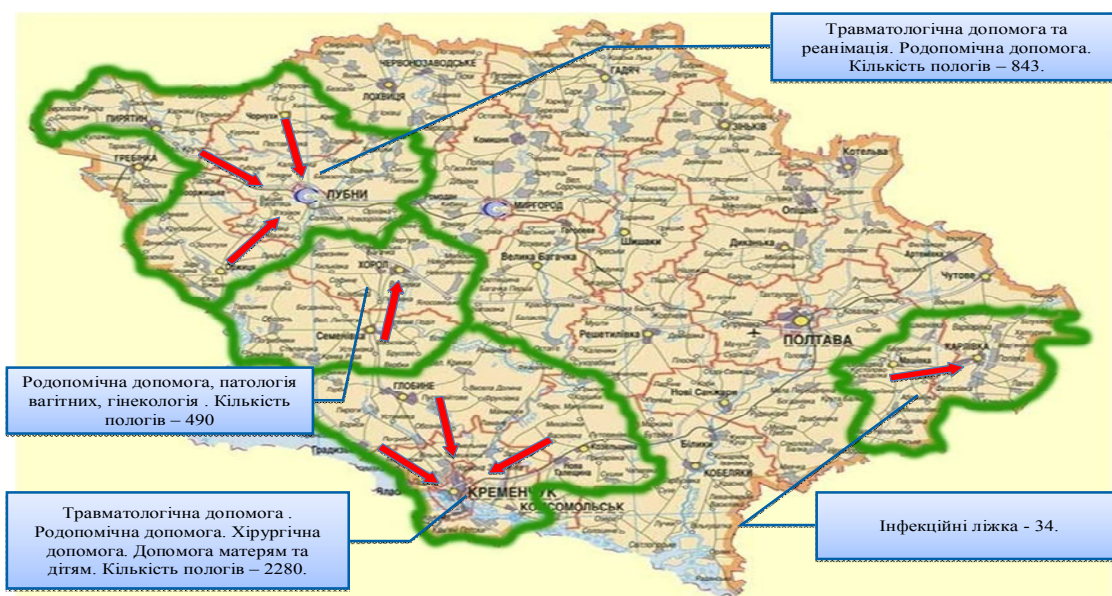


Про розробку проекту обласного плану-схеми мережі госпітальних округів

На вторинному рівні сьогодні в Україні медична допомога надається переважно багатопрофільними спеціалізованими міськими та районними лікарнями. Чисельність стаціонарів більше, ніж вдвічі перевищує аналогічний показник країн Європи, що призводить до розпорошення ресурсів та низької якості надання медичної допомоги. Частка малопотужних лікарень до 50 ліжок у загальній чисельності всіх лікарень становить 12%. Біля половини лікарень не мають умов для надання інтенсивної медичної допомоги пацієнтам. Від 30 до 50 % пацієнтів госпіталізується необґрунтовано.

Виходячи з даних доказового менеджменту та найкращого світового досвіду, з метою покращання якості вторинної медичної допомоги з одночасним підвищенням ефективності використання наявних ресурсів, усунення невиправданого дублювання медичних послуг пропонується створити госпітальні округи в межах обслуговування до 500 тис. жителів.

Створення госпітальних округів шляхом організації потужної спеціалізованої допомоги



Створення госпітальних округів шляхом організації потужної спеціалізованої медичної допомоги

При цьому, в закладах округу мають виконуватися не менш, ніж 3000 оперативних втручань та прийматися не менш, ніж 400 пологів на рік.

Виходячи із адміністративного устрою України, такий округ, як правило, буде складатися із міста обласного значення (їх в Україні близько 300) та кількох (2-3) навколишніх сільських районів в залежності від щільності та характеру розселення населення, з врахуванням стану транспортних комунікацій, матеріально-технічного та кадрового потенціалу

стаціонарів, профілів їх діяльності та структури медичних послуг.

В межах кожного округу має бути здійснена диференціація лікарень, виходячи з інтенсивності медичної допомоги, що надається

Так кожен округ повинен включати:

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

- заклади для проведення планового лікування: для проведення повторних курсів протирецидивної терапії або доліковування з використанням стандартних схем лікування;

- заклади для відновлювального лікування: для відновлення функцій, порушених в результаті захворювання чи травми, з метою або попередження інвалідності, або реабілітації інвалідів, або медико-соціальної реабілітації дітей (у тому числі дітей – сиріт та дітей позбавлених батьківського піклування), що потребують спеціального обладнання (фізіотерапевтичного, тренажерів для лікувальної фізкультури);

- заклади для допомоги термінальним хворим (хоспіс): надання паліативної допомоги та психологічної підтримки термінальним (безнадійно) хворим, потребують спеціального оснащення для надання допомоги і догляду, а також спеціально підготовленого, переважно сестринського персоналу та широке залучення волонтерів;

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

- заклади для медико-соціальної допомоги: забезпечення догляду та надання соціальної і паліативної допомоги хронічним хворим, цей заклад потребує мінімального діагностичного та лікувального обладнання, обслуговування забезпечується переважно сестринським персоналом.

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

Реорганізація вторинного рівня надання медичної допомоги на міжрайонному та міжміському рівнях Створення **госпітальних округів**

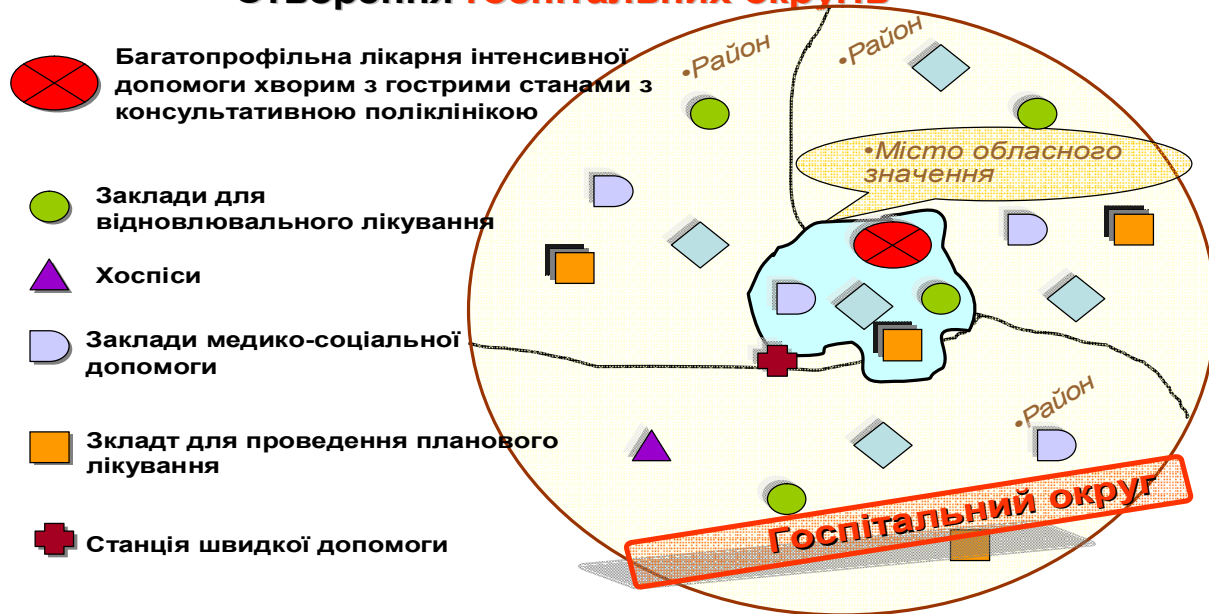


Схема створення госпітальних округів

Головна роль надається багатoproфільним лікарням для надання інтенсивної допомоги, передусім екстреної медичної допомоги, оскільки саме від їх діяльності залежить життя та здоров'я пацієнтів. Саме ці лікарні в розвинених країнах світу надають близько 90% всієї стаціонарної допомоги.

Забезпечення діагностичних досліджень для потреб первинної ланки та планова амбулаторна спеціалізована допомога повинна надаватися поліклінічними відділеннями лікарень планового лікування або консультативно-діагностичними поліклініками, які будуть розміщені в кожній адміністративній одиниці (район, місто). В цих відділеннях обов'язково будуть вести прийом вузькі спеціалісти за наступними спеціальностями: терапевт, педіатр, хірург, невропатолог, акушер-гінеколог, кардіолог, інфекціоніст, отоларинголог, окуліст, у тому числі дитячі. Можуть бути передбачені інші посади відповідно до потреби конкретного регіону.

На першому етапі реформування – на цьому рівні необхідно зберегти посади вузьких спеціалістів, які передбачені нормативами МОЗ.

У містах де наявна окрема мережа педіатричної служби (самостійні дитячі стаціонари та поліклініки) – необхідно створити самостійні консультативно-діагностичні центри педіатричного профілю. Може передбачатись об'єднання дитячого стаціонару, дитячих поліклінік, жіночих консультацій, пологових будинків у перинатальні центри або центри охорони матері і дитини).

Всі типи закладів повинні бути до- або переоснащені відповідно до визначених функцій. Проведені розрахунки показують, що витрати на дооснащення лише підрозділів інтенсивної терапії при запропонованій моделі організації вторинної допомоги на 27,4% менше, ніж затрати на відповідне дооснащення всієї існуючої мережі. Не говорячи вже про те, що

концентрація інтенсивної допомоги дозволить покращити її якість за рахунок підвищення кваліфікаційного рівня медичних працівників через збільшення обсягу пролікованих випадків.

Організація діагностично-консультативної допомоги в межах госпітального округу

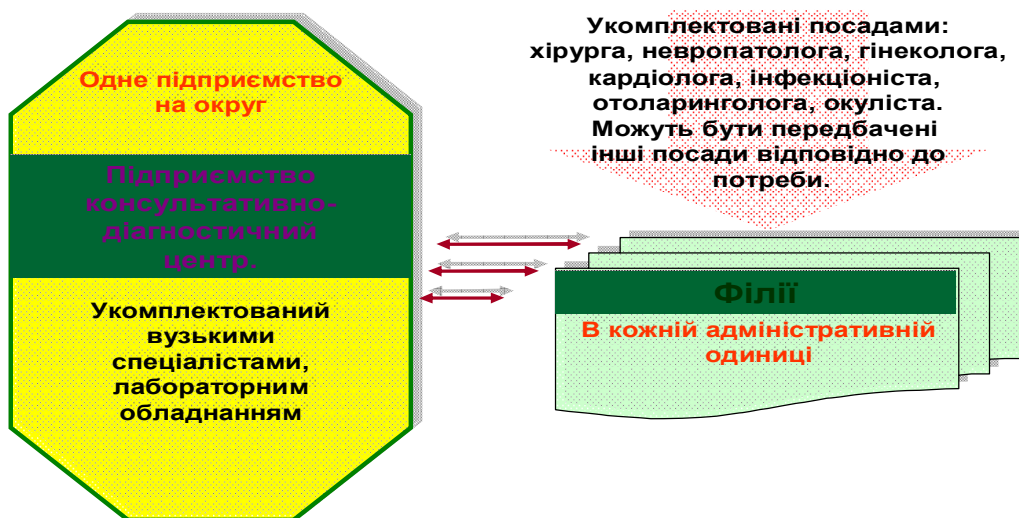


Схема організації діагностично-консультативної допомоги в межах госпітального округу

Госпітальний округ, враховуючи особливості законодавства, може функціонувати як об'єднання закладів. При цьому, по мірі готовності кожен окремих заклад може набувати статусу комунального некомерційного підприємства.

Паралельно зі структурною перебудовою необхідно спланувати зміну порядку фінансування медичних закладів.

На вторинному рівні стаціонарів в рамках госпітальних округів в першу чергу потрібно здійснити концентрацію коштів (крім витрат на первинну медико-санітарну допомогу) на рівні області, тобто розпорядником витрат на надання спеціалізованої допомоги стане область.

Саме область у подальшому здійснює фінансування всіх закладів вторинного рівня на основі підписаних із ними договорів.

Крім того, майно зазначених закладів потрібно передати в оперативне управління області на основі договорів та відповідних рішень рад.

Далі пропонується запровадження наступної процедури:

а) встановлюється прогнозна кількість хворих, що потребуватимуть лікування в умовах стаціонару за певною нозологією упродовж одного року (за матеріалами статистики останніх років);

б) відповідно до затверджених протоколів діагностики та лікування встановлюється вартість лікування по усіх захворюваннях відповідного профілю, що потребують лікування в стаціонарних умовах в розрізі груп по ступеню ускладнення (шляхом калькуляції передбачених протоколами витрат

на лікарські засоби, лікувальні та діагностичні процедури, оплату праці, інші витрати);

в) визначається загальна вартість витрат на лікування хворих згідно вищезазначених показників;

г) проводяться переговори із розпорядниками бюджетних коштів (як було зазначено вище на обласному рівні) щодо розмірів та порядку виділення коштів на забезпечення лікування згідно прогностичних розрахунків;

д) укладаються договори про фінансування закладів за узгодженим на переговорах переліком медичних послуг;

е) здійснюється фінансування закладів за методом "глобального бюджету", тобто фінансування без розбивки по кодам бюджетної класифікації.



Схема фінансування медичних закладів на вторинному рівні

На даний час МОЗ України визначено 3 пілотні області – Вінницька, Дніпропетровська і Донецька, на територіях яких буде протягом 2-х років проводитись експеримент щодо створення і функціонування госпітальних округів, розробка медико-економічних стандартів тощо.

Для інших територій України поставлено лише завдання щодо опрацювання планів-схем мережі госпітальних округів на перспективу (пункт 1 завдання 3 доручення Президента України від 19 листопада 2010 року №1-1/2753).

Опрацювання даного завдання проводилось за участю обласної міжвідомчої комісії з питань координації діяльності місцевих органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування по підготовці обласної карти-схеми створення госпітальних округів з виїздами в міста та райони області. Питання було винесено для громадського обговорення із наданням відповідної інформації через Гарячу лінію голови обласної державної адміністрації Ларіна С.М.

Результатом діяльності став наступний проект плану-схеми мережі

госпітальних округів на території Кіровоградської області.

Кіровоградський госпітальний округ (369761 осіб) для надання медичної допомоги жителям м.Кіровограда, Кіровоградського, Компаніївського, Новгородківського, Новомиргородського та Олександрівського районів.

Олександрійський госпітальний округ (174852 осіб) для надання медичної допомоги жителям м.Олександрії, Олександрійського, Онуфріївського та Петрівського районів.

Світловодський госпітальний округ (68351 осіб) для надання медичної допомоги жителям м.Світловодська та Світловодського району.

Знам'янський госпітальний округ (54773 осіб) для надання медичної допомоги жителям м.Знам'янки, Знам'янського району.

Долинсько-Бобринецький міжрайонний госпітальний округ (76040 осіб) для надання медичної допомоги жителям Бобринецького, Долинського та Устинівського районів.

Гайворонський міжрайонний госпітальний округ (96189 осіб) для надання медичної допомоги жителям Гайворонського, Голованівського та Ульяновського районів.

Новоукраїнсько-Маловисківський міжрайонний госпітальний округ (138717 осіб) для надання медичної допомоги жителям Вільшанського, Добровеличківського, Маловисківського, Новоархангельського та Новоукраїнського районів.

Враховуючи перспективу розвитку урановидобувної промисловості у Маловисківському районі та збільшення кількості населення району з 45,5 тис. осіб до 60 тис. осіб, розглядається питання щодо його виокремлення в окремий госпітальний округ.