек та їх структурних підрозділів, Інструкції про порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків та вимог-замовлень», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 20 липня 2005 року за № 782/11062, таку зміну:

Пункт 1.1 глави 1 Правил виписування рецептів та вимог-замовлень на лікарські засоби і вироби медичного призначення, затверджених наказом, викласти в такій редакції:

«1.1. Рецепти на лікарські засоби і вироби медичного призначення (далі — Рецепти) виписуються лікарями закладів охорони здоров'я незалежно від форм власності та підпорядкування згідно з видами медичної практики, на які було видано ліцензію МОЗ України, та відповідно до лікарських посад. Рецепти на лікарські засоби, вироби медичного призначення, які відпускаються на пільгових умовах чи безоплатно, дозволяється виписувати лікарям державних та комунальних закладів охорони здоров'я, а на лікарські засоби, вартість яких підлягає державному відшкодуванню, лікарям закладів охорони здоров'я незалежно від форм власності та підпорядкування за узгодженням зі структурними підрозділами охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Фельдшери закладів охорони здоров'я незалежно від форм власності та підпорядкування мають право виписувати Рецепти хворим із затяжними і хронічними захворюваннями у разі продовження лікуючим лікарем курсу лікування із зазначенням своєї посади та завіренням цього Рецепта власним підписом та печаткою закладу охорони здоров'я».

***Витяг із наказу МОЗ України від 11.08.2014 р.
№ 551 «Про удосконалення проведення
профілактичних щеплень в Україні»***

**КАЛЕНДАР
профілактичних щеплень в Україні**

I. Загальні положення

1. Календар профілактичних щеплень в Україні — нормативно-правовий акт центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування державної

політики у сфері охорони здоров'я, яким встановлюються перелік обов'язкових профілактичних щеплень та оптимальні строки їх проведення.

Цей Календар включає обов'язкові профілактичні щеплення з метою запобігання захворюванням на дифтерію, кашлюк, кір, поліомієліт, правець, туберкульоз.

Інші обов'язкові щеплення встановлюються відповідно до цього Календаря для груп населення: за віком; щеплення дітей з порушенням цього Календаря; щеплення ВІЛ-інфікованих осіб; за станом здоров'я; щеплення дітей після алло/ауто-ТСК (трансплантація стовбурових гемопоетичних клітин); щеплення на ендемічних і ензоотичних територіях та за епідемічними показаннями.

2. Обов'язковим профілактичним щепленням для запобігання поширенню інших інфекційних захворювань підлягають окремі категорії працівників у зв'язку з особливостями виробництва або виконуваної ними роботи.

3. У разі загрози виникнення особливо небезпечної інфекційної хвороби або масового поширення небезпечної інфекційної хвороби на відповідних територіях та об'єктах можуть проводитися обов'язкові профілактичні щеплення проти цієї інфекційної хвороби.

4. З метою специфічної профілактики інфекційних хвороб особи, які бажають зробити щеплення, щодо яких існують зареєстровані в Україні медичні імунобіологічні препарати, можуть зробити такі щеплення за направленням лікаря.

5. У цьому Календарі основні терміни вживаються в таких значеннях:

* вакцинація (щеплення, імунізація) — створення штучного імунітету в людини до певних інфекційних хвороб шляхом введення вакцини, анатоксину чи імуноглобуліну;

* медичні імунобіологічні препарати — вакцини, анатоксини, імуноглобуліни, сироватки, бактеріофаги, інші лікарські засоби, що застосовуються в медичній практиці з метою специфічної профілактики інфекційних хвороб;

* первинний вакцинальний комплекс — курс профілактичних щеплень, необхідний для створення базового імунітету проти певних інфекційних хвороб;

* ревакцинація — повторне введення вакцини чи анатоксину з метою підтримання штучного імунітету в людини до певних інфекційних хвороб.

6. За наявності зареєстрованих комбінованих вакцин, до складу яких входять антигени, для профілактики інфекцій, визначених цим Календарем, вакцинація проводиться комбінованими вакцинами.

II. Порядок проведення щеплень

1. Щеплення за віком

Вік	Щеплення проти					
1 день		Гепатиту В-2				
3—5 днів	Туберкульозу-1					
1 місяць		Гепатиту В-2				
2 місяці			Дифтерії, кашлюку, правця-3	Поліомієліту-4	Гемофільної інфекції-5	
4 місяці			Дифтерії, кашлюку, правця-3	Поліомієліту-4	Гемофільної інфекції-5	
6 місяців		Гепатиту В-2	Дифтерії, кашлюку, правця-3	Поліомієліту-4		
12 місяців					Гемофільної інфекції-5	Кору, краснухи, паротиту-6
18 місяців			Дифтерії, кашлюку, правця-3	Поліомієліту-4		
6 років			Дифтерії, правця-3	Поліомієліту-4		Кору, краснухи, паротиту-6
7 років	Туберкульозу-1					
14 років				Поліомієліту-4		
16 років			Дифтерії, правця-3			
26 років			Дифтерії, правця-3 (надалі - кожні 10 років)			

1. Щепленню для профілактики туберкульозу підлягають усі новонароджені діти, що не мають до цього протипоказань. Вакцинація проводиться на 3—5-ту добу життя дитини (не раніше 48-ї години після народження) вакциною для профілактики туберкульозу (далі — БЦЖ). Недоношених дітей щеплюють після досягнення

дитиною маси тіла ≥ 2500 г. Щеплення для профілактики туберкульозу не проводять в один день з іншими щепленнями. Діти, які не були щеплені в пологовому стаціонарі, підлягають обов'язковій вакцинації в закладах охорони здоров'я. Дітям, яким не виповнилося два місяці, щеплення проти туберкульозу проводяться без попередньої проби Манту. Після двомісячного віку перед виконанням щеплення дитині слід провести пробу Манту. Щеплення проводиться при негативному результаті проби. Діти, щеплені БЦЖ, у яких не сформувався рубчик, проте є достовірно підтвердження проведення щеплення, не підлягають повторній вакцинації.

Ревакцинації проти туберкульозу підлягають діти віком 7 років, не інфіковані мікобактеріями туберкульозу (МБТ) та з негативним результатом проби Манту. Ревакцинація проводиться вакциною БЦЖ.

2. Вакцинації для профілактики гепатиту В підлягають усі новонароджені. Для вакцинації дітей використовується вакцина за схемою: 0 (перша доба) – 1 – 6 місяців життя дитини. Якщо мати новонародженого HBsAg «-» (негативна), що документально підтверджено, вакцинацію дитини можливо розпочати протягом перших місяців життя або одночасно зі щепленням проти кашлюку, дифтерії, правця, поліомієліту. У разі поєднання імунізації зі щепленням проти кашлюку, дифтерії, правця, поліомієліту рекомендуються схеми: 2-4-6-18 місяців життя або 2-4-9 місяців життя.

Новонародженим з масою тіла < 2000 г, що народилися від HBsAg «-» (негативних) матерів, вакцинація проводиться при досягненні дитиною ваги 2000 г або при досягненні віку 1 місяць. Якщо новонароджена дитина у тяжкому стані, то її імунізацію слід проводити після покращення стану перед випискою дитини з лікарні. Якщо мати новонародженого HBsAg «+» (позитивна), дитині роблять щеплення за схемою: 0 (перша доба)-1-6 місяців життя дитини. Перша доза вакцини вводиться в перші 12 годин життя дитини незалежно від маси тіла. Разом з вакцинацією, але не пізніше 1-го тижня життя, в іншу ділянку тіла рекомендовано вводити специфічний імуноглобулін проти гепатиту В з розрахунку 40 МО/кг маси тіла та не менше 100 МО. Якщо маса новонародженої дитини < 2000 г, то вакцинація проводиться обов'язково, але введена доза вакцини не зараховується як доза первинної імунізації; після досягнення дитиною віку 1 місяць вакцинація має бути проведена серією із трьох введень вакцин 0-1-6 (0 — дата першого введення вакцини, мінімальний інтервал між першим та другим щепленнями — 1 місяць, між другим та третім щепленнями — 5 місяців). Якщо в матері новонародженої дитини невизначений HBsAg статус, щеплення дитини проводиться обов'язково в перші 12 годин життя з одночасним дослідженням статусу матері за HBsAg. У разі отримання позитивного результату в матері профілактика гепатиту В проводиться як у випадку щеплення дитини, народженої від HBsAg «+» (позитивної) матері.

Не слід повторно розпочинати серію вакцинації, якщо була пропущена доза вакцини, незалежно від того, скільки часу минуло. Необхідно ввести дози вакцини, яких не вистачає, за графіком з дотриманням мінімальних інтервалів.

3. Щеплення для профілактики дифтерії, правця та кашлюку проводяться за віком: у 2 місяці (перше щеплення), у 4 місяці (друге щеплення), у 6 місяців (третє щеплення) та у 18 місяців (четверте щеплення). Для вакцинації дітей проти кашлюку на першому році життя можуть використовуватися вакцини як з ацелюлярним (далі — АаКДП), так і з цільноклітинним (далі — АКДП) кашлюковим компонентом. Перенесений кашлюк в анамнезі не є протипоказанням до вакцинації проти цієї хвороби. Щеплення проти кашлюку проводиться дітям до 6 років 11 місяців 29 днів. Ревакцинацію проти дифтерії та правця у 6 років проводять анатоксином дифтерійно-правцевим (далі — АДП), наступну у 16 років - анатоксином дифтерійно-правцевим зі зменшеним вмістом антигену (далі — АДП-М).

Першу планову ревакцинацію дорослих за віком та епідемічними показаннями, які раніше були щеплені, проводять АДП-М у віці 26 років з подальшою плановою ревакцинацією АДП-М з мінімальним інтервалом 10 років від попереднього щеплення АДП-М. Особливості вакцинації дітей проти кашлюку, дифтерії та правця, що не отримали щеплення за віком, наведено в главі 2 цього розділу.

Екстрена профілактика правця не впливає на проведення планової імунізації.

4. Вакцинація дітей для профілактики поліомієліту проводиться за віком 2 місяці, 4 місяці, 6 місяців, 18 місяців, 6 років та 14 років. Інактивована вакцина для профілактики поліомієліту (далі – ІПВ) застосовується для перших двох щеплень, а при протипоказаннях до введення оральної поліомієлітної вакцини (далі – ОПВ) - для всіх наступних щеплень за цим Календарем. Вакцина ОПВ застосовується для 3-6-го щеплень (щеплення за віком – 6 місяців, 18 місяців, 6 років та 14 років) за відсутності протипоказань до ОПВ. Вакцина ІПВ може бути застосована для 3-6-го щеплень як окремо, так і в складі комбінованих вакцин.

Дітям, які перебувають у сімейному оточенні, дитячих закладах закритого типу з ВІЛ-інфікованими або з особами, яким протипоказано введення ОПВ, щеплення проводиться виключно ІПВ-вакциною. Особливості вакцинації дітей проти поліомієліту, що не отримали щеплення за віком, наведено в главі 2 цього розділу.

5. Вакцинація дітей для профілактики інфекції, спричиненої паличкою *Haemophilus influenzae* типу b (далі – Hib-інфекція), може проводитись моновакцинами та комбінованими вакцинами, що містять Hib-компонент. Щеплення для профілактики Hib-інфекції слід проводити за схемою 2-4-12 місяців. Вакцинація проводиться дітям до 4 років 11 місяців 29 днів. У старшому віці вакцинація проти Hib-інфекції проводиться лише особам з групи ризику відповідно до глави 4 цього розділу. Особливості вакцинації для профілактики Hib-інфекції у дітей, що не отримали щеплення за віком, наведено в главі 2 цього розділу.

6. Вакцинація дітей для профілактики кору, епідемічного паротиту та краснухи проводиться у віці 12 місяців. Друге щеплення – у віці 6 років.

Перенесене захворювання на кір, епідемічний паротит чи краснуху не є протипоказанням до щеплення.

Особливості вакцинації дітей проти вказаних інфекцій з порушенням цього Календаря наведено в главі 2 цього розділу. Особливості вакцинації осіб, старших 18

років, що не отримали щеплення за віком, наведено в розділах III та IV цього Календаря.

2. Щеплення дітей з порушенням Календаря

При вирішенні питання про щеплення дітей з порушенням цього Календаря необхідно проводити вакцинацію з дотриманням мінімальних інтервалів.

Не слід розпочинати серію вакцинації спочатку, якщо була пропущена доза, незалежно від того, скільки часу минуло. Необхідно ввести дози, яких не вистачає, за графіком з дотриманням мінімальних інтервалів.

Мінімальний інтервал — інтервал, який допускається до введення вакцини/анатоксину проти однієї і тієї самої інфекції особам з порушенням цього Календаря. Введення чергової дози вакцини/анатоксину з меншим, ніж мінімальний, інтервалом не зараховується. При виборі схеми вакцинації необхідно керуватися інструкцією виробника про застосування вакцини/анатоксину.

Для дітей віком від 2 місяців до 6 років 11 місяців 29 днів

Вакцини, анатоксини	Мінімальний інтервал між дозами		
	1-2-га дози	2-3-я дози	3-4-а дози
АКДП-1, АаКДП-1	1 місяць	1 місяць	6 місяців
АДП	1 місяць	9 місяців	
Проти поліомієліту-2	1 місяць	1 місяць	6 місяців
Проти гепатиту В-3	1 місяць	1 місяць	
Проти кору, паротиту, краснухи-4	1 місяць		
НіВ-вакцина-5	1 місяць, 2-га доза не вводиться, якщо 1-шу дозу введено у віці від 12 місяців до 4 років 11 місяців 29 днів	6 місяців, 3-тя доза не вводиться, якщо 2-гу дозу введено у віці від 12 місяців до 4 років 11 місяців 29 днів	

Для дітей віком від 7 до 17 років 11 місяців 29 днів

Вакцини, анатоксини	Мінімальний інтервал між дозами		
	1-2-га дози	2-3-тя дози	3-4-та дози
АДП-М-6	1 місяць	6 місяців	
Проти кору, паротиту, краснухи	1 місяць		
Проти гепатиту В-3	1 місяць	1 місяць	
Проти поліомієліту-2	1 місяць	1 місяць	6 місяців

1. Вакцина АаКДП та АКДП використовується для щеплення дітей до 6 років 11 місяців 29 днів. Щеплення дітей до 7 років з порушенням цього Календаря призначаються лікарем з такого розрахунку, щоб дитина встигла одержати чотириразове щеплення проти кашлюку до 6 років 11 місяців 29 днів. У разі неможливості отримати 4 дози вакцини проти кашлюку дитиною до 6 років 11 місяців 29 днів вводять стільки доз, скільки дитина встигне отримати до виповнення їй зазначеного віку.

2. Якщо остання доза вакцинального комплексу (перша ревакцинація) проти поліомієліту збігається з віком проведення ревакцинації в 6 років або 14 років, перша ревакцинація зараховується як ревакцинація за віком у 6 років або в 14 років. Щеплення дітей з порушенням цього Календаря призначаються лікарем з такого розрахунку, щоб дитина встигла одержати чотириразове щеплення проти поліомієліту до 17 років 11 місяців 29 днів. У разі неможливості отримати 4 дози вакцини проти поліомієліту дитиною до 17 років 11 місяців 29 днів вводять стільки доз, скільки дитина встигне отримати до виповнення їй зазначеного віку. Для проведення першого та другого щеплення незалежно від віку використовується інактивована вакцина проти поліомієліту.

Особам, старшим 18 років, вакцинація проводиться за епідемічними показаннями.

3. Якщо дитина не отримала першу дозу вакцини проти гепатиту В у пологовому стаціонарі або родопомічному закладі, вакцинація проводиться в амбулаторних закладах охорони здоров'я в будь-якому віці (лише для дітей, народжених починаючи з 2002 року). Якщо вакцинація розпочинається пізніше 2-х місяців життя дитини з використанням комбінованих вакцин, до складу яких входить вакцина проти гепатиту В, щеплення плануються з урахуванням мінімального інтервалу між дозами. Вакцинація проти гепатиту В вважається завершеною при отриманні особою щонайменше трьох щеплень. Діти, які не були раніше щеплені проти гепатиту В, повинні отримати повний вакцинальний комплекс до 12-річного віку.

4. Дітям, що не були вакциновані проти кору, паротиту чи краснухи за віком у 12 місяців та в 6 років, щеплення починають робити у будь-якому віці до 17 років 11 місяців 29 днів. Дитина має отримати дві дози з дотриманням між ними мінімального інтервалу введення.

5. Вакцинація проти Ніб-інфекції проводиться дітям до 4 років 11 місяців 29 днів. У старшому віці вакцинація проти Ніб-інфекції проводиться лише особам з групи ризику відповідно до положень глави 4 цього розділу.

6. Дітям, старшим 7 років, та дорослим, які раніше не були щеплені або не мають даних щодо вакцинації, проводять щеплення АДП-М триразово. Ревакцинація дітей віком 15–18 років, які отримують щеплення поза цим Календарем, здійснюється з мінімальним інтервалом у 3 роки після останнього щеплення для профілактики дифтерії та правця.

При проведенні щеплень із застосуванням окремих вакцин або анатоксинів для профілактики різних інфекційних хвороб необхідно дотримуватися таких особливостей їх введення:

Поєднання препаратів для щеплення	Можливе поєднання
≥ 2 інактивованих вакцин та/або анатоксинів	Вакцини та/або анатоксини можуть бути введені одночасно в різні ділянки тіла або з будь-яким інтервалом між введенням доз відповідно до інструкції про застосування
Живі вакцини + інактивовані вакцини або анатоксини	
≥ 2 живих вакцин для парентерального введення (крім БЦЖ)	Вакцини можуть бути введені одночасно в різні ділянки тіла або з інтервалом не менше 1 місяця
Комбінація вакцини БЦЖ з іншими вакцинами	Щеплення вакциною БЦЖ не роблять в один день з іншими вакцинами. Інші профілактичні щеплення можуть бути зроблені з інтервалом не менше 1 місяця до або після щеплення вакциною БЦЖ (крім вакцинації проти гепатиту В)

За потреби лікар має право ввести всі вакцини/анатоксини, що показані за цим Календарем (крім БЦЖ), за одне відвідування особою закладу охорони здоров'я. Ін'єкції можна робити в різні ділянки тіла за умови, що це не суперечить інструкції про застосування конкретної вакцини/анатоксину. В іншому випадку лікар планує такі щеплення з урахуванням мінімальних інтервалів між введенням вакцин/анатоксинів.

3. Щеплення ВІЛ-інфікованих осіб

Визначення ситуації	Вакцини	Проведення щеплень
Дитина, народжена ВІЛ-інфікованою матір'ю (Z20.6; R75), – ВІЛ-статус дитини не визначено	ОПВ-1, БЦЖ, кір, епідпаротит, краснуха	Не проводиться до уточнення ВІЛ-статусу
	Інактивовані вакцини, анатоксини	За цим Календарем
Безсимптомне носійство ВІЛ (Z21) або клінічні стадії I та II-2 за відсутності імуносупресії або з легкою імуносупресією-3	ОПВ-1, БЦЖ	Не проводиться
	Інші вакцини, анатоксини	За цим Календарем
Клінічні стадії-2 III та IV із середньотяжкою та тяжкою імуносупресією-3	Вакцинація не проводиться-4	

1. Вакцинація ОПВ замінюється на ІПВ протягом періоду щеплення за цим Календарем. ОПВ не призначається членам сім'ї ВІЛ-інфікованого та особам, що доглядають за ним.

2. Клінічна класифікація ВІЛ-інфекції у дітей (ВООЗ, 2005 рік).
3. Імунологічні категорії ВІЛ-інфекції у дітей.
4. Дітей з клінічними стадіями III та IV, у яких під впливом АРТ рівень CD4-лімфоцитів відновився, вакцинують як дітей з клінічними стадіями I, II.

Імунний статус (визначення CD4 + лімфоцитів)	Вік		
	до 12 місяців	13-59 місяців	5 років або старше
Немає істотної імуносупресії	≥ 35 %	≥ 25 %	≥ 500/мм-3
Легка імуносупресія	25-34 %	20-24 %	350-499/мм-3
Середньотяжка імуносупресія	20-24 %	15-19 %	200-349/мм-3
Тяжка імуносупресія	< 20 %	< 15 %	< 200/мм-3

Щеплення проводяться в амбулаторно-поліклінічних або лікувально-профілактичних закладах охорони здоров'я.

Пасивна імунопрофілактика осіб з ВІЛ/СНІДом препаратами імуноглобулінів проводиться за епідемічними показаннями обов'язково незалежно від попередньо проведеної активної імунопрофілактики.

Особи з ВІЛ-інфекцією підлягають обов'язковому додатковому щепленню, що передбачено в главі 4 цього розділу.

4. Щеплення за станом здоров'я

Щеплення за станом здоров'я пацієнтів з високим ризиком виникнення та тяжким перебігом інфекцій, вакцинації для профілактики яких не передбачені в главі 1 цього розділу, є обов'язковими в медичному супроводі таких осіб.

Схема щеплення осіб за станом здоров'я

Щеплення проти	Схема щеплення, вакцини /анатоксини	Перелік захворювань, які мають високий ризик виникнення ускладнень та тяжкий перебіг інфекцій	Примітка
Грипу	Щороку. Дозволена для щеплення дітям з 6-місячного віку	ВІЛ-інфекція	Відповідно до глави 3 цього розділу
		Цукровий діабет	
		Первинні імунодефіцити (сективний дефіцит IgA, дефіцит субкласів IgG, транзиторна гіпогаммаглобулінемія, дефіцити системи фагоцитозу, дефіцити системи комплементу)	
		Хронічні захворювання печінки (у тому числі фіброз та цироз печінки)	
		Бронхіальна астма	

		Ураження нирок (хронічна ниркова недостатність або нефротичний синдром)	
		Хронічні захворювання легень (уроджені аномалії, набуті хвороби, муковісцидоз)	
		Хронічні ураження серцево-судинної системи (уроджені та набуті вади серця, кардіоміопатія)	
		Функціональна чи анатомічна аспленія (у тому числі серпоподібноклітинна анемія)	
		Трансплантація кісткового мозку	Відповідно до глави 5 розділу
		Пацієнти, що тривало отримують ацетилсаліцилову кислоту; лімфома; множинна мієлома; лейкемія	Щеплення проводяться не раніше ніж через 4 тижні після припинення імуносупресивної терапії (хіміотерапії) та при збільшенні гранулоцитів і лімфоцитів у периферійній крові >1000 клітин/мкл (>1,0 x10 ⁹ /л)
Пневмококової інфекції	Щеплення кон'югованою вакциною або некон'югованою полісахаридною вакциною проводяться відповідно до інструкції про використання вакцин	ВІЛ-інфекція	Відповідно до глави 3 розділу
		Ураження нирок (хронічна ниркова недостатність або нефротичний синдром)	
		Первинні імунодефіцит, дефіцит системи комплементу (ранніх білків - C1, C2, C3, C4), селективний дефіцит IgA	
		Бронхіальна астма	Щеплення проводяться при контрольному перебігу захворювання
		Функціональна чи анатомічна аспленія (у тому числі серпоподібноклітинна анемія)	Щеплення проводяться за 2 тижні до планової

			спленектомії. Інакше – якомога швидше після спленектомії
		Хронічні захворювання печінки (у тому числі фіброз та цироз печінки)	
		Назальна лікворея	
		Цукровий діабет типу 1	
		Хронічні захворювання легень (уроджені аномалії, набуті хвороби, муковісцидоз) та бронхоектатична хвороба	
		Туберкульоз (інфіковані мікобактерією туберкульозу)	
		Хронічні ураження серцево-судинної системи (уроджені та набуті вади серця, клапанів, кардіоміопатії)	
		Лімфома; множинна мієлома; лейкемія; хвороба Ходжкіна	Щеплення проводяться за 2 тижні до початку імуносупресивної терапії. Інакше – через 3 місяці після припинення імуносупресивної терапії
		Імуносупресивна гормональна терапія (відповідно до <u>Переліку медичних протипоказань до проведення профілактичних щеплень</u> , затвердженого наказом МОЗ України від 16.09.2011 р. № 595 (у редакції наказу МОЗ України від 11.08 2014 р. № 551)	Щеплення проводяться за 2 тижні до початку імуносупресивної терапії або після її припинення
		Трансплантація кісткового мозку	Відповідно до глави 5 розділу
		Трансплантація органів	Відповідно до глави 5 розділу
Ніб-інфекції	Щеплення проводяться невакцинованим раніше	Первинний імунодефіцит - дефіцит системи комплементу (ранніх білків - C1, C2, C3, C4), селективний дефіцит IgA	

		Хронічні захворювання легень (уроджені аномалії, набуті хвороби, муковісцидоз) та бронхоектатична хвороба	
		Лімфома; множинна мієлома; лейкемія	
		Хвороба Ходжкіна	Щеплення проводяться за 2 тижні до початку імуносупресивної терапії. Інакше – через 3 місяці після припинення імуносупресивної терапії
		Трансплантація кісткового мозку	Відповідно до глави 5 розділу
		Трансплантація органів	Відповідно до глави 5 розділу
Менінго-кокової інфекції	Щеплення проводяться полісахаридною вакциною особам, старшим 24 місяців життя, одноразово. Щеплення кон'югованою вакциною проводяться дітям віком до 2 років	Функціональна чи анатомічна аспленія (у тому числі серпоподібно-клітинна анемія)	
		Комплемент C1, C2, C3, C4, C5-C9, пропердин, фактор В	
Гепатиту В	Щеплення проводяться невакцинованим раніше	Хронічні ураження печінки (інфекційного та неінфекційного генезу)	
		Трансплантація органів та тканин	Відповідно до глави 5 цього розділу
		Діти, що перебувають на гемодіалізі	
		Особи, що отримують багаторазові довготривалі переливання донорської крові або її препаратів	
		Особи, що потребують планових оперативних втручань	
Гепатиту А	Щеплення проводяться осо-	Хронічні ураження печінки (інфекційного та неінфекційного	Оптимально провести щеплення до

	бам, старшим 12 місяців, дворазово з інтервалом у 6 місяців зареєстрованими в Україні вакцинами	генезу)	трансплантації або через 6 місяців після трансплантації
		Трансплантація печінки	

III. Рекомендовані щеплення

Щеплення для профілактики	Групи, що підлягають щепленню
Вітряної віспи	Здорові діти, які досягли 12-місячного віку і не хворіли на вітряну віспу; діти при вступі до дитячого дошкільного закладу та школи, які раніше не хворіли на вітряну віспу; працівники охорони здоров'я та освіти, які мають високий ризик інфікування і не хворіли на вітряну віспу
Гепатиту А	Персонал установ громадського харчування та підприємств харчової промисловості, який бере участь у приготуванні (виробництві), транспортуванні та реалізації продуктів харчування; військовослужбовці, співробітники МВС України, пожежники, персонал служб спеціального призначення (оперативні служби); персонал з обслуговування водоочисних споруд, водопровідних мереж, з обслуговування каналізаційних систем та каналізаційних очисних споруд; особи, які беруть участь у миротворчих заходах, наданні гуманітарної допомоги тощо; особи, які вживають наркотичні речовини внутрішньовенно, ВІЛ-інфіковані; особи, що проживають в ендемічних регіонах щодо гепатиту А; особи, які подорожують до регіонів з високою ендемічністю щодо гепатиту А; особи, які спілкувалися з хворим на гепатит А в осередках інфекції
Гепатиту В	Медичні працівники; військовослужбовці, співробітники МВС України, пожежники, персонал служб соціального призначення (оперативні служби); персонал та пацієнти закритих закладів (психіатричних установ тощо); персонал та особи, що перебувають у закладах виконання покарань; персонал сфери послуг, що за специфікою своєї професійної діяльності може мати контакт з біологічними рідинами людини (перукарі, персонал салонів краси, масажисти тощо), а також

	особи, які навчаються за цими спеціальностями; спортсмени; особи, які вживають наркотичні речовини внутрішньовенно, ВІЛ-інфіковані, особи з венеричними захворюваннями; особи, які часто змінюють сексуальних партнерів; жінки, котрі надають сексуальні послуги; чоловіки, котрі мають статеві стосунки з чоловіками; молоді люди віком 20–40 років, у першу чергу жінки; хворі на хронічні та онкологічні захворювання з хронічною печінковою недостатністю; особи, які подорожують до регіонів з високою ендемічністю щодо гепатиту В
Грипу	Військовослужбовці, будівельники, працівники Державної автомобільної інспекції Міністерства внутрішніх справ України, медичні працівники тощо; особи, які доглядають хворих на грип удома; діти з 6-місячного віку; особи похилого віку після 60 років; трудові колективи підприємств, установ, організацій; жінки, які планують вагітність, під час епідемії грипу; вагітні.
Кашлюку	Ревакцинація раніше вакцинованих дітей та дорослих для профілактики кашлюку
Краснухи	Дорослі для профілактики краснухи, ВІЛ-інфіковані (відповідно до глави 3 розділу II цього Календаря)
Епідемічного паротиту	Дорослі для профілактики епідемічного паротиту, ВІЛ-інфіковані (відповідно до глави 3 розділу II цього Календаря)
Кору	Дорослі для профілактики кору, ВІЛ-інфіковані (відповідно до глави 3 розділу II цього Календаря)
Пневмококової інфекції	Діти та дорослі для профілактики пневмококової інфекції; діти із закритих колективів; особи похилого віку, особливо які мешкають в інтернатах
Менінгококової інфекції	Діти та дорослі для профілактики менінгококової інфекції
Папіломавірусної інфекції	Для запобігання виникненню цервікальної інтраепітеліальної неоплазії 2-3-го ступенів та раку шийки матки, піхви, вульви, генітальних кондилом (у чоловіків та жінок) та інших захворювань, що спричиняються вірусом папіломи людини
Ротавірусної інфекції	Для профілактики гастроентеритів, що спричинені ротавірусом
Захворювання, для імуно-профілактики яких існує вакцина,	Особи, які бажають зробити щеплення в лікувально-профілактичних закладах за направленням лікаря

zareestrovana в Україні	
----------------------------	--

Вакцинацію проводять зареєстрованими в Україні вакцинами/анатоксинами відповідно до інструкції із застосування.

IV. Щеплення, які проводяться на ендемічних і ензоотичних територіях та за епідемічними показаннями

1. Ендемічна територія – територія, у межах якої протягом тривалого часу реєструються непоодинокі випадки захворювання населення певною інфекційною хворобою.

2. Ензоотична територія – територія, у межах якої протягом тривалого часу реєструються непоодинокі випадки захворювання населення певною інфекційною хворобою, переносником якої є тварина.

3. Епідемічні показання – показання до проведення активної імунопрофілактики, що не передбачена вакцинацією за віком, у разі виникнення несприятливої епідемічної ситуації або загрози її виникнення, а також при можливому ризику інфікування у випадку контакту особи з джерелом інфекції.

Щеплення для профілактики	Терміни початку вакцинації	Терміни ревакцинації	Примітки
Туляремії-1	Починаючи з 7 років	Через кожні 5 років	Планову імунопрофілактику проводять окремим професійним групам і особам, які мешкають на ендемічних та ензоотичних територіях
Бруцельозу-2	Починаючи з 18 років	Через 1 рік	
Гарячки Ку	Починаючи з 14 років	Згідно з інструкцією із застосування вакцини	Імунопрофілактику проводять за епідпоказаннями
Кліщового енцефаліту	Починаючи з 4 років	Щороку протягом 3 років	
Чуми-3	Починаючи з 2 років	Згідно з інструкцією про застосування вакцини	Імунопрофілактику проводять за епідпоказаннями
Черевного тифу-4	Починаючи з 7 років	Через 2 роки	Імунізація проводиться у разі визначення території неблагополучною за 2–3 місяці до епідпідйому за рішенням головного державного санітарного лікаря відповідної території
Грипу-5	Згідно з інструкцією із застосування вакцини	Згідно з інструкцією із застосування вакцини	

Жовтої лихоманки	Починаючи з 9 місяців. Згідно з інструкцією із застосування вакцини	Не проводиться	Імунізація проводиться за 10 діб до виїзду особам, які виїжджають у країни, ендемічні з цієї інфекції
Сказу-6	При зверненні по медичну допомогу з приводу укусів, подряпин, ослиз- нення хворими або підозрілими щодо захворювання на сказ тваринами	Згідно з інструкцією із застосування вакцини	Планову імунопрофілак- тику проводять особам з групи ризику захворювання на сказ. Проводиться курс щеплень вакциною і антирабічним імуноглобуліном
Дифтерії-7	За епідпоказаннями	Згідно з інструк- цією із застосуван- ня вакцини	
Правця	За епідпоказаннями	Згідно з інструк- цією із застосуван- ня вакцини	
Гепатиту А-8	За епідпоказаннями	Згідно з інструк- цією із застосуван- ня вакцини	
Поліомієліту-9	За епідпоказаннями	Згідно з інструк- цією із застосуван- ня вакцини	
Кору-10	За епідпоказаннями	Згідно з інструк- цією із застосуван- ня вакцини	
Епідемічного паротиту-10	За епідпоказаннями	Згідно з інструк- цією із застосуван- ня вакцини	
Краснухи-10	За епідпоказаннями	Згідно з інструк- цією із застосуван- ня вакцини	
Менінгококової інфекції-11	За епідпоказаннями	Згідно з інструк- цією із застосуван- ня вакцини	
Гепатиту В-12	За епідпоказаннями	Згідно з інструк- цією із застосуван- ня вакцини	
Сибірської виразки-3	За епідпоказаннями	Згідно з інструк- цією із застосуван- ня вакцини	

Вітряної віспи	За епідпоказаннями	Згідно з інструкцією із застосування вакцини	
Кашлюку	За епідпоказаннями	Згідно з інструкцією із застосування вакцини	

1. Для профілактики туляремії щепленню підлягають:

- персонал пунктів, підприємств із заготівлі шкур промислових тварин, їх первинної обробки;
- працівники овоче-, зерноховищ, цукрових заводів, елеваторів;
- мисливці, лісники, меліоратори;
- медичний персонал відділів і лабораторій особливо небезпечних інфекцій, протичумних установ, які працюють з живими культурами туляремії або зараженим матеріалом;
- працівники млинів, комбикормових заводів, льонозаводів, підприємств з переробки сільськогосподарської продукції та сировини тваринного походження, працівники, які працюють з фуражем, пастухи, рільники, меліоратори, геологи, будівельники, які працюють у природних осередках туляремії.

2. Для профілактики бруцельозу щепленню підлягають:

- працівники тваринницьких господарств, неблагополучних щодо бруцельозу, незалежно від форми власності;
- працівники м'ясокомбінатів, забійних пунктів та інших підприємств з переробки сировини й продуктів тваринництва, до яких надходять сільськогосподарські тварини або сировина тваринного походження з господарств, неблагополучних щодо бруцельозу;
- спеціалісти ветеринарної медицини, які працюють з живими культурами бруцел або зараженим матеріалом, а також обслуговують господарства, неблагополучні щодо бруцельозу;
- інші категорії населення у разі стійкого неблагополуччя територій згідно з рішенням територіальних закладів державної санітарно-епідеміологічної служби, надзвичайних протиепідемічних та протиепізоотичних комісій.

3. Для профілактики чуми та сибірської виразки щепленню підлягають:

працівники лабораторій відділів особливо небезпечних інфекцій лабораторних центрів та працівники лабораторій ветеринарної медицини, які працюють з живими культурами чуми/сибірської виразки або зараженим матеріалом.

4. Для профілактики черевного тифу щепленню підлягають:

працівники водогінних та каналізаційних мереж, станцій очистки.

5. Для профілактики грипу щепленню підлягають:

Групи медичного ризику (високий ризик клінічних ускладнень грипу):

- особи з хронічними захворюваннями дихальної та серцево-судинної систем, нирок, порушенням обміну речовин;
- особи віком понад 60 років;
- особи, що перебувають у спеціалізованих колективах (інтернатах, будинках для осіб похилого віку, будинках дитини тощо).

Групи епідемічного ризику (висока можливість інфікування грипом):

- діти загальноосвітніх закладів;
- персонал медичних закладів;
- персонал дошкільних, середніх та інших навчальних закладів, інтернатів, будинків дитини та будинків для громадян похилого віку тощо;
- робітники сфери послуг, торгівлі, транспорту, військові, а також особи, що перебувають у контакті з великою кількістю людей;
- персонал підприємств, установ, організацій (з метою запобігання спалахам інфекційних хвороб);
- особи, які доглядають хворих на грип удома;
- особи віком понад 60 років;
- жінки, які планують вагітність, під час епідемії грипу;
- вагітні.

6. Для профілактики сказу щепленню підлягають:

- працівники ветеринарних лабораторій, клінік та інших лабораторій, які працюють із вуличним вірусом сказу, мисливці, лісники, спеціалісти ветеринарної медицини, працівники боєнь, таксидермісти;
- особи, що виконують роботи з відлову і утримання бездомних тварин;
- працівники притулків для утримання тварин;
- особи при зверненні за медичною допомогою з приводу укусів, подряпин, ослизнень хворими або підозрюваними щодо захворювання на сказ тваринами.

7. Для профілактики дифтерії при виникненні осередку інфекції контактні особи залежно від їх вакцинального статусу підлягають негайній імунізації:

- нещеплені особи повинні одержати первинний вакцинальний комплекс (вакцинація та перша ревакцинація) препаратами згідно з віком;
- особи, які підлягають ревакцинації згідно з цим Календарем у поточному році, повинні негайно отримати чергову ревакцинацію;
- особи, імунізовані згідно з цим Календарем, повинні отримати додаткову дозу АД або АД-М анатоксину залежно від віку, якщо після останнього щеплення проти дифтерії пройшло не менше року.

8. Для профілактики гепатиту А при епідемічному підйомі захворювання щепленню підлягають:

- діти від 2 до 10 років, які мешкають на ендемічних територіях (середні показники захворюваності на гепатит А за останні 5 років

перевищують аналогічні середні показники захворюваності по Україні більше ніж у 2 рази);

- персонал з обслуговування водоочисних споруд, водогінних мереж, каналізаційних систем та каналізаційних очисних споруд;
- особи, які беруть участь у миротворчих заходах, наданні гуманітарної допомоги тощо;
- особи, які подорожують до регіонів з високою ендемічністю щодо гепатиту А. При виникненні осередку захворювання на гепатит А вакцинацію контактним особам проводять протягом першого тижня.

9. Для профілактики поліомієліту у разі завезення чи створення загрози завезення «дикого» поліовірусу на територію України або виявлення дериватів його вакцинних штамів.

10. Для профілактики кору, паротиту, краснухи при виникненні осередку (наявність контактних осіб) цих інфекцій проводять вакцинацію в перші три дні від моменту контакту дітям старше 1 року, які не хворіли на зазначені інфекції та не були щеплені. Дорослим (віком до 30 років) роблять щеплення, якщо вони не хворіли на зазначені інфекції і не отримали вакцинацію та ревакцинацію проти них.

11. Для профілактики менінгококової інфекції при епідемічному підйомі захворюваності з генералізованими формами щепленню підлягають:

- особи, які мешкають на ендемічних територіях;
- особи, що перебувають у вогнищах інфекції, спричиненої менінгококом відповідної серогрупи.

12. Для профілактики гепатиту В щепленню підлягають:

- медичні працівники, студенти навчальних закладів, які відповідно до професійних обов'язків мають контакт з кров'ю, її препаратами та здійснюють парентеральні маніпуляції;
- особи, які контактували з хворими на гепатит В;
- реципієнти донорської крові та її препаратів;
- діти в дитячих будинках та будинках дитини;
- члени родин, у яких є хворі на гепатит В та носії вірусу гепатиту В;
- пацієнти з хронічними захворюваннями печінки;
- пацієнти, які підлягають плановому оперативному втручанню.

4. Рішення про проведення обов'язкових профілактичних щеплень за епідемічними показаннями на ендемічних та ензоотичних територіях приймають головний державний санітарний лікар України, головні державні санітарні лікарі Автономної Республіки Крим, областей, міст Києва та Севастополя.

5. Щеплення осіб, які виїжджають за межі України, проводяться з урахуванням епідемічної ситуації в країні виїзду відповідно до рекомендацій ВООЗ.

***Витяг із наказу МОЗ України від 29.10.2013 р. № 931
«Про удосконалення організації лікувального харчування та роботи дієтологічної системи в Україні»***

**Порядок організації системи лікувального харчування хворих
у закладах охорони здоров'я**

1.1. Порядок визначає систему лікувального харчування, що складається з принципів та методології організації харчування хворих у закладах охорони здоров'я державної та комунальної форм власності.

В основу системи лікувального харчування покладено принципи достатнього та збалансованого харчування. Харчування хворих базується на основі фізіологічних потреб у харчових речовинах та енергії здорової людини.

До співвідношення окремих харчових речовин вносяться корективи, які відповідають особливостям патогенезу, клінічного перебігу, стадії хвороби, рівню та характеру метаболічних зрушень.

1.2. Принципи лікувального харчування хворих:

- лікувальне харчування хворого є невід'ємною складовою лікувального процесу;
- пероральне харчування хворого здійснюється доти, доки хворий може ковтати і доки не буде медичних протипоказань відносно вживання рідини та їжі перорально;
- обов'язковою складовою догляду за хворим є забезпечення його адекватними рідинами та нутрієнтами перорально.

1.3. Методологія системи лікувального харчування хворих:

- нутріціологічна підтримка враховує харчовий статус хворого, його індивідуальні потреби у нутрієнтах та клінічний стан;
- потреба в енергії та макронутрієнтах (білках, жирах та вуглеводах) визначається на один кілограм оптимальної маси тіла (оптимальна маса для чоловіків – 70 кг, для жінок – 60 кг);
- за харчовим статусом відповідно до індексу маси тіла усі хворі поділяються на три групи: хворі з гіпотрофією, нормотрофією та гіпертрофією;
- інтегральна характеристика системи лікувального харчування наведена в додатку 1;
- добова кількість основних продуктів харчування відповідно до харчового статусу визначена у Нормах харчування на одного хворого на день у закладах охорони здоров'я відповідно до профілю, які наведені в додатку 2;
- необхідна кількість мікронутрієнтів визначається відповідно до фізіологічних потреб;
- лікувальне харчування також включає дієтичний супровід при екстремальних клінічних станах (використовується повне або часткове парентеральне харчування, елементне та зондове харчування, нульові хірургічні та спеціальні дієти) та на етапі реконвалесценції;

- стандартні раціони для дорослих осіб розробляються на основі потреб хворого в енергії та нутрієнтах залежно від вихідного нормо-, гіпо- або гіпертрофічного стану;
- індивідуалізація калорійності та хімічного складу дієти залежно від трофологічного стану хворого, основного та супутнього діагнозів досягається за рахунок корекції стандартного раціону шляхом збільшення чи зменшення у ньому кількості буфетної продукції (хліб, цукор, масло), підбору гарнірів (зернові, овочеві) та використання нерегламентованого (домашнього) харчування відповідно до рекомендацій лікаря-дієтолога (лікаря);
- за наявності показань та відповідно до рекомендацій лікаря-дієтолога або іншого лікаря на всіх етапах лікування хворих можуть бути призначені дієтичні добавки, функціональні харчові продукти та продукти для спеціального дієтичного споживання.

1.4. В закладах охорони здоров'я державної та комунальної форм власності встановлюється чотириразовий режим лікувального харчування.

Кулінарна обробка їжі має враховувати особливості фізіології травної та інших систем організму хворих. Смакові речовини (сіль, перець, майонез, кетчуп, соуси тощо) призначаються лікарем індивідуально.

Ентеральне харчування призначається відповідно до фізіологічних потреб хворого в енергії та харчових речовинах і особливостях метаболічних змін, зумовлених основним захворюванням. Стандарти (протоколи) ведення таких захворювань повинні передбачати підходи та строки застосування ентерального харчування.

1.5. Контроль за ефективністю організації лікувального харчування, що проводиться в закладах охорони здоров'я, має здійснюватися шляхом перевірки відповідності одержуваних хворими дієт (за набором продуктів і страв, технологією приготування, хімічним складом та енергетичною цінністю) рекомендованим характеристикам стандартних дієт і шляхом перевірки фінансових витрат за кварталами року.

Загальне керівництво лікувальним харчуванням у закладі охорони здоров'я здійснює головний лікар, а за його відсутності – заступник головного лікаря з лікувальної роботи.

Медична рада закладу охорони здоров'я здійснює координацію організації лікувального харчування; удосконалення організації лікувального харчування у закладах охорони здоров'я; впровадження нових принципів і технологій лікувального харчування; затвердження дієт, різних категорій специфічних продуктів харчування (функціональних продуктів харчування, збагачених продуктів, дієтичних добавок тощо), що підлягають впровадженню у цьому закладі охорони здоров'я; контроль за організацією лікувального харчування та аналіз ефективності дієтотерапії при різних захворюваннях.

Лікар-дієтолог надає консультативну допомогу з питань харчування хворим із різноманітними захворюваннями у закладах охорони здоров'я, бере участь у

науково-методичній організації забезпечення хворих харчуванням, адекватним за якістю, енергетичною та харчовою цінністю, надає медичне обґрунтування застосування лікувального, достатнього та збалансованого харчування у закладах охорони здоров'я, втілює сучасні наукові знання з дієтології, які відповідають принципам доказової медицини, практичні рекомендації щодо харчування з метою зниження рівня захворювань, спричинених нездоровим харчуванням, покращення якості та подовження тривалості життя.

Сестра медична з дієтичного харчування бере участь у забезпеченні медичних аспектів організації лікувального харчування хворих під керівництвом лікаря-дієтолога або іншого спеціаліста, відповідального за лікувальне харчування, у контролі за обігом харчових продуктів і дотриманні санітарно-гігієнічного режиму в закладі охорони здоров'я у межах своєї компетенції.

1.6. Для оптимізації лікувального харчування у закладах охорони здоров'я створюють групи нутріціологічної підтримки, до яких входять: лікар, який веде хворого відповідно до основного захворювання, лікар-дієтолог, інші лікарі-спеціалісти (за потреби).

Нутріціологічна підтримка хворих підвищує ефективність різних способів лікування, знижує ризик виникнення ускладнень та поліпшує прогноз.

У процесі реконвалесценції доза нутрієнтів збільшується поступово протягом 3—5 днів до повної рекомендованої добової дози.

Моніторинг ефективності нутріціологічної підтримки доцільно проводити шляхом:

- щоденного зважування та визначення індексу маси тіла;
- огляду пацієнта для виявлення ознак надлишку або дефіциту нутрієнтів; оцінки енергетичного балансу; оцінки стану білкового обміну; оцінки стану ліпідного обміну; оцінки стану вуглеводного обміну; оцінки стану вітамінного обміну; оцінки стану мінерального обміну; дослідження рівня цукру в крові з метою виявлення толерантності до вуглеводного навантаження та регуляції доз інсуліну; дослідження вмісту альбуміну в крові - один раз на тиждень; контролю за вмістом тригліцеридів, холестерину та ліпопротеїнів у крові — один раз на тиждень.

Достатнє та збалансоване харчування повинно призводити до покращення психічного стану хворого, нормалізації основних фізіологічних функцій, скорочення строків реконвалесценції та перебування на стаціонарному лікуванні.

Додаток 1

до Порядку організації системи лікувального харчування хворих у закладах охорони здоров'я

Система лікувального харчування*

№ з/п	Енергетична цінність раціону, нутрієнтний склад	Гіпотрофія (висококалорійна та високобілкова дієта)	Нормотрофія	Гіпертрофія (низькокалорійна дієта)
1	Потреба в енергії на день, ккал/кг	35-40	30-35	25-30
2	Білки, у тому числі тваринні, на день, г/кг	до 1,5 до 0,8	до 1,0 до 0,5	до 0,75 до 0,4
3	Жири, у тому числі рослинні, на день, г/кг	до 1,5 до 0,8	до 1,0 до 0,5	до 0,75 до 0,4
4	Вуглеводи, у тому числі прості, на день, г/кг	до 6,5 до 1,0	до 5,5 до 0,8	до 3,0 до 0,5**
5	Енергетична цінність, ккал	2400-2700	2200-2400	1900-2000
6	Білки, у тому числі тваринні, г	100 (55)	90 (45)	80 (40)
7	Жири, у тому числі рослинні, г	70 (40)	70 (40)	60 (30)
8	Вуглеводи, у тому числі прості, г	400 (150)***	350 (100)***	350 (50) ***

* Не поширюється на лікувальне харчування дітей.

** Чоловіки мають збільшену на 10 % потребу в енергії та нутрієнтах.

*** При цукровому діабеті використовують підсолоджувачі.

Класифікація хворих здійснюється за допомогою визначення індексу маси тіла.

За індексом маси тіла всі пацієнти поділяються на:

1. Гіпотрофіків — $< 18,5 \text{ кг/м}^2$ (енергетична цінність дієти на рівні 2400-2700 ккал з вмістом білка на рівні 90-100 г, вуглеводів на рівні 400–450 г).
2. Нормотрофіків — $18,5\text{--}25 \text{ кг/м}^2$ (енергетична цінність дієти 2200–2400 ккал з вмістом білка на рівні 80-90 г, вуглеводів на рівні 350 г).
3. Гіпертрофіків — $> 25 \text{ кг/м}^2$ (низькокалорійна дієта, калорійність якої знижена за рахунок вуглеводів. Енергетична цінність становить 1800–2000 ккал, при достатньому вмісті білків на рівні 80–90 г). При суворому постільному режимі енерговитрати пацієнтів не перевищують 2000 ккал.

Додаток 1
до Інструкції з організації лікувального
харчування у закладах охорони здоров'я

Взаємозамінність продуктів при приготуванні дієтичних страв

Назва продуктів, які замінюються	Маса продуктів, бруто, кг	Назва продуктів, якими замінюють	Еквівалентна маса продуктів, бруто, кг	Кулінарне використання
Яйця без шкаралупи	1	Яєчний меланж заморожений	1	У стравах з яєць, запіканках, борошняних виробках
-//-	1	Яєчний порошок	0,28	-//-
Масло вершкове несолене	1	Масло селянське	1,13	У кулінарних виробках і стравах (крім заправки страв при відпуску)
-//-	1	Масло вершкове любительське	1,06	-//-
-//-	1	Масло вершкове солоне (зі зменшенням закладки солі в рецептурі на 0,02 кг)	1	У фаршах, млинцях, оладках
-//-	1	Масло вершкове топлене	0,84	У фаршах, млинцях, оладках і для заправки кулінарних виробів
Олія соняшникова	1	Олія арахісова, кукурудзяна, соєва, бавовняна, оливкова	1	У холодних стравах, борошняних виробках, маринадах, стравах з риби
Олія соняшникова рафінована	1	Олія соняшникова нерафінована	1	У маринадах, деяких соусах, холодних, овочевих, рибних стравах, борошняних виробках
Молоко пастеризоване незбиране	1	Молоко коров'яче пастеризоване нежирне (зі збільшенням закладки в рецептурі масла вершкового несолоного на 0,04 кг)	1	У супах, соусах, стравах з яєць, солодких стравах, борошняних виробках, кашах

Молоко пастеризоване незбиране	1	Молоко коров'яче незбиране сухе	0,12	У супах, соусах, стравах з яєць, борошняних виро-бах, овочевих, солодких стравах, напоях тощо
Молоко коров'яче пастеризоване незбиране	1	Молоко коров'яче знежирене сухе (зі збільшенням закладки в рецептурі масла вершкового несолоного на 0,04 кг)	0,09	У супах, соусах, стравах з яєць, солодких стравах, борошняних виробах, кашах
-//-	1	Вершки сухі (зі зменшенням закладки в рецептурі масла вершкового несолоного на 0,042 кг)	0,16	У молочних кашах
-//-	1	Молоко незбиране згущене з цукром (зі зменшенням закладки в рецептурі цукру на 0,17 кг)	0,38	У солодких стравах, напоях
-//-	1	Молоко згущене стерилізоване в банках	0,46	У супах, соусах, солодких стравах, борошняних виробах, напоях
-//-	1	Вершки згущені з цукром (зі зменшенням закладки в рецептурі масла вершкового несолоного на 0,07 кг і цукру на 0,18 кг)	0,48	У молочних кашах, борошняних виробах
Цукор-пісок	1	Мед натуральний	1,25	У напоях, киселях, мусах, желе
-//-	1	Цукрова пудра	1	У солодких стравах, запіканках, пудингах
Повидло, джем	1	Мармелад фруктовий (різний)	0,84	У солодких стравах
-//-	1	Варення без кісточок	1	-//-
Крохмаль картопляний сухий 20 % вологості	1	Крохмаль картопляний (сирець 50 % вологості)	1,6	У киселях, солодких супах
Крохмаль картопляний	1	Крохмаль кукурудзяний	1,5	У молочних киселях, желе
Дріжджі хлібопекарські пресовані	1	Дріжджі хлібопекарські сухі	0,25	Для приготування напоїв, борошняних виробів

Чай чорний байховий не розфасований	1	Чай плитковий чорний	1	Для приготування напоїв
Кава натуральна смажена	1	Кава натуральна розчинна	0,35	-//-
Ванілін	1	Ванільний цукор	20	У солодких стравах
-//-	1	Ванільна есенція	12,7	-//-
Желатин	1	Агароїд	0,7	У солодких желейних стравах
Горошок зелений (консервований)	1	Горох овочевий (лопатка) свіжий	0,82	У холодних стравах, супах, овочевих стравах, гарнірах
-//-	1	Квасоля овочева (лопатка) свіжа	0,82	-//-
-//-	1	Зелений горошок свіжий, заморожений	0,71	-//-
Зелень кропу, петрушки, селери свіжа	1	Зелень кропу, петрушки, селери гілочками солоні (зі зменшенням закладки солі в рецептурі на 0,29 кг)	1	Для ароматизації бульйонів, супів, соусів
-//-	1	Зелень кропу, петрушки, селери подрібнена солоні (зі зменшенням закладки солі в рецептурі на 0,22 кг)	0,76	-//-
Корінь пастернаку, петрушка, селера, кореневі свіжі	1	Білий корінь петрушки, селери і пастернаку сушені	0,15	У супах, соусах, при тушкуванні м'яса
Щавель свіжий	1	Пюре зі щавлю (консерви)	0,4	У супах з використанням щавлю
Шпинат свіжий	1	Пюре зі шпинату	0,4	У супах з використанням шпинату, в овочевих стравах
Помідори (томати) свіжі	1	Томатне пюре з вмістом сухих речовин 12 %	0,46	У супах, соусах і при тушкуванні овочів
-//-	1	Томатне пюре з вмістом сухих речовин 15 %	0,37	-//-
-//-	1	Сік томатний натуральний	1,22	-//-

Помідори (томати) свіжі	1	Консерви. Томати натуральні цілі (плоди округлої форми)	1,7	У холодних стравах і гарнірах
-//-	1	Консерви. Томати натуральні цілі (сливоподібні плоди)	1,42	-//-
Цибуля-порей свіжа	1	Цибуля зелена свіжа	0,95	У супах, холодних стравах, гарнірах, стравах з овочів
Томатне пюре з вмістом сухих речовин 12%	1	Сік томатний натуральний	2,66	У супах, соусах і при тушкуванні м'яса, риби, овочів
-//-	1	Томатне пюре з вмістом сухих речовин 15 %	0,8	-//-
-//-	1	Томатна паста з вмістом сухих речовин 25–30 %	0,4	-//-
Томатне пюре з вмістом сухих речовин 12 %	1	Томатна паста з вмістом сухих речовин 35–40 %	0,3	-//-
-//-	1	Томатна паста солонa з вмістом сухих речовин 37 % (зі зменшенням закладки солі в рецептурі на 0,03 кг)	0,3	-//-
Яблука свіжі	1	Яблука цілі, половинками, четвертинками (бланшовані в цукровому сиропі) швидко заморожені	0,8/ 0,73 (5)	У солодких стравах
Брусниця свіжа	1	Журавлина свіжа	1	У салатах з капусти і в солодких стравах
Урюк	1	Курага, каіса	0,75	У пудингах, солодких соусах, стравах
Виноград сушений (родзинки, сабза)	1	Цукати, каіса, курага	1	-//-
Ядро горіха мигдалю солодкого	1	Ядро грецьких горіхів, фундука, арахісу	1	У солодких стравах
Кислота лимонна харчова	1	Кислота винна харчова	1	У стравах, де використовується лимонна кислота
-//-	1	Сік лимона	8	-//-

Додаток 2
до Інструкції з організації лікувального
харчування у закладах охорони здоров'я

Заміна продуктів за білками й вуглеводами

Назва продуктів	Кількість продуктів нетто (г)	Хімічний склад			Додати до добового раціону (+) або виключити з нього (-)
		білки (г)	жири (г)	вуглеводи (г)	
Заміна хліба (за білками і вуглеводами)					
Хліб пшеничний з борошна першого ґатунку	100	7,6	0,9	49,7	
Хліб житній простий формовий	150	8,26	1,5	48,1	
Борошно пшеничне 1 ґатунку	70	7,42	0,84	48,16	
Макарони, вермішель 1ґатунку	70	7,49	0,91	48,72	
Крупа манна	70	7,91	0,49	50,12	
Крупа пшенична	70	8,05	2,31	46,55	
Заміна картоплі (за вуглеводами)					
Картопля	100	2	0,4	17,3	
Буряк	190	2,85	-	17,29	
Морква	240	3,12	0,24	17,04	
Капуста б/к	370	6,66	0,37	17,39	
Макарони, вермішель 1 ґатунку	25	2,67	0,32	17,4	
Крупа манна	25	2,82	0,17	17,9	
Хліб пшеничний 1 ґатунку	35	2,66	0,31	17,39	
Хліб житній простий формовий	55	3,05	0,55	17,64	
Заміна свіжих яблук (за вуглеводами)					
Яблука свіжі	100	0,4	-	9,8	
Яблука сушені	15	0,48	-	9,69	
Курага (без кісточок)	15	0,78	-	8,25	
Чорнослив	15	0,34	-	8,67	
Заміна молока (за білком)					
Молоко	100	2,8	3,2	4,7	
Сир нежирний	20	3,34	1,8	0,26	
Сир жирний	20	2,8	3,6	0,57	
Сир твердий	10	2,68	2,73	-	

Яловичина 1 кат.	15	2,79	2,1	-	
Яловичина 2 кат.	15	3	1,24	-	
Риба (філе тріски)	20	3,2	0,12	-	
Заміна м'яса (за білком)					
Яловичина 1 кат.	100	18,6	14	-	
Яловичина 2 кат.	90	18	7,47	-	Масло + 6 г
Сир нежирний	110	18,3	9,9	1,43	Масло + 4 г
Сир жирний	130	18,2	23,4	3,7	Масло — 9 г
Риба (філе тріски)	120	19,2	0,72	-	Масло + 13 г
Яйце	145	18,4	16,67	1,01	
Заміна риби (за білком)					
Риба (філе тріски)	100	16	0,6	1,3	
Яловичина 1 кат.	85	15,81	11,9	-	Масло — 11 г
Яловичина 2 кат.	80	16	6,64	-	Масло — 6 г
Сир нежирний	100	16,7	0	1,3	Масло — 8 г
Сир жирний	115	16,1	20,7	3,27	Масло — 20 г
Яйце	125	15,87	14,37	0,87	Масло — 13 г
Заміна сиру (за білком)					
Сир нежирний	100	16,7	9	1,3	
Яловичина 1 кат.	90	16,7	12,6	-	Масло — 3 г
Яловичина 2 кат.	85	17	7,47	-	
Риба (філе тріски)	100	16	0,6	-	Масло + 9 г
Яйце	130	16,51	14,95	0,91	Масло — 5 г
Заміна яйця (за білком)					
Яйце 1 шт.	40	5,08	4,6	0,28	
Сир нежирний	30	5,01	2,7	0,39	
Сир жирний	35	4,9	6,3	0,99	
Сир твердий	20	5,36	5,46	-	
Яловичина 1 кат.	30	5,58	4,2	-	
Яловичина 2 кат.	25	5	2,07	-	
Риба (філе тріски)	35	5,6	0,73	-	

Володимир Кметюк,
головний спеціаліст із променевої діагностики
департаменту охорони здоров'я
Івано-Франківської ОДА

Магнітно - резонансна томографія

Метод МРТ на сьогоднішній день є одним із найпріоритетніших і високоінформативних методів медичної діагностики. МРТ апарати можуть відтворювати будову майже будь-якої ділянки людського організму.

Позитивною рисою методу є те, що при цьому не застосовуються рентгенівські промені. У порівнянні з комп'ютерною томографією й ультразвуком дана методика дорожча, технічно складніша і теоретично важча для розуміння. Разом з тим МРТ повністю змінили можливості медицини у діагностиці деяких захворювань.

Дослідження головного і спинного мозку є найбільш перспективною темою обстеження.

Основною сферою застосування МРТ у медичній діагностиці є дослідження м'яких тканин, у тому числі центральної нервової системи, хребта, кінцівок, суглобів, менше органів черевної і тазової порожнини. При діагностиці захворювань головного мозку МРТ демонструє високі можливості у виявленні пухлин, крововиливів і дегенеративних процесів. Неперевершені можливості МРТ при діагностиці розсіяного склерозу, сирінгомієлії, запальних процесів, ранніх ознак ішемічних інсультів. Сучасні апарати МРТ дають можливість без додаткового введення хімічних речовин у кров бачити судини як головного мозку, так і кінцівок.

МРТ-апарати дозволяють бачити анатомічну будову суглобів і зміни, які виникають у них під час рухів. Можливість обстеження в масштабі реального часу дозволяє проводити різні діагностичні і лікувальні процедури (пункції, катетеризації, дренажування, біопсії). В останній час інтерес клініцистів і пацієнтів суттєво зріс до сучасних методів дослідження, яким характерні неінвазивність і атравматичність при збереженні високої роздільної здатності. Не дивлячись на достатню технічну складність і високу вартість, МРТ надійно увійшла в клінічну практику і завдяки своїм можливостям сфери її застосування помітно розширюються.

У нашій області вже є 2 державних і 3 приватних МРТ-апарати, на яких за рік близько 7 тисяч пацієнтів проходять різні дослідження. Більше 90 % з цих досліджень – це обстеження хребта і головного мозку.

Враховуючи популярність цього методу, є доцільним ознайомлення медичних працівників і населення області з його можливостями.

Принцип методу полягає у зміні положення та обертання протонів тканин людського організму під впливом сильного зовнішнього магнітного поля.

Електромагнітні імпульси, що виникають, та наведена електрорушійна сила реєструються та обробляються комп'ютером, на основі чого будується зображення.

Клінічна дія магнітного резонансу на пацієнтів і персонал, який займається дослідженням, мінімальна, суб'єктивні прояви практично відсутні, тому протипоказань до дослідження небагато, але проведення МРТ піддає організм значному впливу магнітних сил з індукцією струму і термічним ефектом (нагріванням).

Абсолютними протипоказаннями до МРТ є наявність штучного водія ритму серця, магнітних металевих чужорідних тіл (осколки, фіксуючі металеві стержні, пластини).

МРТ має відносні обмеження, а саме:

- неадекватна поведінка пацієнта;
- клаустрофобія — страх замкненого простору;
- надмірна вага пацієнта (понад 150 кг) та об'єм (тому що внутрішній діаметр апертури магніту 60 см);
- тяжкий загальний (загальносоматичний) стан пацієнта, при якому він не в змозі нерухомо лежати протягом 10 - 40 хв;
- вагітність (у ранні й пізні періоди).

Для більш детального обговорення цього питання необхідно проконсультуватися з лікарем МРТ-кабінету. Крім того, в кімнату, де розташований МРТ - сканер, не можна вносити металеві предмети (годинник, монети, кредитні картки, телефони і т. д.). Сильний магніт може їх пошкодити, а отримані в результаті дослідження зображення будуть низької якості через спотворення магнітного поля.

Підготовка до магнітно-резонансної томографії

При МРТ черевної порожнини та органів малого таза рекомендується: утримуватися від їжі і пиття за 5 годин до дослідження; приймати препарати, які знижують моторику кишечника. Ніяка спеціальна підготовка до МРТ інших органів, зазвичай, не потрібна.

Не забудьте принести старі знімки — КТ, МРТ, рентгенограми, результати УЗД, якщо вони є, це сприяє точній діагностиці.

Чим відрізняється комп'ютерна томографія (КТ) від магнітно-резонансної томографії (МРТ)?

Обидва дослідження дозволяють лікарю «подивитися всередину організму» пацієнта, однак між ними є декілька важливих розбіжностей: за принципом дії, за чутливістю (які тканини видно краще).

Для отримання зображення комп'ютерним томографом використовуються рентгенівські промені. Комп'ютерний томограф являє собою спеціальну рентгенівську установку, яка обертається навколо тіла пацієнта й робить знімки під різними кутами. Зображення обробляються та сумуються комп'ютером.

Для отримання МРТ-зображення пацієнта розміщують у сильному магнітному полі, а МРТ-томограф розпізнає ці сигнали, дешифрує їх і будує зображення. Якщо згадати звичайний рентгенівський знімок, то навіть неспеціаліст краще за все побачить на ньому різні кістки. КТ, яка використовує рентгенівські промені, також краще «бачить» кісткові структури. Тому КТ ідеально підходить для діагностування кісткових пошкоджень і травм. Крім того, на КТ добре видно нещодавню кровотечу, тому КТ використовують при дослідженнях хворих із травмами голови, грудної клітки, черевної і тазової порожнин, а також геморагічних інсультів на ранній (!) стадії. КТ- дослідження триває близько півхвилини.

На МРТ добре діагностуються кістки, однак кращим є зображення м'яких тканин (хрящів, м'язів, зв'язок, мозку та ін.). Тому МРТ, наприклад, показана при підозрі на розрив зв'язок та для виключення грижі міжхребцевого диска.

Дуже широко МРТ використовують у нейрохірургії та неврології (старі травми головного мозку, інсульти в пізній (!) стадії, підозри на пухлини спинного та головного мозку. Тривалість МРТ-дослідження – від 15 до 40 хвилин.

Інструкція з проходження МРТ

Дослідження на магнітно-резонансному томографі проводяться за медичними показаннями та краще за наявності направлення з зазначенням ділянки дослідження, попереднього діагнозу і мети дослідження.

Спеціальна підготовка до МРТ-дослідження, зазвичай, не потрібна. Можна приймати їжу, напої, лікарські засоби і медичні процедури в звичайному режимі. При дослідженні головного мозку елементи макіяжу (тіні, туш) можуть викликати опік, негативно позначитись на якості зображень або знижувати їх діагностичну цінність, тому жінкам рекомендується утриматися від нанесення макіяжу в день дослідження або звести його нанесення до мінімуму перед дослідженням, а також необхідно зняти з себе годинник, прикраси, металеві предмети, знімні зубні протези, видалити з кишень усі металеві предмети (ключі, монети), електронні прилади, магнітні носії.

Рекомендується надіти одноразові бахіли і комбінезон (халат). Діти чи пацієнти з порушенням свідомості можуть потребувати седації або наркозу. Питання про проведення седації або наркозу, а також підготовки пацієнта до дослідження необхідно заздалегідь обговорити з анестезіологом.

Обстеження дітей і психоемоційних пацієнтів краще проводити на магнітах відкритого типу.

***Витяг із Концепції вдосконалення сфери
охорони здоров'я Івано-Франківської
області на 2015 – 2016 рр.***

Сучасний стан здоров'я населення України характеризується несприятливою демографічною ситуацією, високими показниками смертності осіб праце-

здатного віку, скороченням середньої тривалості життя, що вимагає покращення системи організації охорони здоров'я, яка на сьогодні залишилась повністю планово регульованою державою, хоча в державі давно працюють ринкові механізми.

На сьогодні сфера охорони здоров'я України і в т. ч. Івано-Франківської області характеризується наступними недоліками:

- відсутність чіткого функціонального розмежування первинного, вторинного та третинного рівнів надання медико-санітарної допомоги і, як наслідок, невиправдане дублювання функцій і завдань;
- слабкий розвиток первинної медико-санітарної допомоги;
- неоптимальна організація служб швидкої, невідкладної і екстреної медичної допомоги та недостатнє її матеріально-технічне і кадрове забезпечення;
- нескоординованість управління рівнями медичної допомоги;
- громіздка і далека до оптимальної мережа закладів вторинної ланки;
- відсутність реабілітаційної бази, в т. ч. закладів і структурних підрозділів відновного лікування;
- невиправдано потужні по кількості ліжок і неефективно працюючі стаціонари, орієнтовані на виконання плану ліжко-днів, а не на якість стаціонарної допомоги;
- недостатність забезпечення медичних закладів лікувально-діагностичною апаратурою та обладнанням, незадовільне забезпечення — медикаментами;
- слабе фінансування державних і регіональних програм, зокрема щодо медикаментозного забезпечення пільгових категорій громадян, особливо хворих на рідкісні та деякі інфекційні хвороби.

Метою Концепції є реалізація положень Конституції та законів України щодо питань охорони здоров'я населення, зміцнення матеріально-технічної бази пріоритетних напрямків, а також впровадження інноваційних підходів щодо подальшого розвитку медичної допомоги на території області, що дозволить:

- забезпечити доступну кваліфіковану медичну допомогу населенню області на основі визначеного гарантованого обсягу фінансування галузі охорони здоров'я;
- розпочати запровадження нових механізмів фінансового забезпечення та управління в системі охорони здоров'я;
- здійснити підготовку до формування керованого ринку медичних послуг на території області.

Реалізація вказаної мети будуватиметься на наступних основних принципах:

- формування єдиної регіональної політики збереження здоров'я населення і підвищення відповідальності за її здійснення;
- відповідність основам державної системи охорони здоров'я, дотримання конституційних прав громадян на охорону здоров'я і медичну допомогу;

— реалізація принципів стратегічного планування і забезпечення стійкого розвитку галузі охорони здоров'я.

Реалізація пропонованої концепції реформування галузі охорони здоров'я в Івано-Франківській області дозволить:

- досягти підвищення доступності надання медичної допомоги, зокрема сільському мешканцю;
- підвищити якість надання первинної медичної допомоги, в т. ч. профілактичної, акушерсько-гінекологічної, кардіологічної, невідкладної, швидкої та екстреної та інших видів медичної допомоги населенню;
- структурно розмежувати первинний, вторинний і третинний рівні медичної допомоги;
- оптимізувати громіздку мережу закладів охорони здоров'я, ліквідувавши дублюючі і непотрібні структури і заклади і створивши нові типи закладів (структур), яких недостатньо або ж які відсутні взагалі (відновного лікування);
- покращити матеріально-технічне забезпечення закладів первинного, вторинного та третинного рівнів;
- впровадити сучасні перинатальні, кардіохірургічні та інші технології діагностики і лікування.
- провести перерозподіл коштів, які витрачаються на охорону здоров'я, відповідно до потреб населення в медичній допомозі.

Передумови і напрямки реалізації. На даний час в Івано-Франківській області медичну допомогу надають 714 амбулаторно-поліклінічних закладів охорони здоров'я та 71 лікарняний заклад, у т. ч. 2 державних заклади підпорядкування МОЗ України.

Амбулаторно-поліклінічні заклади:

- 538 ФАП
- 160 лікарських амбулаторій, з яких 149 сільських
- 4 самостійні поліклініки
- 5 центрів ПМСД
- 7 стоматологічних поліклінік.

Крім того, функціонують:

- 53 поліклініки (поліклінічні відділення) в складі лікарняних закладів,
- 14 диспансерних відділень спеціалізованих диспансерів.

Частина вищезазначених закладів перебуває в складі центрів ПМСД, а саме: 120 ФАП та 58 амбулаторій.

Лікарняні заклади:

- 2 обласні лікарні (для дорослих – 790 ліжок і для дітей – 440 ліжок),
- 1 обласний перинатальний центр – 200 ліжок,
- 1 фтизіопульмонологічний центр – 300 ліжок,
- 1 обласний центр паліативної допомоги (хоспіс) - 30 ліжок.
- 14 міських лікарень, в т. ч. 4 – центральні міські – 1465 ліжок,

- 14 центральних районних лікарень – 3878 ліжок
- 12 спеціалізованих диспансерів (обласних і районних) – 1080 ліжок
- 7 районних лікарень – 660 ліжок
- 5 дитячих міських лікарень – 440 ліжок.
- 2 інфекційні лікарні (обласна і районна) – 230 ліжок,
- 4 міських пологових будинки – 535 ліжок.
- 3 обласні психоневрологічні лікарні – 925 ліжок.
- 3 дільничні лікарні – 30 ліжок.
- 1 центр репродукції людини (МОЗ) – 40 ліжок.
- 1 центр клінічної медицини медуніверситету (МОЗ) – 60 ліжок.

Сумарне число ліжок у комунальних закладах області, що надають третинну медичну допомогу, становить 3505 ліжок (31,86 % ліжкового фонду області), число ліжок в закладах, що надають вторинну медичну допомогу становить 7468 ліжок (67,87 %), що надають первинну – 30 (0,27 %). В державних закладах МОЗ – 100 ліжок, що від загального фонду становить 0,90 %.

Загальна потужність ліжкового фонду на 31.12.2014 р. становила 11003 ліжка, або 79,8 на 10 тис. населення. З ліжками державних закладів МОЗ України – 11103 ліжка, або 80,5 на 10 тис. населення (Україна – 81,5).

Крім того, в області діють:

- 1 обласний центр екстреної медичної допомоги зі станціями швидкої медичної допомоги в м. Івано-Франківську, Калуші (юр. особи) і Коломії (стр. підр.) та відділеннями і пунктами в сільських районах і містах області,
- 1 обласна станція переливання крові,
- 1 будинок дитини з дитячими ліжками паліативної допомоги (м. Надвірна),
- 1 обласне бюро медико-соціальної експертизи,
- 1 обласне бюро судово-медичної експертизи,
- 1 обласний лікарсько-фізкультурний центр здоров'я.
- 1 обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики,
- інші медичні, фармацевтичні та навчальні заклади медичної підготовки,
- 4 обласних санаторії комунальної форми власності,
- 3 санаторії МОЗ України державної форми власності.

Первинна медико-санітарна допомога для сільського і міського населення області надається закладами первинного та вторинного рівня, фінансування яких здійснюється за рахунок сільських, селищних, районних та міських бюджетів.

Серед коштів, які виділяються на охорону здоров'я районів і міст області, 35,7 % було витрачено на первинний рівень медико-санітарної допомоги, 64,3 % – на вторинний. **У цілому по області з усього зведеного бюджету на первинний рівень медико-санітарної допомоги було виділено 25,1 % коштів, на вторинний – 45,1 % та на третинний – 29,8 %.**

Тобто, первинна медична допомога, якої потребує більшість населення,

отримує найменшу кількість коштів, а фінансування галузі області спрямовано в основному на спеціалізовану вторинну і третинну медичну допомогу.

За даними розрахунків, оптимальною схемою розподілу коштів медичної галузі Івано-Франківської області є виділення 25–35 % коштів на первинний рівень медико-санітарної допомоги, 10 % – на екстрену і швидку медичну допомогу, 25–30 % – на вторинний рівень медичної допомоги, 30–35 % – на третинний рівень медичної допомоги.

На сьогодні в районах області витрата коштів на вторинну стаціонарну медичну допомогу становить 69,5 % та лише 30,5 % на амбулаторно-поліклінічну допомогу на первинному і вторинному рівні (без обласного центру).

На рівні району, який обслуговує в основному сільське населення, потреба у фінансуванні амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги, в тому числі на первинному і вторинному рівні, становить 50–60 %, екстреної (швидкої) медичної допомоги – близько 10 % і стаціонарної допомоги – 30–40 %.

Концепція вдосконалення сфери охорони здоров'я в області є комплексом організаційних, лікувально-профілактичних, фінансово-господарських заходів, спрямованих на поліпшення системи надання медичної допомоги мешканцям області, з врахуванням особливостей.

Особливості Івано-Франківської області в даному контексті є наступні.

1. Івано-Франківська область розташована в географічному центрі Європи, на стику двох великих природно-географічних підрозділів – Східноєвропейської рівнини та Східних Карпат, точніше – у передгірській і гірській частинах Українських Карпат. На півдні області, де простяглися хребти Карпатських гір, виходить до державного кордону з Румунією. Характерною є також близькість до Польщі, Словаччини, Угорщини, що сприяє налагодженню міжнародних зв'язків і співпраці з країнами Євросоюзу. Враховуючи, що певний позитивний досвід співпраці з медичними службами і закладами Євросоюзу впродовж 2012 – 2014 рр. вже набутий, доцільність продовження і розширення міжнародних зв'язків не викликає сумнівів.

2. За характером рельєфу область ділиться на три частини: рівнинну, передгірську (Передкарпаття) і гірську (Карпати). Виключно в гірській частині розміщені Верховинський район, територія Болахівської міської ради з приписними селами, територія Яремчанської міської ради з приписними селами, і де проживає 74,1 тис. населення. Частково в передгірській і в більшості у гірській частині розміщені 5 великих районів області: Богородчанський (70,3 тис.), Долинський (69,8 тис.), Косівський (88,3 тис.), Надвірнянський (115,3 тис.), Рожнятівський (73,5 тис.), у яких сумарно проживає 417,2 тис. населення, переважно сільського – 303,4 тис. (72,7 %), яке розселене в гірських будинках на значній відстані один від одного на великій території гір і передгір'я. Кордони населених пунктів здебільшого умовні.

Стан шляхів сполучення в цих місцевостях вкрай незадовільний. До більшості осель ведуть лише стежини. Дороги здебільшого – вкрай вузькі, без покриття, часто взагалі непрохідні в окремі пори року або ж взагалі відсутні. Це створює неабиякі проблеми в організації надання первинної медичної допомоги мешканцям цих територій, залучення їх до профілактичних програм, у наданні їм невідкладної, швидкої і екстреної медичної допомоги.

3. Якщо в більшості областей України майже відсутні великі (по кількості населення) райони, натомість налічується багато малих районів з населенням 10, 20, 30, 40 тис., то в Івано-Франківській області таких малих районів майже немає, єдиний – він же найменший район області – Верховинський з населенням 30,3 тис. чол. Зате 10 районів області з населенням від 60 до 150 тис. чол., з яких, як зазначено вище, 5 – в основному гірських. В інших областях таких крупних районів – одиниці або ж взагалі немає. Так, лише по 2 таких райони числиться в областях Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій, Луганській, Хмельницькій; по 1 такому району – в Житомирській, Запорізькій, Полтавській, Сумській, Черкаській; взагалі відсутні райони з населенням понад 60 тис. чол. в Кіровоградській, Миколаївській, Чернігівській областях. Цей факт разом з географічними особливостями та станом шляхів сполучення визначає необхідність побудови чи удосконалення дещо відмінної (іншої) структури системи охорони здоров'я, ніж у переважній більшості областей України.

4. На відміну від більшості областей України впродовж останніх десятиліть у районах і містах області створювалась потужна матеріально-технічна база закладів охорони здоров'я. Практично в усіх районах, містах обласного значення (Калуші, Коломії, Болехові, Яремчі, Івано-Франківську) були побудовані нові корпуси центральних районних і центральних міських лікарень, районних і міських лікарень, в багатьох випадках – за типовими проектами. Будувались і добудовувались також корпуси обласних закладів, сільських лікарських амбулаторій та ФАП.

За роки незалежності України відбувались оновлення, реконструкції і капітальні ремонти в цих закладах, а за останнє десятиліття – й оснащення сучасною лікувально-діагностичною апаратурою, обладнанням, санітарним транспортом. Впроваджені сучасні методики діагностики та лікування, в т. ч. малоінвазивні. Відбулась певною мірою оптимізація мережі медичних закладів і ліжкового фонду. Деякі невеликі заклади увійшли до складу більш потужних як структурні підрозділи. Скорочено понад 1300 непотрібних лікарняних ліжок. З усіх 14-ти центральних районних лікарень області 12 – потужні, від 200 до 500 ліжок (з них 6 – понад 300 ліжок), з добротними приміщеннями і технічною базою. Вже не перший рік вони функціонують як лікарні інтенсивної допомоги, маючи потужні відділення інтенсивної терапії та анестезіології (реанімаційні відділення) з відповідними кадровими і матеріально-технічними ресурсами, цілодобовим анестезіологічним

забезпеченням. Створено в ЦРЛ і цілодобові неонатологічні служби. Інші відділення теж готові до спеціалізованої цілодобової медичної стаціонарної допомоги, мають відповідні кадри і оснащеність. У кожній ЦРЛ – потужні і оснащені діагностичною апаратурою поліклінічні відділення. До того ж, в кожному великому районі є районні і міські лікарні, які фактично виконують функції лікарень планового лікування. Деякі з них можуть бути реорганізовані в заклади чи структури відновного лікування і паліативної допомоги. При Івано-Франківській ЦМКЛ відкрито центр кардіохірургії, де впроваджено перший етап надання кардіохірургічної допомоги пацієнтам – інтервенційні методики стентування коронарних судин.

Однак робота – незавершена. Сфера охорони здоров'я залишається недосконалою як щодо управлінського процесу, фінансування, так і щодо мережі закладів і потребує подальшої модернізації і удосконалення. Реалії не дають змоги здійснювати побудову принципово нової моделі охорони здоров'я

Тому, у відповідності до недоліків у сфері охорони здоров'я області, викладених на стор. 1 даного документа та враховуючи територіально-географічні та адміністративні особливості Івано-Франківщини, основні шляхи удосконалення сфери охорони здоров'я на 2015–2016 роки наступні.

1. Для чіткого розмежування первинного і вторинного рівнів надання медичної допомоги населенню з метою покращення фінансування первинного рівня та перенесення акцентів у наданні медичної допомоги населенню з вторинного і третинного рівнів на первинний доцільним є продовження створення центрів первинної медико-санітарної допомоги (далі – Центри ПМСД). Враховуючи 5 діючих Центрів ПМСД необхідно створити ще 17, в т. ч. 13 – в районах і містах області та 4 в обласному центрі.

2. Для розукрупнення територіальних дільниць загальної практики-сімейної медицини у відповідності до орієнтовних нормативів навантаження на лікаря (1000–1500 чол. у залежності від місцевості) необхідно в закладах і структурах, що надають первинну медико-санітарну допомогу, до реєструвати 150 посад лікарів ЗПСМ з подальшим укомплектуванням їх кадрами. На укомплектування зазначених і вакантних на даний час посад необхідно скерувати 225 підготовлених в інтернатурі, на курсах спеціалізації і перенавчання лікарів.

3. Для наближення лікарської медичної допомоги до сільського мешканця необхідно організувати в селах відкриття 20 нових лікарських амбулаторій шляхом реорганізації ФАП.

4. З метою надання своєчасної невідкладної медичної допомоги сільським мешканцям та уникнення скеровування пацієнтів сільських лікарських амбулаторій на вторинний рівень для інструментального і лабораторного обстеження оснастити і дооснастити зазначені амбулаторії:

- санітарним транспортом – 70 од.,
- лабораторними аналізаторами для експрес-діагностики – 170 шт.,

- електрокардіографами - 100 шт..
- іншим устаткуванням.

5. З метою розділення функцій з надання невідкладної медичної допомоги і швидкої (екстреної) медичної допомоги створити при амбулаторно-поліклінічних закладах (Центрах ПМСД, самостійних поліклініках та поліклініках ЦРЛ, ЦМЛ, МЛ, РЛ) відділення невідкладної допомоги (відділень), для чого:

- передбачити їх штатну структуру в залежності від періоду роботи (цілодобовий, 12-годинний);
- підготувати відповідні медичні кадри (посад лікарів, посад середнього медперсоналу, посад водіїв, посад диспетчерів);
- оснастити їх санітарним транспортом.

6. Передбачити створення відділень невідкладної медичної допомоги в складі 16 багатoproфільних лікарень районного і міського рівня та обласної клінічної лікарні, як госпітальної частини системи надання екстреної медичної допомоги.

7. Відкрити і облаштувати необхідною апаратурою, обладнанням та устаткуванням централізовану оперативно-диспетчерську та навчально-тренінговий блок обласного Центру екстреної медичної допомоги і медицини катастроф у відповідності до чинної нормативно-правової бази.

8. Здійснити оптимізацію мережі закладів, що надають вторинну і третинну медичну допомогу. Враховуючи наявний потенціал більшості ЦРЛ для надання багатoproфільної інтенсивної цілодобової медичної допомоги та адміністративно-географічні особливості краю, необхідно:

- 14 центральних районних і центральних міських лікарень з 18-ти діючих реорганізувати в лікарні інтенсивної допомоги;
- 4 центральні районні і центральні міські лікарні, 5 районних лікарень (з 7-ми), 4 міські лікарні (з 9-ти) реорганізувати в лікарні планового лікування;
- 5 малопотужних райміських лікарень реорганізувати в структурні підрозділи інших закладів, хоспіси чи передати до соціальної сфери;
- 2 райміських лікарні (Яблунів РЛ, Вигода МЛ) реорганізувати в заклади відновного лікування.

Щодо спеціалізованих закладів необхідно:

- мережу протитуберкульозних диспансерів і обласного фтизіо-пульмонологічного центру об'єднати в тубТМО;
- обласну психіатричну лікарню № 2 в Рогатинському районі реорганізувати в психоневрологічну лікарню сестринського догляду;
- Коломийський онкологічний диспансер реорганізувати в районний центр паліативної допомоги;
- створити самостійний обласний центр здоров'я.

Галина Микула,
головний спеціаліст із організації первинної
медичної допомоги ДООЗ ОДА

Сімейна медицина Прикарпаття: динаміка розвитку, проблеми та перспективи

Сучасною законодавчою базою визначено, що первинна медична допомога – це медична допомога, що надається в амбулаторних умовах або за місцем проживання (перебування) пацієнта лікарем загальної практики-сімейним лікарем і передбачає надання консультації, проведення діагностики та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів, здійснення профілактичних заходів; направлення відповідно до медичних показань пацієнта, який не потребує екстреної медичної допомоги, для надання йому вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги; надання невідкладної медичної допомоги в разі гострого розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнта, який не потребує екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (ст. 35-1 розділу V Закону України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо вдосконалення надання медичної допомоги» від 7 липня 2011 р. № 3611-VI).

Упровадження надання ПМД на засадах сімейної медицини в Україні триває вже понад півтора десятиріччя. Підставою для проведення модернізації мережі закладів охорони здоров'я, що надають ПМД, є нинішній стан справ у сфері - низька якість медичних послуг та нерівний доступ для їхнього отримання.

До числа основних цілей модернізації мережі закладів охорони здоров'я, що надають ПМД, належать:

- забезпечення рівного і справедливого доступу наших громадян до медичного обслуговування, яке має бути високої якості і відповідати потребам суспільства;
- поліпшення здоров'я населення;
- підвищення ефективності використання ресурсів галузі охорони здоров'я;
- упровадження мотивації медичних працівників до ефективної праці.

Враховуючи соціальне значення модернізації охорони здоров'я, у державі визначені найважливіші принципи її проведення:

- при трансформації медичних установ має бути збережено або збільшено рівень доходів працівників, що беруть участь у наданні ПМД;
- жоден із реально функціонуючих закладів охорони здоров'я медичних установ не має бути закритим, допустима лише реорганізація та/або перепрофілювання з урахуванням потреб населення;

— медичний та допоміжний персонал повинен бути забезпечений робочими місцями.

Здійснення реформування ПМД потребує комплексного розв'язання існуючих проблем та, відповідно, скоординованої у часі і просторі реалізації системи взаємопов'язаних заходів, спрямованих на виконання завдань реформи та досягнення її цілей. Активність за будь-яким одним чи навіть декількома напрямками, відсутність комплексності, не забезпечить загального результату щодо покращення медичного обслуговування населення та його здоров'я, а відтак, знівелює ефект від витрачання ресурсів. Процес реформування ставить високі вимоги до якості менеджменту на усіх рівнях влади і в кожному ЗОЗ ПМД.

Комплексний підхід до реформування (модернізації) ПМД передбачає здійснення заходів щодо:

- затвердження нормативів забезпеченості мережею ЗОЗ ПМД (амбулаторіями), оновлених санітарних норм і правил та державних будівельних норм для закладів ПМД (амбулаторій);
- формування мережі ЗОЗ ПМД (амбулаторій), наближених до місць проживання населення у сільській місцевості й у містах (з урахуванням характеру забудови);
- обладнання ЗОЗ ПМД (амбулаторій) відповідно до табеля оснащення;
- забезпечення ЗОЗ ПМД транспортними засобами;
- підготовки лікарів загальної практики-сімейних лікарів у кількості, яка необхідна для переходу на обслуговування на засадах ЗПСМ з урахуванням відтоку лікарів з ПМД та прихованого дефіциту лікарів ПМД (пенсійний вік);
- підготовки та перепідготовки молодших спеціалістів із медичною освітою, що працюють у ЗОЗ ПМД (крім медсестер ЗП-СМ) за спеціальністю ЗП-СМ;
- створення стимулів для закріплення кадрів (передусім лікарських) у ПМД;
- зміну механізму фінансування ЗОЗ ПМД (програмно-цільовий метод та фінансування на підставі договорів за медичне обслуговування);
- розробки та затвердження медико-технологічних документів (медичних стандартів, клінічних протоколів та настанов) для захворювань і станів, що є компетенцією лікаря ЗП-СЛ та процедур, що стосуються до компетенції медсестри ЗП-СЛ;
- упровадження системи управління якістю у закладах охорони здоров'я, які надають первинну медичну допомогу (ЦПМСД);
- запровадження механізму реалізації права пацієнта вибирати та змінювати лікаря, що надає ПМД;
- упровадження оплати праці з урахуванням обсягів і якості наданої медичної допомоги (кількість прикріплених пацієнтів);
- інформатизації ПМД;
- залучення пацієнтів до активної участі у заходах ПМД, зокрема, вторинній профілактиці;

- створення та налагодження функціонування системи безперервного професійного розвитку медичних працівників, що надають ПМД;
- проведення інформаційно-комунікаційної кампанії та моніторингу громадської думки.

Сімейну медицину на Прикарпатті започатковано ще у 1994 році. В області був обраний шлях реорганізації сільських лікарських амбулаторій та відкриття дільниць при міських поліклініках на засадах загальної практики-сімейної медицини згідно з регіональною програмою «Сімейна медицина».

У початковий період акцент робився на підготовку та перепідготовку кадрів. На кінець 2001 року в області вже функціонувало 11 амбулаторій загальної практики-сімейної медицини. Починаючи з 2002 року, розпочато впровадження сімейної медицини в обласному центрі. На першому етапі створювались відділення сімейної медицини за рахунок реформування сільських приписних дільниць, а пізніше – і міських терапевтичних та педіатричних дільниць.

У 2005 році в області створена асоціація сімейних лікарів, одним з основних її завдань є вирішення фахових, правових, економічних та соціальних питань діяльності сімейних лікарів. За участю Асоціації проводиться громадський моніторинг щодо реформи ПМСД на засадах сімейної медицини, виявляються недоліки, проблеми, розробляються практичні рекомендації; проводиться об'єктивний аналіз стану надання первинної медико-санітарної допомоги населенню. Розроблена та впроваджена система показників оцінки якості роботи сімейного лікаря. Асоціація сприяла забезпеченню лікарів ЗПСМ методичними рекомендаціями, алгоритмами та стандартами надання медичної допомоги на догоспітальному етапі.

В області продовжується реорганізація первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. Створено і функціонують 5 центрів ПМСД: Городенківський, Калуський міський, Коломийський районний, Коломийський міський і Снятинський. До складу цих центрів ПМСД передано 53 амбулаторії ЗПСМ (у т.ч. 18 новостворених) та 121 ФАП. Окрім того, зареєстровано з присвоєнням ідентифікаційних кодів ще 6 Центрам ПМСД: Верховинському, Галицькому, Косівському, Рогатинському, Тлумацькому й Болехівському. Наявні рішення про створення Центрів ПМСД – юридичних осіб сесіями районних рад Калуського і Долинського районів.

На сьогодні в області функціонує 160 лікарських амбулаторій, з яких 157 сімейного типу. Впродовж 2014 року відкрито нові дільниці загальної практики-сімейної медицини в новостворених амбулаторіях та Битківській міській амбулаторії, а також 6 дільниць у поліклініках лікарень: Надвірнянській ЦРЛ, Делятинській, Ланчинській, Вигодській МЛ, Космацькій ДЛ.

Шляхом реорганізації ФАП у 2014 р. утворено 8 нових сільських амбулаторій ЗПСМ: в Долинському (с. Кальна), Косівському (с. Рибне),

Снятинському (с. Русів), Коломийському (с. Воскресінці) районах та в селах території Івано-Франківської міської ради (с. Вовчинець, с. Крихівці, с. Хриплин, с. Угорники). Крім цього, шляхом реорганізації районних і міських поліклінік у структурі 4-х функціонуючих Центрів ПМСД створено 10 амбулаторій: 4 — для обслуговування сільських мешканців і 6 — для обслуговування міських.

У всіх районах області розроблені Регіональні програми «місцевих стимулів». Економічна мотивація праці медичних працівників застосована в 11 районах області.

За сімейним принципом обслуговується 49,9 % населення області.

Краща забезпеченість сільськими амбулаторіями (на 10 тис. сільського населення) в районах Рогатинському (3,2), Городенківському (2,7), Галицькому (2,7), Тлумацькому (2,7). Не сімейними через відсутність кадрів залишаються 2 сільські лікарські амбулаторії Рогатинського району (с. Беньківці і Колоколин).

У закладах охорони здоров'я області у сільській місцевості працюють 279 лікарів ЗПСМ і 567 медичних сестер, закріплених за лікарями загальної практики-сімейними лікарями.

Укомплектування закладів сімейної медицини лікарськими кадрами поки що залишається проблемою, зокрема, в Городенківському, Галицькому, Косівському, Рогатинському, Снятинському районах.

В області передбачено утворення 22-х центрів первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) як юридичних осіб із самостійним фінансуванням. Центри ПМСД заплановано відкрити в кожному районному центрі та містах обласного підпорядкування, зокрема, в Коломийському та Калуському районах — по 2 центри, в м. Івано-Франківську — 4 центри.

Для органів виконавчої влади і місцевого самоврядування та колективів медичних працівників підготовлено та розміщено на офіційному веб-сайті департаменту охорони здоров'я Методичні рекомендації «Модернізації мережі закладів, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу», для правильного розуміння модернізації первинної ланки та шляхів її здійснення.

Проблемні питання первинної медико-санітарної допомоги на рівні області:

1. Кадрове забезпечення.
2. Зростає число працівників пенсійного віку.
3. Низьким є рівень заробітної плати медичних працівників, які надають первинну медико-санітарну допомогу, що спричинює плинність молодих спеціалістів.
4. Забезпеченість закладів ЗПСМ санітарним автотранспортом — в деяких амбулаторіях ЗПСМ він вичерпав свій ресурс і потребує заміни.
5. Обладнання закладів первинної ланки згідно з табелем оснащення.

Лілія Васильєва,

завідувач навчально-методичного кабінетом відділення
післядипломної освіти Івано-Франківського базового
медичного коледжу

Професійна психічна деформація медичного працівника

Кожна професія може сприяти розвитку людини й удосконалювати її особисті якості на користь суспільства. Але професія може також і деформувати душевні цінності людини.

Схильність до професійної деформації особливо часто спостерігається у людей певних професій, представники яких володіють мало контрольованою владою. Від рішень і волі цих людей залежить гідність та існування, здоров'я і навіть життя інших, як це буває у вчителів, суддів, працівників правоохоронних органів, а також у лікарів і медичних сестер.

Медик володіє певною владою над хворим, отже, у нього також є високий ризик щодо розвитку психічної деформації. До кожної спеціальності потрібно адаптовуватись. Майбутні медики повинні звикнути до нових незвичних умов, які іншим не під силу (робота з трупами і трупним матеріалом, вигляд крові, тяжких травм, травматичних операцій, спостереження за стражданнями та смертю хворих, експериментами на тваринах і т. п.). При цьому важливо не втратити душевні якості. Адже професійна деформація розвивається, як правило, поступово і непомітно саме на етапі професійної адаптації.

Студенти навчальних медичних закладів, коли тільки починають спілкуватися з пацієнтами під час практичних занять у закладах охорони здоров'я, часто досить емоційно переживають прояви дії вищезгаданих негативних чинників, які є невід'ємними від професії медика. На жаль, з часом, внаслідок тривалого контакту зі стресогенними факторами, поступово розвивається звикання, емоційна гіпестезія і навіть байдужість. Не можна проявляти неповагу до покійників і трупного матеріалу, не можна проводити експерименти на тваринах без глибокої анестезії та заради лише однієї цікавості.

Проявом професійної деформації є така поведінка і висловлювання медичних працівників, при яких під впливом звички проявляються черствість по відношенню до хворих, що у людей, які не працюють у медицині, складається враження бездушності і навіть цинізму. Наприклад факт, що лікар і медична сестра не вважають за потрібне відгородити хоч би ширмою помираючого хворого в багатомісній палаті. Медичним працівникам не заважають багатомісні палати. В них інколи легше «доглядати за пацієнтами», адже вони самі спостерігають один за одним і допомагають один одному більше, ніж у малих палатах. Але цей стан може травмувати психіку хворих.

К. Вондречек афористично описує: «Страшно перебувати у палаті, де один їсть, другий стогне, третій справляє дефекацію, а четвертий помирає». Деякі хворі до цього швидко звикають. Але вислів Ф. Достоевського про те, що «людина – це істота, котра до всього звикає», не можна бездушно застосовувати в житті, і коли є найменша можливість – необхідно усунути психотравмуючу ситуацію.

Інертність професійної деформації значною мірою розвивається внаслідок історичної традиції професії медика і його становища в суспільстві. В минулому він був не лише цілителем, учителем, духівником, але також магом - чарівником і володарем. Раніше людей буквально зачаровували знахарі, відьмаки-цілителі, провидці долі. Сьогодні ситуація мало змінилась – людей зачаровують можливості сучасного прогресу в сфері медичної апаратури, технологій, нових «модних» препаратів, особливо ефектні рекламні повідомлення в телепередачах і пресі.

Магічний наліт, підсвідоме відчуття влади над людиною, яка шукала і до теперішнього часу шукає у медиків останнього захисту, залишили в психології медичних працівників пережитки, які інколи мають навіть кастовий характер. Адже психологами встановлено, що у більшості людей є неусвідомлений потяг до влади над іншими людьми. Такі лікарі та медичні сестри ставляться до хворих зневажливо, а інколи, навіть не помічають їх. У поведінці і жестах таких медиків видно явну демонстративну відсутність інтересу до пацієнта, особливо як до особистості, до людини. Інколи вони навіть ігнорують його, грубо ставляться по відношенню до нього. Деякі медики бажають створити собі авторитет і роблять вигляд або підкреслюють, що вони страшенно зайняті: «Вас багато, а я один». Проте потрібно відзначити, що такий суворий і зверхній тип поведінки інколи може спричиняти мобілізуючу і навіть терапевтичну дію на навіюваних хворих, які вбачають в особі медика майже бога. Такий метод свідомо або підсвідомо використовують більшість шарлатанів. Але така поведінка медика викликає у більшості хворих відразу і недовір'я.

Ось чому потрібно стежити за тим, щоб підсвідома професійна психічна деформація, яка безконтрольно розвивається, не стала одним із факторів від'ємного психологічного впливу на хворих.

Мирослава Лаврук,

логопед Івано-Франківської міської клінічної
дитячої лікарні, спеціаліст вищої
кваліфікаційної категорії

Біопропедевтика у попередженні та подоланні різних мовленнєвих вад

Пропедевтика (дав. гр. – попередньо навчаю, готую) – скорочений виклад будь-якої науки в системному вигляді, тобто підготовчий, вступний курс попереднього навчання.

Біопропедевтика в логопедії – це залучення біоенергетичного потенціалу дитини до формування звуків, звукокомплексів, слів, речень та зв'язного мовлення. Можна сказати все, що передує профілактиці мовленнєвих вад, створює відповідну комплексну базу для кінестетичних відчуттів органів артикуляції.

До біоенергокомплексу відносяться: біоенергопластика та логопедична ритміка. *Біоенергопластика* – це поєднання рухів апарату артикуляції з рухами рук. Під сучасною моделлю *логопедичної ритміки* розуміють систему рухових вправ, у яких різні рухи (корпусу, голови, рук, ніг) поєднуються з вимовленням певного мовного матеріалу (звуків, складів, слів, фраз).

Завдяки суттєвому внеску кандидата педагогічних наук, професора, відомого дефектолога Г. А. Волкової у 80-х роках ХХ століття логопедична ритміка виділилась як наука. Г. А. Волкова розширила сферу застосування логопедичної ритміки, запропонувала конкретні методичні рекомендації для комплексної корекції таких мовних вад, як дислалія, алалія, ринолалія, дизартрія, афазія, порушення голосу.

Створена гілка лікувальної ритміки – логопедична ритміка стала в один ряд з іншими розділами логопедії та корекційної педагогіки.

На сьогодні логопедичну ритміку фахівці розглядають як ефективний засіб впливу на різноманітні порушення психомоторних, сенсорних функцій у осіб з мовною патологією.

У логопедичній роботі з корекції немовних і мовних функцій рекомендується використовувати такі засоби біоенергетики:

- ввідні вправи (ходьба і марширування в різних напрямках);
- вправи на розвиток дихання, голосу та артикуляції;
- вправи, що регулюють тонус м'язів;
- вправи, що активізують увагу;
- рахункові вправи;
- вправи, що формують почуття музичного темпу;
- ритмічні вправи;

- спів;
- гру на музичних інструментах;
- ігрову діяльність.

Увагу батьків, педагогічного, медичного персоналу, який працює з дітьми, слід акцентувати на необхідності підходу до засобів логопедичної ритміки як до системи поступово ускладнювальних вправ, завдань і різноманітних форм роботи з дитиною дошкільного віку з урахуванням структури її мовного дефекту.

Відомо, що у значної частини дітей із загальним недорозвитком мови спостерігається порушення слухового сприйняття та емоційно-вольової сфери.

Наслідком цього є неадекватні емоційні прояви. Музика, спів, які найбільш доступні дитячому сприйняттю, здатні не тільки привернути увагу дітей, зацікавити і робити приємність, а й значно збагатити, емоційно забарвити навіть первинні уявлення дитини про складний матеріальний і соціальний світ, що її оточує. Музичні елементи мови функціонально рухливі і закладені, головним чином, в емоційних засадах мови. Це більш важлива функція, ніж вимова, тому музична будова слова для дитини, що починає говорити, має більше значення, ніж фонетична структура.

Роботу над ритмом рекомендується проводити в кілька етапів. На початковому етапі переважає моторна діяльність. Потім розвивається здатність до сприйняття ритму на немовному, а потім й на мовному матеріалі. Наступний етап – сприйняття ритму у русі. І нарешті, виховується здатність до ретенції ритму – збереження його в пам'яті, що викликає певні труднощі у дітей із ЗНМ (загальним недорозвитком мови).

З першого року життя дитина зустрічається з численними формами ритмічних дій і сама бере участь у них (крокує, стрибає, танцює, пов'язує ігрові рухи з декламацією віршів і співом). Спеціальні вправи, ритмічні розспівування, проспівування окремих складів і фраз благотворно впливають і на стан мовленнєвої моторики.

До найбільш ефективних прийомів роботи з логопедичної ритміки слід віднести накреслення «ритмосхем» – графічних малюнків, де тривалості шикуються в певних комбінаціях на одному рядку і передаються дітьми за допомогою простукування, проплескування метроритмічних структур.

До організації комплексно-корекційного впливу на особистість дитини відноситься мультисенсорний підхід. Тактильно-кінестетичне сприйняття несе сильний емоційний вплив. Для отримання простих безпосередніх емоцій рука, як орган дотику, має переваги навіть у порівнянні із зором та слухом. Цим пояснюється підвищена увага до використання ігрового оснащення занять із логопедичної ритміки. Робота з матеріалами, різними за фактурою, дає додаткові можливості для сенсорної стимуляції. На заняттях діти можуть гратися кубиками, камінчиками, мушлями, паличками, шишками, колючими клубками, кульками та іншими дрібними предметами із штучних та

природних матеріалів. Крім того, предмети ігрової діяльності є для дитини важливими «партнерами» комунікації.

Для ефективної корекції різноманітних мовних та немовних порушень рекомендується використовувати:

- вокальне та інструментальне музикування;
- мовно-рухові ігри та вправи (дихально-артикуляційний тренінг, ігровий масаж і пальчикову гімнастику, мовні ігри та рольові вірші);
- ігрогімнастику, ігровитміку;
- емоційно-вольовий тренінг.

Коротка характеристика вказаних форм роботи.

Вокальне музикування передбачає приведення голосового апарату в робочий стан, налаштування слуху та уваги, ознайомлення з можливостями людського голосу. Сюди відносяться ігри з розвитку голосового апарату, звуконаслідувальні ігри зі співом, фонопедичні вправи, спів з рухом і тональним акомпанементом.

Інструментальне музикування є основою формування ритмічних навичок гри на різних музичних інструментах та їх заміниках. Це можуть бути: дудочки, сопілки, барабанчики, ігрові піаніно, іоніки. Таке музикування розвиває вміння використовувати характерне звучання інструментів, розвиває слух, увагу.

Мовно-рухові ігри та вправи передбачають розвиток координаційно-регулювальних функцій мови та руху. Вони розвивають дихальну систему, всі види моторики, встановлюють асоціацію між виразними рухами та персонажами казок, віршів, драматизації. Характерним моментом у таких іграх є перехід від загальних, деколи недостатньо керованих рухів до тонких, диференційованих, що, безсумнівно, свідчать про появу виразності та здібностей до пластичної інтерпретації творів.

Дихально-артикуляційний тренінг. Ігри та ігрові вправи цього розділу використовуються на кожному занятті і є основою для формування немовного та мовного дихання, артикуляційної бази звуків. Дихально-артикуляційний тренінг проводиться спочатку ізольовано, потім включається у рольові ситуації. Вправи виконуються під рахунок або з музичним супроводом.

Ігровий масаж і пальчикова гімнастика. Вони слугують для зняття зайвого м'язового тону, стомлення, розумового напруження. Пальчикові ігри та вправи стимулюють розвиток артикуляційного компонента мови, розвивають фантазію, перетворюють навчальний процес на захопливу гру.

Мовні ігри та рольові вірші є основою для розвитку просодичних компонентів мовлення: ритмічності, мелодики, інтонаційної виразності. Крім того, вони сприятливо впливають на стан вербальної пам'яті і продуктивності запам'ятовування. З'єднання ритмічної, виразної вимови з рухом сприяє конкретизації слухових образів, формуванню зв'язного мовлення.

Ігрогімнастика дозволяє відчувати і розвивати певні групи м'язів, регулювати м'язовий тонус, включає необхідні ігри та вправи для розвитку координації, просторового орієнтування, усвідомлення схеми власного тіла.

Ігроритміка – це рухові і ритмічні комплекси, що виконуються під спеціально підібрану музику. Під час виконання ритмічних комплексів використовуються жести рук і рухи тіла, що супроводжуються звуком (плесканням, клацанням пальців, притупуванням). Для ігрового оформлення часто використовуються брязкальця, тріскачки, камінчики і т. п.

Емоційно-вольовий тренінг містить ігри та ігрові вправи, що мають на меті невербальне та вербальне вираження основних емоцій (радості, смутку, подиву, страху, злості, інтересу, горя, спокою). Будучи не директивним видом діяльності, емоційно-вольовий тренінг спрямований, у першу чергу, на розвиток сенситивних здібностей (емпатії, комунікативних навичок) і позитивної самооцінки шляхом залучення дитини до загальної ігрової діяльності. Успішне виконання ігрових завдань дозволяє дитині долати комплекс неповноцінності, основними ознаками якого є: страх, невпевненість, надмірна сором'язливість, надчутливість, замкнутість, залежність, емоційна інфантильність. Досягнення емоційного розкріпачення, відкритості відбувається через емоційну розминку. Етюди на розвиток міміки, пантоміміки, вокальні міміки поповнюють досвід експресивного реагування. Релаксаційні вправи знімають м'язове напруження і дозволяють контролювати деструктивні емоції й дії, оволодіти навичками саморегуляції. Паралельно розвиваються комунікативна і регулювальна функції мови.

Висновок. Біоенергопропедевтика оптимізує психологічну базу мовлення, покращує моторні можливості дитини за всіма параметрами, сприяє корекції звуковимови та фонемних процесів. Синхронізація роботи з органами артикуляції загальної та дрібної моторики скорочує час занять, не лише не зменшуючи, але й навіть посилюючи їх результативність.

Вона дозволяє швидко прибрати зорову опору – дзеркало і перейти до виконання вправ за відчуттями. *Це особливо важливо, оскільки в реальному житті діти не бачать своєї артикуляції.*

Практичний власний досвід засвідчує доцільність застосування біоенергопропедевтики у попередженні та подоланні різних мовленнєвих вад.

Короткий словник медичних термінів

Абіотичні фактори – сукупність факторів неживої природи, які впливають на живі організми (температура, тиск та ін.).

Абстиненція – стан організму, який характеризується комплексом психічних, вегето-соматичних і неврологічних симптомів; виникає після раптової відміни ліків, наркотику, алкоголю, які викликали залежність від них.

Агравация – навмисне перебільшення хворим свого хворобливого стану.

Агранулоцитоз – відсутність гранулоцитів у периферійній крові.

Акромегалія – захворювання, яке характеризується збільшенням розмірів кисті рук, стоп, нижньої щелепи, внутрішніх органів; викликається підвищенням секреції соматотропного гормону передньої частки гіпофіза.

Алексія – розлад читання внаслідок нерозуміння тексту через нездатність розпізнавати літери.

Аліментарний – пов'язаний із харчуванням, їжею.

Алкалоз – порушення кислотно-лужної рівноваги в бік абсолютного або відносного збільшення кількості основ і зниження концентрації водневих іонів у крові, тканинній рідині.

Алкаптонурия – спадкове захворювання, розвивається внаслідок порушення обміну тирозину; проявляється у дорослих через пігментацію тканин та артрози, у дітей – через посилення пігментації сечі та вушної сірки. Спадкується за аутосомно-рецесивним типом.

Аменорея – відсутність менструації на протязі 6 місяців і більше.

Ангіопатія – порушення тону судин, яке обумовлене розладом нервової регуляції.

Ангіотензин – біологічно активний поліпептид, який утворюється із ангіотензиногену; підвищує артеріальний тиск внаслідок звуження кровоносних судин.

Аневризма – розширення просвіту кровоносних судин або порожнини серця внаслідок патологічних змін їх стінок або аномалії розвитку.

Анкілоз – відсутність рухливості суглоба.

Анофтальм – відсутність одного або обох очних яблук.

Апноє – тимчасова зупинка дихання.

Арахноїдит – запалення павутинної оболонки мозку.

Ацидоз – форма порушення кислотно-лужної рівноваги: надмірний вміст кислот (аніонів) у крові і тканинах.

Балантидіаз – паразитарне кишкове захворювання, викликане інфузорією балантидією кишковою.

Бері-бері – хвороба, що розвивається внаслідок нестачі в їжі тіаміну (вітаміну В₁) або незасвоєння його в організмі.

Бешиха – інфекційне захворювання, збудником якого є гемолітичний стрептокок; характеризується чітко обмеженим запаленням шкіри, гарячкою, проявами загальної інтоксикації.

Біопсія – узяття невеликого об'єму тканини у живої людини для мікроскопічного дослідження.

Вазодилатація – збільшення просвіту кровоносних судин.

Вікарний – заступний, суміжний, замісний, компенсаторний.

Вірулентність – ступінь патогенності даного штаму мікроорганізму відповідно до певного виду тварин або людини.

Водянка – накопичення рідини в будь-якій порожнині тіла.

Гастроптоз – патологічне зміщення шлунка вниз.

Гематокрит – відношення об'єму формених елементів крові до об'єму плазми.

Гематомезис – криваве блювання.

Гемоліз – процес руйнування еритроцитів.

Гемоторакс – скупчення крові в плевральній порожнині.

Геронтологія – розділ медицини й біології, що вивчає явище старіння організму.

Гіперестезія – підвищена чутливість до подразників, які впливають на органи чуття.

Дегідратація – зменшення вмісту води в організмі.

Діapedез – проходження клітинних елементів крові через непошкоджені стінки капілярів і невеликих вен у тканини.

Ейтрофія – добре харчування.

Ексфоліація – злущування пластів багатошарового епітелію при деяких дерматозах.

Екскоріація – садно, подряпина.

Екцизія – вирізування.

Емболія – закриття кровоносної судини емболом.

Енкопрез – мимовільне виділення калу.

Епіспадія – природжений дефект (щілина) верхньої частини сечовипускного каналу.

Епітаксис – носова кровотеча.

Інгібітори – речовини, які викликають гальмування, пригнічення якого-небудь процесу.

Інсектициди – речовини, що застосовуються для знищення комах.

Інстиляція – введення рідких лікарських речовин краплями, наприклад, у сечовий міхур, кон'юктивальний мішок.

Інтрацелюлярний – внутрішньоклітинний, локалізований всередині клітини.

Кахексія – крайній ступінь виснаження організму.

Кліренс – швидкість очищення крові або інших середовищ та тканин організму від будь-якої речовини.

Кумуляція – накопичення біологічно активної речовини або ефектів, які вона викликає.

Лептоспіроз – госте інфекційне захворювання, яке викликається лептоспірами; характеризується ураженням печінки, нирок та кровоносних капілярів.

Лімфаденіт – запалення лімфатичного вузла.

Ліпотропні речовини – лікарські засоби, що зменшують жирову інфільтрацію печінки (наприклад, метіонін, ліпамід).

Люмбалгія – біль у попереково-крижовому відділі.

Макрогенія – аномалія розвитку: збільшення нижньої щелепи.

Маляція – розм'якшення тканин внаслідок некрозу або дистрофії.

Мастектомія – видалення молочної залози.

Мієлографія – рентгенографія спинного мозку.

Міотомія – розтин м'язів.

Монорхізм – аномалія розвитку: відсутність одного яєчка.

Муковісцидоз – спадкове захворювання, при якому вивідні протоки підшлункової залози, залоз кишечника й дихальних шляхів закупорюються в'язким секретом; спадкується за аутосомно-рецесивним типом.

Нормоволемія – нормальний об'єм крові в організмі.

Облітерація – заростання порожнини або просвіту будь-якого органа, судини.

Обтурація – закупорка порожнин, судин, кишок.

Одонтит – запалення зуба.

Олігокінезія – малорухомість і скованість рухів.

Параніхія – запалення м'яких тканин, оточуючих ніготь.

Пельвіметрія – вимірювання розмірів тазу у жінки.

Перспірація – виділення рідини через шкіру.

Перфузія – тривале нагнітання крові або кровозамінюючої рідини у кровоносні судини органа, частини тіла чи всього організму.

Піурія – виділення гною з сечею.

Поліноз – алергічне захворювання, викликане пилом рослин.

Ригідність – негнучкість, заціпеніння.

Салівація – посилене виділення слини.

Секвестр – ділянка некротизованої тканини, яка тривалий час не підлягає аутолізу.

Септикопіємія – форма сепсису, при якій відбувається утворення метастатичних абсцесів у різних тканинах і органах.

Скарифікація – нанесення дрібних насічок на поверхню тканини (шкіри).

Суїцидоманія – прагнення до самогубства..

Хілектазія – стійке розширення лімфатичних судин.

Ятрогенія – негативний вплив лікаря, медичних працівників на хворого.

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.



Офіційне видання

Упорядники:

Олександра Воевода, Галина Микула,
Ольга Бойчук, Тетяна Кордис

**ЮВІЛЕЙНИЙ ВІСНИК
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ**

Число № 8

Збірник

Відповідальний за випуск *Володимир Стасюк*
Коректор *Олександра Афтанас*

Підписано до друку 17.08.2015. Формат 60x84^{1/16}
Папір офсетний. Гарнітура «Times New Roman». Друк офсетний.
Ум.друк.арк..
Наклад 1000 прим. Замовл. № 1991