

## Проект

### Концепція реформування системи охорони здоров'я міста Черкаси на 2012-2017 роки

#### Вступ.

Існуюча система охорони здоров'я не здатна задовольнити потреби населення міста у медичній допомозі. Незважаючи на проголошені Конституцією України принципи, система охорони здоров'я не забезпечує рівного безкоштовного доступу населення до якісних медичних послуг.

Про це свідчить :

1. Скорочення очікуваної тривалості життя населення України (68,2 роки);
2. Високі показники загальної смертності населення (16,3 на 1000 населення по Україні), які вдвічі перевищують показники країн Європейського Союзу . **В м. Черкаси цей показник за 2010 рік - 11,3**
3. Один з найнижчих серед країн Європи рівень природного приросту населення (- 4,2 на 1000 населення по Україні), що призводить до депопуляції населення швидкими темпами. **В м. Черкаси за 2010 рік ( - 1,9 )**
4. Надмірні особисті витрати населення на оплату медичних послуг (40% від загального обсягу фінансування);
5. Існування неформальних (тіньових) платежів населення за медичні послуги (10% від загального обсягу фінансування).

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

Провідною проблемою української системи охорони здоров'я є невідповідність сучасним реаліям діючої в Україні старої радянської моделі охорони здоров'я (моделі Семашко), яка функціонувала в умовах планової економіки. Давно вже немає тієї планової економіки, давно вся країна живе за законами ринку, і лише медична галузь залишилась на узбіччі. Звідси – хронічне недофінансування, розпорошення матеріальних та кадрових ресурсів, нераціональне використання навіть того, що виділяється:

- невиправдано низька частка первинної медико-санітарної допомоги в загальному комплексі медичної допомоги, що надається населенню; виконання функцій первинної допомоги на вторинному рівні (стаціонар) та навіть на третинному;
- неефективна побудова системи та часткова реформованість структури медичних закладів;
- відсутність механізму планування та оцінки роботи медичних закладів у прив'язці до наданих медичних послуг та відповідно фінансування за цим чинником, і, навпаки, існуюча прив'язка системи фінансування до об'ємних кількісних, але неякісних показників;

- не виправдано мізерний рівень системи фінансування інших крім бюджетних джерел, зокрема, громадських фондів, системи страхування, платних послуг;
- розпорошеність та неефективність використання наявних ресурсів охорони здоров'я.

**На сьогодні для нормального функціонування системи охорони здоров'я м. Черкаси потрібно не менше 266 млн. грн.**

На жаль, існуючі ресурси, включаючи добровільне страхування та лікарняні каси, забезпечують галузь лише на 60% від потреби.

**Виникає дефіцит більше 105 млн. грн., який вимушені частково покривати наші пацієнти.**

Враховуючи зазначені проблеми, до Програми економічних реформ України на 2010-2014 роки „Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава”, розробленої на виконання завдання Президента України Комітетом з економічних реформ при Президентові України, внесено розділ „Підвищення стандартів життя. Реформа медичного обслуговування”, в якому визначені необхідні кроки, спрямовані на покращення здоров'я населення, забезпечення рівного й справедливого доступу усіх громадян до медичних послуг належної якості.

### **Мета:**

1. Метою реалізації проекту концепції реформування системи охорони здоров'я міста Черкаси є впровадження та відпрацювання нових організаційно-правових та фінансово-економічних механізмів, що спрямовані на підвищення ефективності та доступності медичного обслуговування населення і є необхідними для розвитку системи охорони здоров'я м. Черкаси.

### **2. Очікувані результати:**

- 2.1. Проведення протягом 2012-2015 років структурно - організаційної та функціональної перебудови системи медичного обслуговування;
- 2.2. Підвищення рівня медичного обслуговування населення, розширення можливості щодо його доступності та якості;
- 2.3. Впровадження нових підходів щодо організації роботи закладів охорони здоров'я;
- 2.4. Підвищення ефективності використання бюджетних коштів, передбачених для фінансового забезпечення системи охорони здоров'я .

### **Нормативно-правова база, яка регламентує реформування галузі охорони здоров'я в Україні.**

1. Конституція України
2. Закон України №2801-ХІІ від 19.11.1992р. «Основи законодавства України про охорону здоров'я»
3. Закон України «Про затвердження програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року» від 22 січня 2010 року №1841-VI.

4. Закон України “Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров’я”
5. Закон України “Про реалізацію пілотного проекту щодо реформування системи медичного обслуговування у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях”
6. Постанова Кабінету Міністрів України від 20.06.2000р. №989 «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров’я».
7. Постанова Кабінету Міністрів України від 17.02.2010р. №208. «Деякі питання удосконалення систем охорони здоров’я».
8. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 24.07.2006 року №421 «Про схвалення Концепції державної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2010 року».
9. Наказ МОЗ України №72 від 23.02.2001р. «Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини».
10. Наказ МОЗ України №303 від 23.02.2001р. «Про організацію роботи закладів (підрозділів) загальної практики – сімейної медицини»
11. Наказ МОЗ України №191 від 05.05.2003р. «Про затвердження тимчасових державних соціальних нормативів надання медичної допомоги за спеціальністю «загальна практика – сімейна медицина».
12. Наказ МОЗ України №308 від 22.05.2006р. «Про затвердження таблиця оснащення фельдшерсько-акушерських пунктів, лікарських амбулаторій (у т.ч. амбулаторій загальної практики – сімейної медицини) та підрозділів первинної медико-санітарної допомоги лікувально-профілактичних закладів.
13. Наказ МОЗ України №500 від 29.08.2008 року «Про заходи щодо удосконалення надання екстреної медичної допомоги населенню в Україні».
14. Наказ МОЗ України №735 від 30.08.2010р. «Про затвердження примірних етапів реформування первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги».
15. Наказ МОЗ №466 від 07.06.2010р. «Про виконання рішення колегії МОЗ України від 29.04.2010р».
16. Наказ МОЗ України № 1202 від 31.12.2010р. “Про створення робочої групи з упровадження реформ за напрямком “Реформа медичного обслуговування”
17. Наказ МОЗ України № 1123 від 15.12.10р. “Про внесення змін до наказу МОЗ України від 14.02.2007р. № 67”
18. Наказ МОЗ України від 02.03.2011 № 126 "Про затвердження плану заходів на виконання Плану-графіка за напрямком "Реформа медичного обслуговування" на 2011 рік"
19. Наказ МОЗ України від 11.03.2011 № 141 "Про затвердження Методичних рекомендацій "Уніфікована методика розробки індикаторів якості медичної допомоги"
20. Наказ МОЗ України від 13.04.2011 № 204 "Про затвердження та впровадження Примірного переліку послуг перинатальної допомоги на всіх етапах її надання"
21. Наказ МОЗ України від 11.05.2011 № 278 "Про затвердження плану заходів МОЗ України з реалізації Національного плану дій на 2011 рік щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010-2014 роки "Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка..."
22. Наказ МОЗ України від 20.05.2011 № 304 "Про затвердження Тимчасових методичних рекомендацій з визначення обсягів фінансування закладів охорони здоров'я за видами надання медичної допомоги у пілотних регіонах"

23. Наказ МОЗ України від 23.05.2011 № 306 "Про робочу групу з реалізації пілотного проекту"
24. Наказ МОЗ України від 23.05.2011 № 315 "Про затвердження Методики розрахунку вартості послуг з охорони здоров'я"
25. Наказ МОЗ України від 28.07.2011 № 443 "Про Порядок вибору лікаря, що надає первинну медичну допомогу"
26. Наказ МОЗ України від 28.07.2011 № 444 "Про затвердження переліку нормативно-правових актів, необхідних для реалізації Закону України "Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях..."
27. Наказ МОЗ України від 15.08.2011 № 507 "Про затвердження комплексу показників для проведення оцінки стану реформування системи охорони здоров'я у пілотних регіонах"
28. Наказ МОЗ України від 15.08.2011 № 514 "Про затвердження Примірного статуту Перинатального центру зі стаціонаром та Примірного положення про Перинатальний центр у складі закладу охорони здоров'я"
29. Наказ МОЗ України від 17.08.2011 № 519 "Про організацію підготовки та підвищення кваліфікації лікарів, фельдшерів (медичних сестер) станцій швидкої медичної допомоги з медицини невідкладних станів у пілотних регіонах (Вінницькій, Донецькій..."

## **Принципи реформування галузі охорони здоров'я**

### ***I. Система профілактики захворювань***

В умовах реформування системи охорони здоров'я України особливого значення набуває запровадження якісно нових заходів щодо профілактики захворювань та діяльності з формування здорового способу життя.

Серед цих заходів найважливіше місце посідає проведення ***суцільної диспансеризації населення***.

**Диспансеризація** має включати в себе наступні складові:

1. Впровадження державних клінічних протоколів обстеження громадян під час диспансеризації. При цьому протокол має визначати особливості проведення обстеження в залежності від статі, віку громадян, місця проживання, наявних та минулих захворювань, способу життя, особливостей професійної діяльності та іншої інформації;
2. Формування єдиної програмної інформаційної системи проведення диспансеризації населення, яка буде включати в себе:
  - індивідуальні картки стану здоров'я громадян та обліку диспансеризації – так звані "медичні паспорти" або «електронні медичні паспорти»;
  - єдиний реєстр проходження диспансеризації населення.
3. Створення порядку організації диспансеризації населення, ефективної системи динамічного спостереження за громадянами та прийняття нормативно-правових актів, що регламентують проведення профілактичних оглядів населення, затвердження необхідних державних програм.

Головною відповідальною особою в проведенні диспансеризації має стати – сімейний лікар.

Саме сімейний лікар буде визначати для кожного із своїх пацієнтів індивідуальну програму проведення диспансеризації, базуючись на вищезазначеному протоколі.

Після проходження диспансеризації сімейний лікар повинен:

- призначити основні лікувально-оздоровчі заходи (застосування лікарських засобів, фізіотерапії, санаторно-курортного лікування);
- призначити індивідуальні програми профілактики захворювань;
- здійснювати моніторинг стану здоров'я кожного прикріпленого пацієнта;
- у разі необхідності направляти його для надання медичної допомоги на вторинний рівень.

**II. Запровадження системи індикаторів якості медичних послуг, що надаються на первинному, вторинному рівнях медико-санітарної допомоги;**

**III. Запровадження договорів на виконання бюджетних програм в охороні здоров'я**

**IV. Фінансово-економічна перебудова системи охорони здоров'я**

(Згідно з проектом Кабінету Міністрів України та з нашими пропозиціями )

### **Шляхи забезпечення достатнього рівня фінансування галузі**

- Оптимізація структури та системи фінансування ;
- Запровадження обов'язкового медичного страхування;
- Розширення сфери застосування платних медичних послуг;
  - Концентрація бюджетних коштів для надання первинної медико-санітарної допомоги, включаючи невідкладну, вторинної амбулаторної допомоги - на міському рівні, на надання вторинної (стаціонарної) та екстреної медичної допомоги- на обласному рівні;
  - Застосування програмно-цільового методу у фінансуванні закладів охорони здоров'я;
  - Здійснення розрахунку витрат на фінансування закладів охорони здоров'я, що надають первинну медико-санітарну допомогу, на основі подушного фінансового нормативу;
  - Фінансування закладів вторинного та третинного рівнів надання медичної допомоги здійснюється відповідно до регіонального бюджету.

### **Замовники медичних послуг**

(Згідно з проектом Кабінету Міністрів України та з нашими пропозиціями )

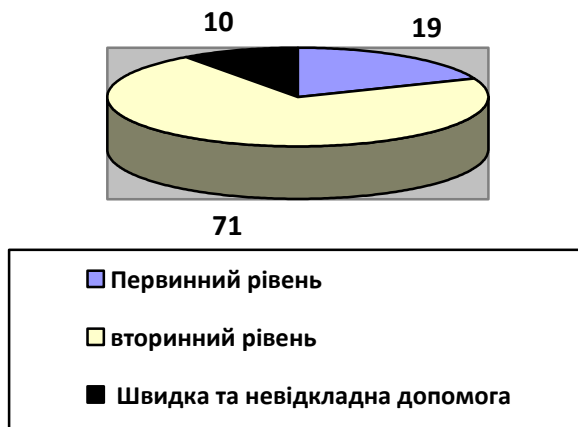
Замовником медичних послуг в рамках виконання бюджетної програми для надання первинної медико-санітарної допомоги і вторинної амбулаторної допомоги є департамент охорони здоров'я Черкаської міської ради.

Замовником медичних послуг в рамках виконання бюджетних програм для надання вторинної (стаціонарної), третинної та екстреної медичної допомоги є управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації.

**Особливо важливо:**

**Реформу потрібно здійснювати лише після того, як на державному рівні буде прийнята нормативно-правова база.**

**Існуючий розподіл коштів медичної галузі по м. Черкаси :**



### *Розподіл коштів медичної галузі м. Черкаси після реформи*



### **Етапи проведення реформування охорони здоров'я міста**

#### *I-й етап – 2012 р.*

#### **Структурна перебудова**

1. Виділення із структури КНП «Перша Черкаська міська лікарня», Третьої Черкаської міської лікарні ШМД поліклінік загальної практики сімейної медицини, що надають первинну медико-санітарну допомогу з наданням статусу юридичної особи. Реструктуризація дільничної служби, суміщення терапевтичних і педіатричних дільниць та впровадження групової практики з окремим прийомом дітей та дорослих, де 2-3 лікарі приймають доросле населення, а один – дитяче. Продовжувати перепідготовку медичних кадрів.

2. Провести реконструкцію п'яти приміщень під амбулаторії ЗПСМ.

Розпочати, з врахуванням матеріальної бази, створення в районах міста (Митниця, Дахнівський, Луначарського) лікарських амбулаторій загальної практики сімейної медицини.

3. Створення на базі станції швидкої допомоги пунктів швидкої медичної допомоги тимчасового базування, у тому числі на базі Третьої Черкаської міської лікарні СШМД та по вул. Корольова, 15. Доукомплектування штату станції швидкої допомоги у відповідності до діючих штатних нормативів.

4. Створення на базі існуючих поліклінік структурних підрозділів – **відділень невідкладної медичної допомоги для дорослого та дитячого населення**. Перерозподіл функцій швидкої та невідкладної медичної допомоги.

5. Передбачити в структурі приймальних відділень стаціонарних ЛПУ підрозділу невідкладної (екстреної) медичної допомоги.

6. Створення на базі КНП «Перша Черкаська міська стоматологічна поліклініка» та Черкаської міської стоматологічної поліклініки № 2 **Черкаського міського центру стоматологічної допомоги** та переведення його на госпрозрахунок з впровадженням системи відшкодування вартості лікування пільговим категоріям населення з міського бюджету.

7. Переведення КНП «РОП «Астра» на госпрозрахунок з впровадженням системи відшкодування вартості лікування пільговим категоріям населення з міського бюджету.

8. Створення на базі пологових будинків №№ 1,2 Міського комунального пологового закладу «Центр матері та дитини».

9. Підготовча робота до створення центрів первинної медичної допомоги, **консультативно-діагностичного центру** (з наступною структурою:

- відділення променевої діагностики та КТ;
- відділення функціональних методів дослідження;
- відділення УЗД;
- відділення ендоскопічних досліджень;
- клініко-діагностична лабораторія;
- клініко-консультативне відділення;
- адміністративно-господарчий відділ;
- реєстратура),

9. Створення системи паліативної допомоги з виїзною службою «**Хоспіс на дому**» на базі КНП «Друга Черкаська міська лікарня відновного лікування» .

### **Кадрова перебудова**

1. Забезпечення виділення житла для медичних працівників . Забезпечення житлом молодих фахівців в рамках програми « Дешево житло»

2. Укладання угод між міською радою та вищим навчальним медичним закладом щодо навчання жителів м. Черкаси з наступним обов'язковим поверненням в м. Черкаси.

### **Медичне забезпечення:**

Розробити обсяги медичної допомоги, що віднесені до гарантованого рівня при зверненні хворого:

- екстрена та невідкладна допомога;
- первинна медична допомога;
- стаціонарна — у разі гострого захворювання та в невідкладних випадках, коли необхідне інтенсивне лікування, цілодобовий медичний нагляд та госпіталізація;
- невідкладна стоматологічна допомога;

- контингенту хворих, що отримують медичну допомогу в рамках виконання державних програм;
- пільговим категоріям населення, які визначені законодавством;

2. Визначити обсяги медичної допомоги, що надаються на основі договорів про державні закупівлі медичних послуг:

- допомога хворим, лікування яких здійснюється за направленням на стаціонарне лікування: а) лікаря первинного рівня, б) головного позаштатного спеціаліста регіонального органу охорони здоров'я для хронічних хворих, при умові, що таке лікування не потребує ургентності та здійснюється у порядку черговості;

До платних послуг віднести наступну допомогу:

1. В разі відсутності фактору ургентності та невідкладності, а також у випадках відсутності направлення лікаря первинного рівня або головного позаштатного спеціаліста регіонального органу охорони здоров'я за самозверненням;

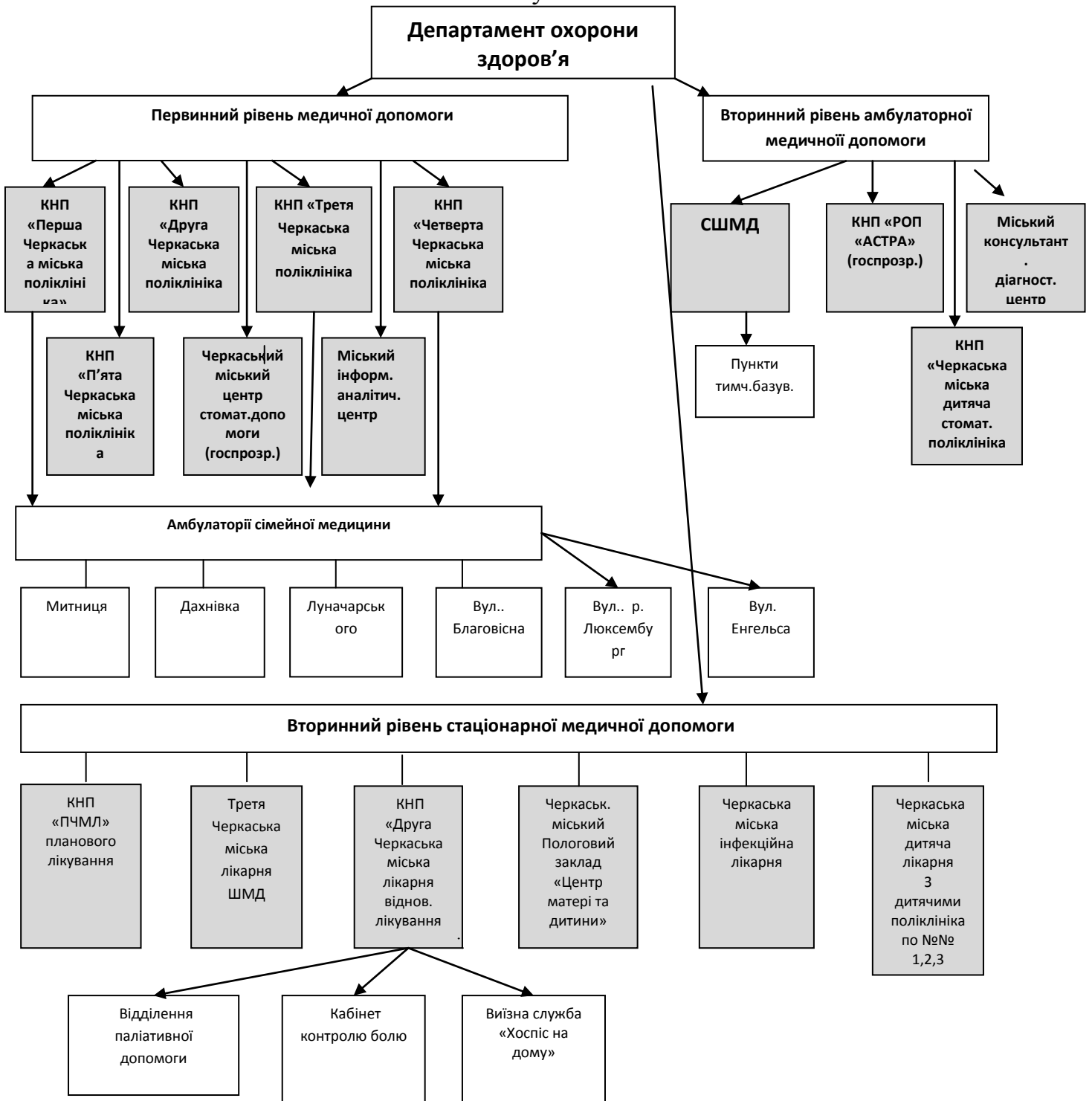
2. Так звані «готельні послуги» - посилене харчування, покращені побутові умови (крім тих видів допомоги, які входять до гарантованого рівня при зверненні хворого);

3. Послуги, що за бажанням хворого виконуються на дому;

4. Консультації в разі, якщо це не передбачено протоколом.

Крім того, певна частина медичних послуг буде надаватись за договорами по добровільному медичному страхуванню, за рахунок благодійних внесків, через лікарняні каси, фонди, тощо.

Структура ЛПЗ міста після завершення I етапу:



## II-й етап - 2013-2014 рр.

1. Створення на базі КНП «Перша Черкаська міська поліклініка», КНП «Друга Черкаська міська поліклініка», КНП «Третя Черкаська міська поліклініка», КНП «Четверта Черкаська міська поліклініка», КНП «П'ята Черкаська міська поліклініка», п'яти центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) з передачею їм на обслуговування дитячого населення та перепідпорядкування їм відділень невідкладної медичної допомоги, відділень ПМСД, лікарських амбулаторій, дільничних лікарів терапевтів та педіатрів.

*До функцій ЦПМСД входить: укладання договорів на надання послуг із первинної допомоги, планування, координація діяльності закладів, забезпечення якості медичної допомоги, облік та звітність, фінансовий менеджмент, визначення і розподіл стимулюючих виплат.*

*В систему ЦПМСД входять амбулаторії сімейних лікарів, які є підрозділами ЦПМСД (норматив навантаження на одного лікаря 1500 осіб), і які наближені до місця проживання населення. Амбулаторії розміщуються куцзовим методом по території міста і в кожній працює 3-5 сімейних лікарів.*

2. Продовження формування оптимальної мережі закладів первинного рівня медичної допомоги. По мірі створення матеріальної бази – розширення мережі амбулаторій загальної практики сімейної медицини до 7 амбулаторій, максимальне приближення до місць прикріпленого населення.

3. Поетапний перехід на сімейний принцип обслуговування шляхом поступової передачі частини педіатричної допомоги від лікаря педіатра до лікаря загальної практики сімейної медицини за принципом групової практики.

4. Укріплення матеріальними ресурсами, обладнанням та кадрами центрів ПМСД та їх підрозділів.

5. Перерозподіл ресурсів між закладами первинного рівня та вторинного рівня надання медичної допомоги. Фінансування закладів первинного рівня надання медичної допомоги відповідно до подушного фінансового нормативу з введенням стимулюючих доплат і корегуючих коефіцієнтів за обсяги та якість медичної допомоги.

6. Зміна структури міської дитячої лікарні:

1) стаціонар;

2) консультативна поліклініка ( педіатри, вузькі фахівці обслуговують дитяче населення за направленням лікаря ЗПСМ);

3) профілактичний підрозділ:

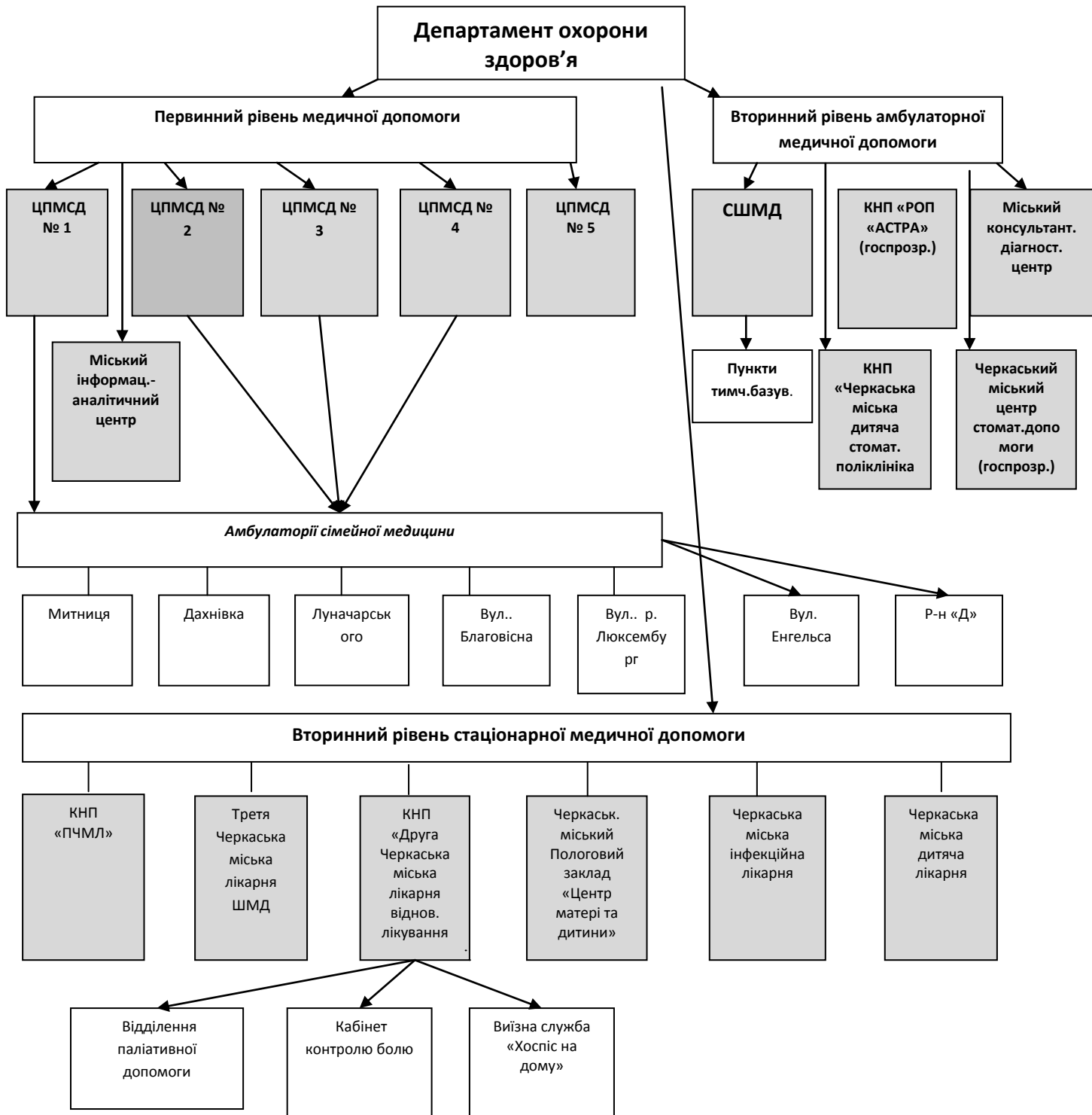
- дошкільне відділення;
- шкільне відділення;
- підліткове відділення;
- студентське за договорами із закладами освіти.

*Функції:*

- профогляди;
- допуск до занять;
- щеплення;
- навчання на дому та ін.

7. забезпечення діяльності міського пологового закладу « Центр матері та дитини» на двох базах . Створення відділення реанімації та інтенсивної терапії новонароджених; створення відділення реанімації та інтенсивної терапії дорослих.

# Структура ЛПЗ міста після завершення II етапу:



### III-й етап - 2016- 2017 рр.

1. Створення на базі ЛПУ міста госпітального округу. Перепрофілювання закладів вторинної медичної допомоги, які входять до госпітального округу з урахуванням їх матеріально-технічного та кадрового потенціалу, профілю діяльності та структури медичних послуг, у заклади, що надають допомогу різної інтенсивності.

Тепер щодо реформи вторинного рівня:

Сьогодні вторинна медична допомога надається переважно багатопрофільними спеціалізованими міськими лікарнями. Чисельність таких стаціонарів більше, ніж вдвічі перевищує аналогічний показник країн Європи, що призводить до розпорошення ресурсів та низької якості надання медичної допомоги.

Тому назріла необхідність здійснення перепрофілювання закладів вторинної медичної допомоги, які ввійдуть до госпітального округу з урахуванням їх матеріально-технічного та кадрового потенціалу, профілю діяльності та структури медичних послуг, у заклади, що надають допомогу різної інтенсивності..

*Так, госпітальний округ повинен мати:*

**Перше.** Багатопрофільну лікарню інтенсивної допомоги хворим з гострими станами. Йдеться про надання цілодобової медичної допомоги хворим, лікування хворих з гострими станами, що потребують високої інтенсивності лікування та догляду (база- Третя Черкаська міська лікарня ШМД);

**Друге.** Заклади для проведення планового лікування: для проведення повторних курсів протирецедивної терапії або долікування з використанням стандартних схем лікування, проведення планових операцій у порядку черги ( база- КНП «Перша Черкаська міська лікарня» ;

**Третє.** Заклади для реабілітаційного (відновлювального) лікування: для відновлення функцій, порушених в результаті захворювання чи травми, з метою або попередження інвалідності, або реабілітації інвалідів, лікування після інфарктів та інсультів, надання паліативної допомоги( база- КНП «Друга Черкаська міська лікарня відновного лікування»;

**Четверте .** Заклади для медико-соціальної допомоги: забезпечення догляду та надання соціальної і паліативної допомоги хронічним хворим. Цей заклад потребує мінімального діагностичного та лікувального обладнання, обслуговування тут забезпечується переважно сестринським персоналом.

**П'яте.** Пологовий заклад

Надходження пацієнтів до закладів охорони здоров'я, що надають вторинну медичну допомогу, здійснюються наступним чином:

- до лікарні інтенсивного лікування – доставка бригадами швидкої та невідкладної медичної допомоги, за направленням лікаря ЗПСМ, лікаря-спеціаліста, або самозвернення пацієнта;
- до лікарні планового лікування та консультативно-діагностичного центру – за направленням лікаря ЗПСМ та лікарів - спеціалістів;
- до лікарні відновного лікування - за направленням лікаря ЗПСМ, лікарів лікарень інтенсивного та планового лікування, закладів третинної медичної допомоги ;
- до відділення паліативної допомоги - за направленням лікаря ЗПСМ.

2. Автономізація закладів первинного, вторинного рівня надання медичної допомоги, продовження надання їм статусу комунальних некомерційних неприбуткових підприємств.

3. Впровадження державних закупівель медичних послуг на первинному, вторинному рівні медичної допомоги за відповідними договорами.

4. Впровадження механізму реалізації права пацієнта вільно вибирати лікаря первинної медико-санітарної допомоги, або у визначеному порядку його змінювати.

5. Створення раціонального медичного маршруту пацієнта для надання медичної допомоги на інших рівнях. Впровадження механізмів забезпечення організації доступу пацієнтів до спеціалізованої допомоги через направлення лікаря ПМСД, за винятком випадків, що потребують надання невідкладної спеціалізованої медичної допомоги.

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

7. Створення механізму зовнішнього контролю якості діяльності медичного закладу.

8. Посилення захисту прав пацієнтів та залучення громадських організацій/населення до контролю за якістю діяльності медичного закладу.

9. Створення єдиної електронної мережі ЛПЗ міста з електронним медичним паспортом пацієнта.

### **Реформа швидкої медичної допомоги.**

В рамках запланованих перетворень передбачається:

1. Розділити функції швидкої та невідкладної допомоги і передати невідкладну допомогу, як функцію, на первинний рівень;

2. Звільнити служби швидкої допомоги від функції щодо проведення знеболювання онкологічним хворим вдома і передати це завдання на первинний рівень;

3. Ввести станції швидкої допомоги до складу госпітального округу;

4. Сформувати підстанції тимчасового базування, потужність та кількість яких визначати таким чином, щоб забезпечити дотримання ключового критерію діяльності служби – тобто часу доїзду до хворого/постраждалого в межах 10 хвилин в місті ;

5. Забезпечити надання швидкої допомоги, де це виправдано, переважно фельдшерськими бригадами, оснащеними та навченими до використання відповідних клінічних протоколів.

### **Організація медичної допомоги закладами охорони здоров'я міста Черкаси після реорганізації**

Для надання медичної допомоги жителям м. Черкаси пропонується створити структуру закладів охорони здоров'я, які будуть надавати первинний та вторинний рівень амбулаторної МСД.

Координуюча роль покладається на департамент охорони здоров'я.

Фінансування закладів, які надаватимуть допомогу жителям м. Черкаси, проводити за рахунок міського бюджету.

**Первинна медична допомога** – це основна складова медичної допомоги, що надається в амбулаторних умовах при зверненні пацієнта до лікаря загальної практики (сімейного лікаря) або медичного працівника, який уповноважений надавати таку

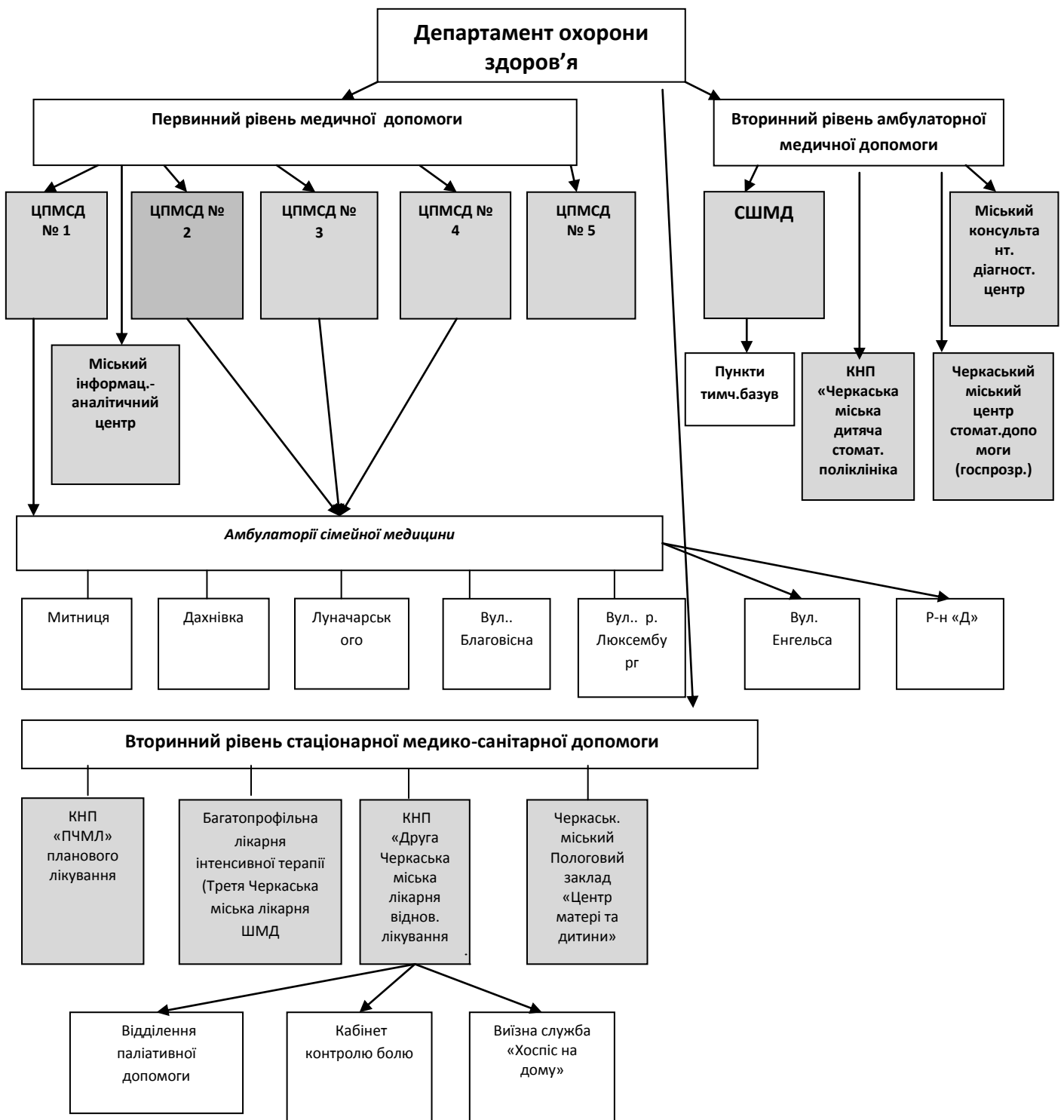
допомогу, та є першим рівнем контакту між окремими людьми, сім'єю, громадою та галуззю охорони здоров'я, що максимально наближає медичну допомогу до місця проживання і являє собою перший елемент безперервного процесу охорони здоров'я;

Організація та надання первинної медичної допомоги здійснюється центрами первинної медичної допомоги, що створюються як заклади охорони здоров'я за рішенням Черкаської міської ради.

**Вторинна медична (амбулаторна) допомога** – вид медичної допомоги, що надається в амбулаторних умовах в плановому, або в екстрених випадках і передбачає надання консультації, проведення діагностики, лікування, реабілітацію та профілактику хвороб, травм, отруєнь, патологічних і фізіологічних станів, які можуть бути надані лікарями відповідної спеціалізації (крім лікарів загальної практики - сімейних лікарів), направлення пацієнта для надання вторинної медичної допомоги з іншої спеціалізації, або надання третинної (високо спеціалізованої) медичної допомоги.

У зв'язку з відсутністю чіткого розмежування амбулаторної допомоги на первинному та вторинному рівнях назріла потреба відокремити спеціалізовану амбулаторну допомогу і для її надання створити потужний **міський консультативно-діагностичний центр** з консультативними відділеннями для дорослих та дітей, відділенням профілактичних оглядів, лабораторним та діагностичним відділенням, оснастивши їх сучасним обладнанням. Це дасть можливість суттєво наблизити медичну допомогу для населення, оскільки всі необхідні обстеження і консультації з рекомендаціями подальшого лікування кожен мешканець міста зможе отримати в межах міста Черкаси.

**Структура ЛПЗ міста після III етапу у складі госпітального округу**



**Схема руху пацієнта**

