

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

НАКАЗ

05.10.2011 N 646

Зареєстровано в Міністерстві
юстиції України
7 грудня 2011 р.
за N 1414/20152

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"

Відповідно до Закону України "Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві" та на виконання доручення Кабінету Міністрів України від 16.08.2011 N 37565/1/-11 **НАКАЗУЮ:**

1. Затвердити:

1.1. Порядок планування та прогнозування розвитку мережі комунальних закладів охорони здоров'я у пілотних регіонах, що додається.

1.2. Порядок медичного обслуговування громадян центрами первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, що додається.

1.3. Порядок організації медичного обслуговування та направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, що додається.

1.4. Порядок розміщення та розрахунок кількості бригад швидкої медичної допомоги, що додається.

2. Начальникам управлінь охорони здоров'я Вінницької, Дніпропетровської, Донецької обласних та Київської міської державних адміністрацій забезпечити виконання цього наказу.

3. Департаменту нормативно-правового забезпечення (Коблош В.В.) забезпечити подання цього наказу в установленому порядку на державну реєстрацію до Міністерства юстиції України.

4. Цей наказ набирає чинності з дня його офіційного опублікування.

5. Контроль за виконанням цього наказу покласти на заступника Міністра Толстанова О.К.

Міністр

О.В.Аніщенко

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства
охорони здоров'я України
05.10.2011 N 646
Зареєстровано в Міністерстві
юстиції України
7 грудня 2011 р.
за N 1414/20152

ПОРЯДОК

планування та прогнозування розвитку мережі комунальних закладів охорони здоров'я у пілотних регіонах

I. Загальні положення

1.1. Цей Порядок передбачає здійснення заходів щодо запровадження критеріїв розмежування медичних послуг між первинним, вторинним та третинним рівнями надання медичної допомоги, запровадження переліку типів закладів охорони здоров'я за видами медичної допомоги, що ними надається, здійснення оптимізації мережі закладів охорони здоров'я.

1.2. Розмежування медичної допомоги за видами передбачає створення нових типів закладів охорони здоров'я, що диференціюються залежно від виду медичної допомоги (первинна, вторинна, третинна) та її інтенсивності.

1.3. Медична допомога надається відповідно до системи скерування пацієнтів до закладів охорони здоров'я, що надають різні види медичної допомоги.

II. Критерії розмежування медичних послуг між первинною, вторинною та третинною медичною допомогою

1. Загальний механізм розмежування медичної допомоги за видами

1.1. За видами медична допомога, що надається закладами охорони здоров'я Вінницької, Дніпропетровської, Донецької областей та міста Києва, поділяється на:

- первинну медичну (медико-санітарну) допомогу (далі - ПМСД);
- вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу (далі - ВМД);
- третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу (далі - ТМД);
- екстрену медичну допомогу (далі - ЕМД).

1.2. Критерії розмежування видів медичної допомоги - сукупність ознак (умов), що відрізняють один вид медичної допомоги від інших видів.

1.3. Критерії розмежування видів медичної допомоги визначаються її складністю, обсягами, місцем надання та порядком звернення пацієнтів для отримання відповідного виду медичної допомоги.

1.4. Надання ПМСД, ВМД, ТМД та ЕМД регламентується медичними

стандартами, клінічними протоколами, затвердженими наказами МОЗ України та іншими документами з медичної практики.

2. Критерії надання первинної медичної допомоги

2.1. ПМСД забезпечується центрами ПМСД.

2.2. ПМСД надається лікарями загальної практики - сімейними лікарями, лікарями-терапевтами дільничними та лікарями-педіатрами дільничними центрів ПМСД, а також лікарями загальної практики - сімейними лікарями, які провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи - підприємці, що можуть перебувати з центрами ПМСД у цивільно-правових відносинах.

2.3. ПМСД надається у межах кваліфікаційної характеристики спеціаліста із загальної практики-сімейної медицини в амбулаторних умовах (на прийомі у лікаря, в денному стаціонарі) або за місцем проживання (перебування) пацієнта за зверненням пацієнта по медичну допомогу або з ініціативи лікаря з профілактичною метою.

2.4. ПМСД передбачає проведення профілактичних заходів, консультацій, діагностики та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів; надання невідкладної медичної допомоги в разі гострого розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнта, який не потребує ЕМД, ВМД або ТМД.

2.5. ПМСД забезпечує пацієнту право обирати лікаря з надання ПМСД.

2.6. ПМСД передбачає можливість направлення пацієнта, який не потребує ЕМД, до закладів ВМД або ТМД відповідно до медичних показань згідно з порядком організації медичного обслуговування та направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу.

3. Критерії надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги

3.1. ВМД забезпечується закладами охорони здоров'я в амбулаторних та/або стаціонарних умовах в плановому порядку або в екстрених випадках, що розрізняються за інтенсивністю надання медичної допомоги та медичною спеціалізацією.

3.2. ВМД надається лікарями, які мають відповідну спеціалізацію (крім лікарів загальної практики - сімейних лікарів), та передбачає консультування, проведення діагностики, лікування, реабілітації та профілактики хвороб, травм, отруєнь, патологічних і фізіологічних (при вагітності та пологах) станів.

3.3. Планова ВМД надається за направленням лікарів згідно з порядком організації медичного обслуговування та направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я, що надають ВМД або ТМД.

3.4. ВМД в екстрених випадках надається незалежно від наявності направлення.

4. Критерії надання третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги

4.1. ТМД забезпечується високоспеціалізованими багатопрофільними або однопрофільними закладами охорони здоров'я.

4.2. ТМД надається в амбулаторних або стаціонарних умовах в плановому порядку або в екстрених випадках.

4.3. ТМД амбулаторно надається лікарями-спеціалістами консультативних поліклінік обласних (дитячих обласних) лікарень, центрів високоспеціалізованої допомоги, а також консультативних поліклінік науково-дослідних інститутів (за потреби).

4.4. ТМД стаціонарно надається відділеннями обласних лікарень (обласних дитячих лікарень), центрів високоспеціалізованої медичної допомоги, а також клініками науково-дослідних інститутів (за потреби).

4.5. ТМД передбачає проведення консультацій, діагностики та лікування хвороб, травм, отруень, патологічних станів, ведення фізіологічних та патологічних станів (при вагітності та пологах) із застосуванням високотехнологічного обладнання та/або високоспеціалізованих медичних процедур високої складності.

4.6. ТМД надається за наявності направлень, а також без направлень згідно з порядком організації медичного обслуговування та направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану), третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу та паліативну медичну допомогу.

5. Критерії надання екстреної медичної допомоги

5.1. ЕМД забезпечується службою швидкої медичної допомоги загальнодержавної системи надання екстреної медичної допомоги за необхідності надання термінових організаційних, діагностичних та лікувальних заходів на догоспітальному етапі медичної допомоги пацієнтам та постраждалим, що перебувають у невідкладних станах.

5.2. ЕМД надається лікарями та/або фельдшерами служби швидкої медичної допомоги на місці виклику (події) та під час транспортування до закладів ВМД та ТМД.

5.3. ЕМД надається цілодобово.

5.4. ЕМД надається незалежно від місця проживання (перебування) пацієнта та наявності документа, що посвідчує його особу.

5.5. ЕМД бере участь у подоланні медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій природного і техногенного характеру.

III. Перелік типів закладів охорони здоров'я за видами медичної допомоги, що ними надається

3.1. Цей перелік визначає заклади охорони здоров'я, що створюються у результаті оптимізації мережі.

3.2. Заклад охорони здоров'я із забезпечення ПМСД.

Центр ПМСД (далі - ЦПМСД).

3.3. Заклади із забезпечення надання ВМД.

Багатопрофільна лікарня (клінічна лікарня) інтенсивного лікування (далі - ЛІЛ).

Багатопрофільна дитяча лікарня (клінічна лікарня) інтенсивного лікування (далі - ДитЛІЛ).

Лікарня відновного (реабілітаційного) лікування (далі - ЛВЛ).

Лікарня (клінічна лікарня) планового лікування (далі - ЛПЛ).

Хоспіс.

Спеціалізований медичний центр (за напрямками) (далі - СМЦ).

Центр з медичних консультацій та діагностики (консультативно-діагностичний центр) (далі - КДЦ).

3.4. Заклади із забезпечення надання ТМД (далі - заклади ТМД).

Багатопрофільна обласна лікарня (клінічна лікарня) (далі - ОЛ).

Багатопрофільна обласна дитяча лікарня (клінічна лікарня) (далі - ОДЛ).

Високоспеціалізований медичний центр (за напрямками) (далі - ВСМЦ).

3.5. Заклади охорони здоров'я єдиної системи надання ЕМД.

Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф (далі - ЦЕМД).

Станція швидкої медичної допомоги (далі - СШМД).

IV. Порядок оптимізації мережі закладів охорони здоров'я

1. Мета, завдання та критерії оптимізації

1.1. Оптимізація мережі закладів охорони здоров'я здійснюється з метою підвищення доступності та якості медичної допомоги при ефективнішому і раціональнішому використанні ресурсів та не має призводити до збільшення чисельності штатних посад та кількості ліжок у закладах охорони здоров'я в цілому по області, місту Києву.

1.2. Завданнями оптимізації мережі закладів охорони здоров'я є:

проведення чіткого розмежування медичної допомоги залежно від потреби населення в інтенсивності медичної допомоги за видами її надання на ПМСД, ВМД, ТМД та ЕМД;

створення мережі ЦПМСД;

диференціація (спеціалізація) лікарень ВМД, виходячи з інтенсивності її надання;

розподілення функції екстреної та невідкладної медичної допомоги і передача функції невідкладної медичної допомоги на первинний рівень;

створення ЦЕМД;

реорганізація за потреби високоспеціалізованих багатопрофільних або однопрофільних закладів охорони здоров'я для надання ТМД;

створення умов для збереження і розвитку кадрового і матеріального потенціалу бюджетних установ шляхом гнучкого використання наявних ресурсів;

поліпшення системи моніторингу і контролю за результатами діяльності закладів охорони здоров'я на основі застосування індикаторів якості медичної допомоги;

збір, узагальнення та аналіз інформації з метою вдосконалення нормативно-правових актів та поширення набутого досвіду;

підвищення якості надання медичної допомоги і ефективності використання бюджетних асигнувань за рахунок раціонального використання ресурсів шляхом усунення дублюючих функцій та диференційованого підходу в наданні медичної допомоги закладами охорони здоров'я різних видів.

1.3. Критеріями оптимізації мережі закладів охорони здоров'я є такі показники, що беруться за останні п'ять років та оцінюються в сукупності з урахуванням мережі закладів охорони здоров'я у пілотних регіонах:

загальна кількість населення за попередній п'ятирічний період, тип розселення;

стан здоров'я та смертність населення за основними причинами;

існуюча мережа та потужність закладів охорони здоров'я;

обсяги медичної допомоги в закладах охорони здоров'я, що забезпечують надання різних видів медичної допомоги;

обсяги незадоволеної потреби у медичній допомозі;

штатна та фактична чисельність працівників закладів охорони здоров'я державної та комунальної форм власності;

показники навантаження на медичних працівників;

структура і динаміка фінансового забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я (з урахуванням частки позабюджетного фінансування);

форма власності закладів охорони здоров'я;

балансова вартість майна закладів охорони здоров'я державної та комунальної форм власності;

співвідношення у регіоні закладів охорони здоров'я державної, комунальної та інших форм власності;

рівень оснащення закладів охорони здоров'я;

якість медичної допомоги, що надається;

інфраструктура доріг та громадського автотранспорту.

2. Порядок створення центрів первинної медико-санітарної допомоги

2.1. ЦПМСД є закладами охорони здоров'я, що забезпечують надання первинної медичної (медико-санітарної) допомоги населенню.

2.2. ЦПМСД є юридичними особами.

2.3. ЦПМСД розміщуються в існуючих будівлях, збудованих відповідно до типових або індивідуальних проектів будівель для закладів охорони здоров'я, або у пристосованих будівлях, які є комунальною власністю, або орендованих приміщеннях, які відповідають санітарно-гігієнічним і будівельним нормам, вимогам техніки безпеки та протипожежним вимогам.

2.4. Структура ЦПМСД є такою: адміністративна частина / управління,

господарська частина та лікувально-профілактична служба, що складається з амбулаторій, до складу яких можуть входити медичні пункти з надання долікарської допомоги (далі - МП), зокрема фельдшерсько-акушерські пункти, фельдшерські пункти.

Амбулаторії мають статус структурних підрозділів або відокремлених структурних підрозділів ЦПМСД.

Амбулаторії зі статусом відокремлених структурних підрозділів мають свій штамп і печатку.

2.5. ЦПМСД у сільській місцевості створюються за рішенням районних рад у кожній адміністративно-територіальній одиниці шляхом реорганізації центральної районної лікарні та виділення підрозділів з надання ПМСД і відповідної частини адміністративно-управлінських і господарських підрозділів з наданням статусу юридичної особи ЦПМСД та приєднання мережі амбулаторій, зокрема сільських лікарських амбулаторій та амбулаторій загальної практики-сімейної медицини, МП, зокрема фельдшерсько-акушерських пунктів, фельдшерських пунктів, після прийняття відповідного рішення органами, у підпорядкуванні яких ці амбулаторії та МП перебувають.

У разі якщо на території, де проживає прикріплене до амбулаторії населення, розташовані МП, такі МП мають статус структурних підрозділів амбулаторії. У випадках, якщо МП обслуговує понад 1000 осіб населення, такий МП може бути реорганізованим в амбулаторію за наявності позитивної динаміки населення.

Амбулаторії можуть обслуговувати декілька населених пунктів та забезпечують вимогу охоплення всього населення.

В амбулаторіях створюються умови для продовження функціонування існуючих стоматологічних кабінетів, що мають увійти до складу закладів/підрозділів з надання стоматологічної допомоги населенню району.

2.6. ЦПМСД у сільській місцевості охоплюють обслуговуванням населення однієї адміністративно-територіальної одиниці, крім випадків, визначених пунктом 2.8 цієї глави.

2.7. ЦПМСД у містах обласного значення створюються за рішенням міських рад шляхом реорганізації частини закладів, що надають амбулаторно-поліклінічну допомогу, виділення з їх структури підрозділів з надання ПМСД і відповідної частини адміністративно-управлінських і господарських підрозділів з наданням статусу юридичної особи, реорганізації решти закладів, що надають амбулаторно-поліклінічну допомогу, виділення з структури підрозділів з надання ПМСД і відповідної частини адміністративно-управлінських підрозділів та їх приєднання до утворених ЦПМСД.

Поліклініки та консультативно-діагностичні центри після реорганізації та виокремлення з їх структури підрозділів з надання ПМСД можуть бути приєднані до ЛІЛ або ДитЛІЛ.

2.8. ЦПМСД у містах обласного значення створюються на кожне місто з населенням до 100 тисяч жителів. У містах обласного значення з населенням до 50 тисяч можуть створюватися ЦПМСД, які обслуговують населення міста і найближчого сільського району. У містах обласного значення з населенням понад 100 тисяч ЦПМСД створюються на кожні 100-150 тисяч населення.

Амбулаторії зі статусом відокремлених структурних підрозділів у містах

створюються з метою забезпечення рівної територіальної доступності ПМСД для населення у мікрорайонах, віддалених поселеннях для надання лікарської ПМСД населенню за їх місцем проживання (перебування). В амбулаторіях у містах працюють від 1-го до декількох лікарів залежно від характеру забудови.

Доцільно передбачати виділення приміщень для організації амбулаторій на першому поверсі в новобудовах.

3. Порядок створення багатoproфільних лікарень інтенсивного лікування з консультативно-діагностичними центрами

3.1. ЛІЛ є закладами охорони здоров'я, що забезпечують надання ВМД в умовах цілодобового стаціонару, денного стаціонару або в амбулаторних умовах дорослим і дітям у гострому стані або з хронічними захворюваннями, що потребують високої інтенсивності лікування та догляду, з обов'язковою наявністю відділень невідкладної медичної допомоги.

3.2. ЛІЛ є юридичними особами та створюються за рішенням обласної (у Вінницькій, Донецькій, Дніпропетровській областях) або міської (у місті Києві) ради шляхом реорганізації центральних районних або міських лікарень після прийняття відповідного рішення органом, у підпорядкуванні якого вони перебувають.

3.3. ЛІЛ можуть бути двох рівнів: першого і другого.

ЛІЛ першого рівня створюються для обслуговування до 350 тисяч населення.

ЛІЛ другого рівня створюються для обслуговування понад 350 тисяч населення.

Відмінності ЛІЛ першого та другого рівнів полягають у їх структурі та можливості забезпечення спеціалізованих напрямів надання медичної допомоги.

3.4. Перелік адміністративно-територіальних одиниць, населенню яких ЛІЛ надає медичну допомогу, та структура ЛІЛ визначаються органом управління охорони здоров'я, якому ЛІЛ підпорядковується, з урахуванням потреб населення в інтенсивному лікуванні та догляді.

В окремих випадках ЛІЛ першого рівня можуть створюватися для обслуговування меншої, ніж передбачено в пункті 3.3 цієї глави, кількості населення з урахуванням щільності населення та мережі закладів охорони здоров'я.

3.5. ЛІЛ розміщуються в існуючих будівлях, збудованих відповідно до типових або індивідуальних проектів будівель для закладів охорони здоров'я, або у пристосованих будівлях, що є комунальною власністю, або орендованих приміщеннях, які відповідають санітарно-гігієнічним і будівельним нормам, вимогам техніки безпеки та протипожежним вимогам.

Базові критерії відбору закладів охорони здоров'я для створення лікарень інтенсивного лікування наведені в додатку до цього Порядку.

3.6. Структура ЛІЛ першого рівня визначається органом управління охорони здоров'я, якому вона підпорядковується, та може мати такі підрозділи:

3.6.1. Адміністративна частина/управління (головний лікар, його заступники, відділ кадрів, фінансово-економічний відділ та бухгалтерія).

3.6.2. Приймально-діагностичне відділення - відділення невідкладної медичної допомоги.

3.6.3. Діагностична служба (цілодобово):

клінічна лабораторія;
кабінет функціональної діагностики;
кабінет рентгенологічної діагностики;
кабінет ультразвукової діагностики;
відділення ендоскопічної діагностики.

3.6.4. Лікувальна служба:

3.6.4.1. Стаціонарний сектор:

відділення анестезіології та інтенсивної терапії;
хірургічне відділення для надання медичної допомоги хірургічним, травматологічним та урологічним хворим;
хірургічне відділення - гнійно-септичне;
гінекологічне відділення з ліжками для патології вагітних;
терапевтичне відділення;
неврологічне відділення;
дитяче відділення;
інфекційне відділення (боксоване);
пологове відділення.

3.6.4.2. Амбулаторний сектор:

діагностично-консультативний центр;
денний стаціонар з операційним блоком (хірургія одного дня).

3.6.5. Допоміжні відділення:

операційний блок;
кабінет трансфузіології;
патолого-анатомічне відділення;
центральне стерилізаційне відділення;
відділ медичної статистики та контролю якості медичної допомоги;
медичний архів.

3.6.6. Господарча частина:

відділ технічного обслуговування;
харчоблок;
пральня;
гараж.

3.7. Структура ЛІЛ другого рівня визначається органом управління охорони здоров'я, якому вона підпорядковується, та може мати такі підрозділи:

3.7.1. Адміністративна частина / управління лікарнею (головний лікар, його заступники, фінансово-економічний відділ та бухгалтерія, відділ кадрів).

3.7.2. Приймально-діагностичне відділення - відділення невідкладної медичної допомоги.

3.7.3. Діагностична служба (цілодобово):

клінічна лабораторія;

відділення функціональної діагностики;

відділення променевої діагностики;

відділення ендоскопічної діагностики.

3.7.4. Лікувальна служба:

3.7.4.1. Стаціонарний сектор:

служба анестезіології та інтенсивної терапії модульного типу для надання медичної допомоги хворим терапевтичного, неврологічного, хірургічного профілів та політравми;

хірургічне відділення для надання медичної допомоги хворим з хірургічною, невідкладною урологічною та судинною патологією;

хірургічне відділення гнійно-септичне;

відділення травматології та політравми;

гінекологічне відділення з ліжками для патології вагітних;

терапевтичне відділення;

кардіологічне відділення;

неврологічне відділення;

дитяче відділення;

інфекційне відділення (боксоване);

пологове відділення;

неонатологічне відділення з палатами інтенсивної терапії та реанімації новонароджених;

офтальмологічне відділення;

отоларингологічне відділення.

3.7.4.2. Амбулаторний сектор:

діагностично-консультативний центр;

денний стаціонар з операційним блоком (хірургія одного дня).

3.7.5. Допоміжні відділення:

операційний блок;

відділення трансфузіології;
патолого-анатомічне відділення;
центральне стерилізаційне відділення;
відділ медичної статистики та контролю якості медичної допомоги;
медичний архів.

3.7.6. Господарча частина:

відділ технічного обслуговування;
харчоблок;
пральня;
гараж.

4. Порядок створення багатoproфільних дитячих лікарень інтенсивного лікування

4.1. ДитЛІЛ є закладами охорони здоров'я ВМД, що забезпечують надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги в умовах цілодобового стаціонару, денного стаціонару або в амбулаторних умовах дітям у гострому стані або з хронічними захворюваннями, що потребують високої інтенсивності лікування та догляду, з обов'язковою наявністю відділень невідкладної медичної допомоги.

4.2. ДитЛІЛ є юридичними особами та створюються за рішенням обласної (у Вінницькій, Донецькій, Дніпропетровській областях) або міської (у місті Києві) ради шляхом реорганізації районних та міських дитячих лікарень після прийняття відповідного рішення органом, у підпорядкуванні якого вони перебувають.

Рекомендована мінімальна кількість населення, яке обслуговує ДитЛІЛ, становить 350 тисяч осіб.

4.3. Перелік адміністративно-територіальних одиниць, населенню яких ДитЛІЛ забезпечує надання медичної допомоги, визначається органом управління охорони здоров'я, якому ДитЛІЛ підпорядковується, з урахуванням потреб дитячого населення в цілодобовій спеціалізованій медичній допомозі, інтенсивному лікуванні та догляді.

4.4. ДитЛІЛ розміщуються в існуючих будівлях, збудованих відповідно до типових або індивідуальних проектів будівель для закладів охорони здоров'я, або у пристосованих будівлях, що є комунальною власністю, або орендованих приміщеннях, які відповідають санітарно-гігієнічним і будівельним нормам, вимогам техніки безпеки та протипожежним вимогам.

4.5. Структура ДитЛІЛ визначається органом управління охорони здоров'я, якому вона підпорядковується, залежно від потреб дитячого населення у цілодобовій спеціалізованій медичній допомозі, інтенсивному лікуванні і догляді та може мати такі підрозділи:

4.5.1. Адміністративна частина / управління (головний лікар, заступники головного лікаря, відділ кадрів, фінансово-економічний відділ та бухгалтерія).

4.5.2. Приймально-діагностичне відділення - відділення невідкладної медичної допомоги.

4.5.3. Діагностична служба (цілодобово):

клінічна лабораторія;
кабінет функціональної діагностики;
кабінет рентгенологічної діагностики;
кабінет ультразвукової діагностики;
відділення ендоскопічної діагностики.

4.5.4. Лікувальна служба:

4.5.4.1. Стаціонарний сектор:

модульне відділення анестезіології та інтенсивної терапії;
хірургічне відділення - чисте;
травматологічне відділення;
хірургічне відділення - гнійно-септичне;
педіатричне відділення;
неврологічне відділення;
інфекційне відділення (боксоване);
відділення патології новонароджених;
відділення інтенсивної терапії новонароджених;
відділення другого етапу виходжування недоношених дітей.

4.5.4.2. Амбулаторний сектор:

діагностично-консультативний центр.

4.5.4.3. Денний стаціонар з операційним блоком (хірургія одного дня).

4.5.5. Допоміжні відділення:

операційний блок;
кабінет трансфузіології;
патолого-анатомічне відділення;
центральне стабілізаційне відділення;
відділ медичної статистики та контролю якості медичної допомоги;
медичний архів.

4.5.6. Господарча частина:

відділ технічного обслуговування;
харчоблок;
пральня;
гараж.

5. Порядок створення лікарень планового лікування з консультативною поліклінікою

5.1. ЛПЛ є закладами охорони здоров'я ВМД, що забезпечують надання планової спеціалізованої консультативної та стаціонарної медичної допомоги населенню середньої інтенсивності лікування та догляду.

5.2. ЛПЛ є юридичними особами та створюються за рішенням обласної (у Вінницькій, Донецькій, Дніпропетровській областях) або міської (у місті Києві) ради шляхом реорганізації центральних районних або міських лікарень після прийняття відповідного рішення органом, у підпорядкуванні якого вони перебувають.

5.3. Перелік адміністративно-територіальних одиниць, населенню яких ЛПЛ надає медичну допомогу, визначається органом управління охорони здоров'я, якому ЛПЛ підпорядковується, з урахуванням потреб населення у плановій вторинній (спеціалізованій) медичній допомозі.

В адміністративно-територіальній одиниці у сільській місцевості може бути створено не більше однієї ЛПЛ. У містах рекомендована кількість населення, яке обслуговує ЛПЛ, становить 50 тисяч осіб і більше.

5.4. ЛПЛ розміщуються в існуючих будівлях, збудованих відповідно до типових або індивідуальних проектів будівель для закладів охорони здоров'я, або у пристосованих будівлях, що є комунальною власністю, або в орендованих приміщеннях, які відповідають санітарно-гігієнічним і будівельним нормам, вимогам техніки безпеки та протипожежним вимогам.

5.5. Структура ЛПЛ визначається органом управління охорони здоров'я, якому вона підпорядковується, залежно від потреб населення в плановій медичній допомозі та може включати такі підрозділи:

5.5.1. Адміністративна частина/управління (головний лікар, заступники головного лікаря, відділ кадрів, фінансово-економічний відділ та бухгалтерія).

5.5.2. Діагностична служба:

рентгенівський кабінет;

клініко-діагностична лабораторія;

кабінет функціональної діагностики;

кабінет ультразвукової діагностики;

ендоскопічний кабінет.

5.5.3. Лікувальна служба:

5.5.3.1. Стаціонарний сектор:

приймальне відділення;

терапевтичне відділення;

неврологічне відділення;

гінекологічне відділення з ліжками для патології вагітних;

педіатричне відділення.

5.5.3.2. Амбулаторний сектор:

консультативно-діагностичний центр.

5.5.3.3. Денний стаціонар з операційним блоком (хірургія одного дня).

5.5.4. Фізіотерапевтичне відділення:

кабінет фізіотерапевтичного лікування;

кабінет лікувальної фізкультури;

кабінет масажу.

5.5.5. Допоміжні відділення:

центральне стерилізаційне відділення;

відділ медичної статистики та контролю якості медичної допомоги;

медичний архів.

5.5.6. Господарча частина:

відділ технічного обслуговування;

харчоблок;

пральня;

гараж.

6. Порядок створення лікарень відновного (реабілітаційного) лікування

6.1. ЛВЛ є закладами охорони здоров'я ВМД, що забезпечують надання населенню планової реабілітаційної допомоги в умовах стаціонару та денного стаціонару.

6.2. ЛВЛ є юридичними особами та створюються за рішенням обласної (у Вінницькій, Донецькій, Дніпропетровській областях) або міської (у місті Києві) ради шляхом реорганізації центральних районних або міських лікарень після прийняття відповідного рішення органом, у підпорядкуванні якого вони перебувають.

6.3. Перелік адміністративно-територіальних одиниць, населенню яких ЛВЛ надає медичну допомогу, визначається органом управління охорони здоров'я, якому ЛВЛ підпорядковується, з урахуванням потреб населення у реабілітаційній стаціонарній медичній допомозі.

Рекомендована кількість населення, яке обслуговує ЛВЛ, становить 350 тисяч осіб і більше.

6.4. ЛВЛ розміщуються в існуючих будівлях, збудованих відповідно до типових або індивідуальних проектів будівель для закладів охорони здоров'я, або у пристосованих будівлях, які є комунальною власністю, або орендованих приміщеннях, які відповідають санітарно-гігієнічним і будівельним нормам, вимогам техніки безпеки та протипожежним вимогам.

6.5. Структура ЛВЛ визначається органом управління охорони здоров'я, якому вона підпорядковується, залежно від потреб населення в реабілітаційній стаціонарній медичній допомозі та може включати такі підрозділи:

6.5.1. Адміністративна частина / управління лікарнею (головний лікар,

заступники головного лікаря, відділ кадрів, фінансово-економічний відділ та бухгалтерія).

6.5.2. Лікувальна служба:

6.5.2.1. Стаціонарна служба:

приймальне відділення;

відділення для реабілітації пацієнтів із захворюваннями органів руху;

неврологічне відділення відновного лікування;

загальнореабілітаційне відділення;

педіатричне відділення відновного лікування.

6.5.2.2. Денний стаціонар.

6.5.3. Допоміжні відділення:

центральне стерилізаційне відділення;

відділ медичної статистики та контролю якості медичної допомоги;

медичний архів.

6.5.4. Господарча частина:

відділ технічного обслуговування;

харчоблок;

пральня;

гараж.

7. Порядок створення хоспісів

7.1. Хоспіси є закладами охорони здоров'я ВМД, що забезпечують надання цілодобового паліативного/симптоматичного лікування, медико-психологічної реабілітації, соціальної та духовної підтримки хворим у термінальній стадії прогресування захворювання.

7.2. Хоспіси є юридичними особами та створюються за рішенням обласної (у Вінницькій, Донецькій, Дніпропетровській областях) або міської (у місті Києві) ради шляхом реорганізації центральних районних, міських та інших лікарень (після прийняття відповідного рішення органом, у підпорядкуванні якого вони перебувають), які не використані для реорганізації у ЛІЛ, ЛПЛ або ЛВЛ.

7.3. Перелік адміністративно-територіальних одиниць, населенню яких хоспіс забезпечує надання медичної допомоги, визначається органом управління охорони здоров'я, якому хоспіс підпорядковано, з урахуванням потреб населення у паліативній медичній допомозі.

7.4. Хоспіси розміщуються в існуючих будівлях, збудованих відповідно до типових або індивідуальних проектів будівель для закладів охорони здоров'я, або у пристосованих будівлях, що відповідають санітарно-гігієнічним і протиепідемічним нормам та правилам, вимогам техніки безпеки та протипожежним вимогам.

8. Порядок створення центрів з медичних консультацій та діагностики (консультативно-діагностичних центрів)

8.1. Центр з медичних консультацій та діагностики (консультативно-діагностичний центр) (далі (КДЦ) - заклад охорони здоров'я, що забезпечує надання діагностично-консультативної медичної допомоги вторинного рівня.

8.2. КДЦ є юридичними особами та створюються за рішенням обласної (у Вінницькій, Донецькій, Дніпропетровській областях) або міської (у місті Києві) ради на базі існуючих поліклінік та/або консультативно-діагностичних центрів (після прийняття відповідного рішення органом, у підпорядкуванні якого вони перебувають), з яких виділені підрозділи з надання ПМСД.

8.3. Перелік адміністративно-територіальних одиниць, населенню яких КДЦ забезпечує надання медичної допомоги, визначається органом управління охорони здоров'я, якому ЛПЛ підпорядковується, з урахуванням потреб населення у діагностично-консультативній медичній допомозі вторинного рівня.

8.4. КДЦ розміщуються в існуючих будівлях, збудованих відповідно до типових або індивідуальних проектів будівель для закладів охорони здоров'я, або у пристосованих будівлях, що є комунальною власністю, або в орендованих приміщеннях, які відповідають санітарно-гігієнічним і будівельним нормам, вимогам техніки безпеки та протипожежним вимогам.

8.5. Структура КДЦ визначається органом управління охорони здоров'я, якому вона підпорядковується, залежно від потреб населення у діагностично-консультативній медичній допомозі вторинного рівня та може включати такі підрозділи:

8.5.1. Адміністративна частина/управління (головний лікар, заступники головного лікаря, відділ кадрів, фінансово-економічний відділ та бухгалтерія).

8.5.2. Діагностична служба:

рентгенівський кабінет;

клініко-діагностична лабораторія;

кабінет функціональної діагностики;

кабінет ультразвукової діагностики;

ендоскопічний кабінет.

8.5.3. Лікувальна служба:

8.5.3.1. Амбулаторний сектор:

консультативно-діагностичний центр.

8.5.3.2. Денний стаціонар з операційним блоком (хірургія одного дня).

8.5.4. Фізіотерапевтичне відділення:

кабінет фізіотерапевтичного лікування;

кабінет лікувальної фізкультури;

кабінет масажу.

8.5.5. Допоміжні відділення:

центральне стерилізаційне відділення;
відділ медичної статистики та контролю якості медичної допомоги;
медичний архів.

8.5.6. Господарча частина:

відділ технічного обслуговування;
пральня;
гараж.

9. Порядок створення спеціалізованих медичних центрів

9.1. СМЦ - заклад охорони здоров'я, що забезпечує надання медичної допомоги вторинного рівня за одним профілем та/або спеціалізацією в умовах цілодобового стаціонару, денного стаціонару або в амбулаторних умовах дорослим і дітям з гострими станами або хронічними захворюваннями, що потребують високої інтенсивності лікування та догляду.

9.2. СМЦ є юридичними особами та створюються за рішенням обласної (у Вінницькій, Донецькій, Дніпропетровській областях) або міської (у місті Києві) ради шляхом реорганізації однопрофільних та/або спеціалізованих районних, міських лікарень та пологових будинків після прийняття відповідного рішення органом, у підпорядкуванні якого вони перебувають.

9.3. Перелік адміністративно-територіальних одиниць, населенню яких СМЦ надає медичну допомогу, та структура СМЦ визначаються органом управління охорони здоров'я, якому СМЦ підпорядковується, з урахуванням потреб населення у лікуванні та догляді відповідного профілю та/або спеціалізації.

9.4. СМЦ розміщуються в існуючих будівлях, збудованих відповідно до типових або індивідуальних проектів будівель для закладів охорони здоров'я, або у пристосованих будівлях, що є комунальною власністю, або в орендованих приміщеннях, які відповідають санітарно-гігієнічним і будівельним нормам, вимогам техніки безпеки та протипожежним вимогам.

9.5. Структура СМЦ визначається органом управління охорони здоров'я, якому вона підпорядковується, залежно від потреб населення у медичній допомозі відповідного профілю та/або спеціалізації та може включати такі підрозділи:

9.5.1. Адміністративна частина / управління (головний лікар, заступники головного лікаря, відділ кадрів, фінансово-економічний відділ та бухгалтерія).

9.5.2. Приймально-діагностичне відділення.

9.5.3. Діагностична служба відповідно до профілю/спеціалізації.

9.5.4. Лікувальна служба:

9.5.4.1. Стаціонарний сектор:

відділення анестезіології та інтенсивної терапії або відділення інтенсивної терапії;

стаціонарні відділення відповідно до профілю/спеціалізації.

9.5.4.2. Амбулаторний сектор:

діагностично-консультативний центр;

денний стаціонар.

9.5.5. Допоміжні відділення:

відділ медичної статистики та контролю якості медичної допомоги;

медичний архів;

інші відділення відповідно до профілю/спеціалізації.

9.5.6. Господарча частина:

відділ технічного обслуговування;

харчоблок;

пральня;

гараж.

10. Порядок створення центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф

10.1. Центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф (далі - ЦЕМД) є закладами охорони здоров'я, що забезпечують організацію та надання екстреної медичної допомоги.

10.2. ЦЕМД створюються за рішенням обласної (у Вінницькій, Донецькій, Дніпропетровській областях) або міської (у місті Києві) ради шляхом реорганізації існуючих закладів швидкої медичної допомоги (далі - ШМД) та ЕМД, багатопрофільних лікарень, у складі яких функціонують підрозділи з надання ШМД, закладів охорони здоров'я, що забезпечують організацію та надання ЕМД під час ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій (далі - ЕМД-НС), після прийняття відповідного рішення органом, у підпорядкуванні якого вони перебувають.

10.3. ЦЕМД створюються шляхом реорганізації одного із закладів ЕМД. Здійснюється реорганізація багатопрофільних лікарень з виділенням з їх складу підрозділів з надання ЕМД та приєднання їх до ЦЕМД або без такого приєднання шляхом створення юридичних осіб станцій ШМД. Здійснюється реорганізація закладів охорони здоров'я, що забезпечують організацію та надання ЕМД-НС, та їх приєднання до ЦЕМД.

ЦЕМД може охоплювати наданням ЕМД усю територію області/міста або виконувати лише диспетчерську функцію та функцію організаційно-методичного керівництва службою ЕМД області/міста як функціонального об'єднання закладів ЕМД.

Відділення ШМД ЦЕМД можуть мати статус структурних або відокремлених структурних підрозділів.

При організації служби ЕМД як функціонального об'єднання закладів ЕМД структурні підрозділи з надання ШМД, виділені зі складу багатопрофільних лікарень, набувають, а існуючі заклади швидкої медичної допомоги залишаються юридичними особами - СШМД.

10.4. ЦЕМД разом зі станціями швидкої медичної допомоги охоплюють організацію та надання екстреної медичної допомоги населенню області, міста Києва.

10.5. Структура ЦЕМД визначається органом управління охорони здоров'я, якому вони підпорядковуюється, та може мати такі підрозділи:

10.5.1. Адміністративна частина/управління (головний лікар, заступники головного лікаря, аналітично-організаційний відділ, відділ кадрів, фінансово-економічний відділ та бухгалтерія).

10.5.2. Оперативно-диспетчерське відділення, у тому числі вузол територіальної підсистеми в межах Урядової інформаційно-аналітичної системи з питань надзвичайних ситуацій (УІАС НС), що створений та функціонує відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 16.12.99 [N 2303](#) "Про створення Урядової інформаційно-аналітичної системи з питань надзвичайних ситуацій".

10.5.3. Відділення швидкої медичної допомоги.

10.5.4. Станції швидкої медичної допомоги зі статусом структурних та/або відокремлених підрозділів.

10.5.5. Відділ медицини катастроф.

10.5.6. Відділ консультативної екстреної медичної допомоги.

10.5.7. Консультативний телеметричний центр.

10.5.8. Навчально-методичний відділ.

10.5.9. Відділення зв'язку та програмно-технічного забезпечення.

10.5.10. Господарська частина.

10.5.11. Аптечне відділення.

10.5.12. Централізоване стерилізаційне відділення.

10.5.13. Відділення технічного забезпечення.

11. Порядок створення станцій швидкої медичної допомоги

11.1. СШМД є закладами охорони здоров'я, що забезпечують надання екстреної медичної допомоги.

11.2. СШМД є юридичними особами та створюються за рішенням обласної (у Вінницькій, Донецькій, Дніпропетровській областях) або міської (у місті Києві) ради шляхом реорганізації центральних районних та інших лікарень та виділення з їх складу підрозділів з надання екстреної медичної допомоги і відповідної частини адміністративно-управлінських і господарських підрозділів після прийняття відповідного рішення органом, у підпорядкуванні якого вони перебувають.

11.3. Перелік адміністративно-територіальних одиниць, населенню яких СШМД надає медичну допомогу, визначається органом управління охорони здоров'я, якому СШМД підпорядковується.

11.4. Структура СШМД визначається органом управління охорони здоров'я, якому вони підпорядковуюється, та може мати такі підрозділи:

адміністративна частина / управління (головний лікар, заступники головного лікаря, аналітично-організаційний відділ, відділ кадрів, фінансово-економічний відділ та бухгалтерія);

бригади швидкої медичної допомоги;

господарська частина.

12. Порядок створення закладів із забезпечення надання третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги

12.1. Багатопрофільна обласна лікарня - заклад охорони здоров'я, що забезпечує надання ТМД в умовах цілодобового стаціонару, денного стаціонару або в амбулаторних умовах дорослим хворим з гострими станами або хронічними захворюваннями, що потребують високоспеціалізованих діагностичних та лікувальних втручань.

12.2. Багатопрофільна обласна дитяча лікарня (в тому числі клінічна лікарня) - заклад охорони здоров'я, що забезпечує надання ТМД хворим дітям, які потребують високоспеціалізованих діагностичних та лікувальних втручань.

12.3. ВСМЦ - заклад охорони здоров'я, що забезпечує надання ТМД за одним профілем та/або спеціалізацією.

12.4. Заклади ТМД створюються шляхом реорганізації існуючих закладів охорони здоров'я, що надають високоспеціалізовану медичну допомогу.

12.5. Заклади ТМД є юридичними особами та створюються за рішенням обласної (у Вінницькій, Донецькій, Дніпропетровській областях) або міської (у місті Києві) ради, у тому числі шляхом реорганізації міських лікарень, після прийняття відповідного рішення органом, у підпорядкуванні якого вони перебувають.

12.6. Перелік адміністративно-територіальних одиниць, населенню яких заклад ТМД забезпечує надання медичної допомоги, та структура закладу ТМД визначаються органом управління охорони здоров'я, якому зазначений заклад підпорядковується, з урахуванням потреб населення у ТМД.

12.7. Заклади ТМД розміщуються в існуючих будівлях, збудованих відповідно до типових або індивідуальних проектів будівель для закладів охорони здоров'я, або у пристосованих будівлях, що є комунальною власністю, або в орендованих приміщеннях, які відповідають санітарно-гігієнічним і будівельним нормам, вимогам техніки безпеки та протипожежним вимогам.

13. Етапи оптимізації мережі закладів охорони здоров'я

13.1. Перший етап оптимізації передбачає:

13.1.1. Проведення аналізу:

демографічних показників території обслуговування (чисельність, щільність розселення, віково-статева структура населення, показники смертності, народжуваності);

стану здоров'я населення території обслуговування (показники поширеності, захворюваності та інвалідності);

мережі закладів охорони здоров'я та основних показників їх діяльності;

ресурсного (кадрового, фінансового, матеріально-технічного) забезпечення та організаційно-функціональної структури закладів охорони здоров'я відповідної адміністративно-територіальної одиниці;

розподілу обсягів надання медичної допомоги між ПМСД, ВМД та ТМД;

обґрунтованості направлення хворих лікарями ПМСД на консультацію та лікування до закладів охорони здоров'я вторинного та третинного рівнів;

обґрунтованості викликів швидкої медичної допомоги;

основних показників діяльності закладів охорони здоров'я відповідної адміністративно-територіальної одиниці (кількість відвідувань, у тому числі лікарів-спеціалістів, рівень госпіталізації, показники лікування хворих в умовах цілодобових та денних стаціонарів, кількість викликів швидкої медичної допомоги, кількість ліжко-днів цілодобового стаціонарного лікування, проведених операцій, у тому числі з урахуванням хірургії "одного дня", тощо);

порядку надання первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги у закладах охорони здоров'я відповідної адміністративної території та порядку скерування пацієнтів до закладів охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу.

13.1.2. Вивчення можливості взаємодії закладів ПМСД із закладами ВМД, ТМД та ЕМД на території обслуговування.

13.1.3. Вивчення позиції медичних працівників щодо перетворень у системі медичного обслуговування населення та ступеня готовності до них.

13.1.4. Вивчення позиції населення щодо зміни порядку надання медичної допомоги.

13.1.5. Формування позитивного ставлення медичних працівників та населення до перетворень шляхом проведення відповідної інформаційно-роз'яснювальної роботи із залученням засобів масової інформації.

13.1.6. Визначення реальних потреб у кадрових, фінансових та матеріально-технічних ресурсах.

13.1.7. Підготовка організаційного проекту та плану реорганізації первинної, вторинної та третинної медичної допомоги.

13.1.8. Впровадження раціонального скерування пацієнта при наданні медичної допомоги на всіх рівнях.

13.1.9. Впровадження системи оцінки якості медичної допомоги із застосуванням Індикаторів якості медичної допомоги, затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 02.11.2011 [N 743](#) "Про затвердження Індикаторів якості медичної допомоги", зареєстрованих у Міністерстві юстиції України 22.11.2011 за N 1328/20066.

13.1.10. Організація безперервної підготовки медичних кадрів.

13.2. Другий етап оптимізації передбачає:

13.2.1. Створення центрів ПМСД.

13.2.2. Створення центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.

13.2.3. Застосування механізму реалізації права пацієнтів вільно вибирати лікаря ПМСД або його змінювати.

13.2.4. Проведення аналізу ресурсів охорони здоров'я на територіях, у тому

числі закладів охорони здоров'я відомчого підпорядкування.

13.2.5. Організація безперервного підвищення кваліфікації медичних працівників.

13.3. Третій етап оптимізації передбачає:

13.3.1. Забезпечення поступового формування оптимальної мережі закладів ВМД та ТМД з диференціацією лікарень за інтенсивністю лікування та спеціалізацією.

13.3.2. Застосування організації доступу пацієнтів до ВМД, ТМД.

13.3.3. Здійснення перерозподілу ресурсів між закладами ПМСД, ВМД, ТМД та ЕМД.

13.3.4. Проведення моніторингу та аналізу структурних перетворень.

13.3.5. Забезпечення безперервного підвищення кваліфікації медичних працівників.

13.3.6. Інформування населення та медичних працівників щодо здійснюваних перетворень.

**Директор Департаменту
лікувально-профілактичної
допомоги**

М.К.Хобзей

Додаток
до Порядку планування
та прогнозування розвитку
мережі комунальних закладів
охорони здоров'я у пілотних
регіонах

БАЗОВІ КРИТЕРІЇ

відбору закладу охорони здоров'я для створення лікарні інтенсивного лікування

N з/п	Показник	Оптимальне значення показника	Шкала оцінок	Примітка
Характеристика території				
1	Кількість населення, що обслуговується лікарнею інтенсивної допомоги (далі - ЛІЛ)	Населення, що обслуговується ЛІЛ, становить 150 тисяч і більше	1-8	Зменшення на кожні 20 тисяч нижче оптимального значення зменшує оцінку на 1
2	Кількість	Населений пункт з	0-3	

	населення адміністративно-територіальної одиниці	максимальною кількістю населення в межах округу		
3	Населений пункт є центром тяжіння для інших адміністративно-територіальних одиниць	Населення з інших адміністративно-територіальних одиниць працює, робить закупівлі, відпочиває та звертається по медичну допомогу до закладів охорони здоров'я в даному населеному пункті (кількість пацієнтів, пролікованих у лікарні, з інших населених пунктів)	1-8	
4	Радіус обслуговування	Не більше 100 км	0-4	Зменшення оцінки при перевищенні оптимального значення на 1 бал на кожні 10 км
5	Наявність доріг з твердим покриттям	Асфальтовані або бетонні між адміністративно-територіальними одиницями	0-4	Відсутність - 0
6	Якість доріг	Відремонтовані	0-2	
7	Можливість організації доставки пацієнтів до лікарні з усіх населених пунктів до лікарні службою екстреної (швидкої) медичної допомоги	Наявність рішення про створення мережі станцій, підстанцій та пунктів тимчасового перебування бригад швидкої медичної допомоги, достатньої для: доїзду до місця виклику / події в межах 10 хвилин в місті та 20 хвилин в сільській місцевості та наступної доставки	0-8	Відсутність - 0

		пацієнтів до ЛІЛ у межах 1-1,5 години		
8	Наявність у населеному пункті вищого навчального медичного закладу I-II рівнів акредитації	Наявне	0-4	
			Максимальна сума балів 41	
Стан будівель і споруд				
9	Загальний стан будівлі	Задовільний	0-7	Незадовільний - 0
10	Площі приміщення лікарні дозволяють із забезпеченням санітарних норм розмістити ЛІЛ	Наявні	0-9	
11	Наявність централізованого гарячого водопостачання	Наявне	2-6	Відсутність - 2
12	Наявність централізованого холодного водопостачання	Наявне	0-7	Відсутність - 0
13	Наявність централізованого постачання електроенергії з двох джерел	Наявне	2-6	Відсутність - 2
14	Наявність централізованої каналізаційної мережі з колектором для знезараження нечистот	Наявна	2-5	Відсутність - 2
15	Наявність централізованої	Наявна	0-7	Відсутність - 0

	мережі для подачі кисню			
			Максимальна сума балів 47	
Характеристика інфраструктури				
16	Наявність гаражів з ремонтною базою	Наявні	1-3	Відсутність - 1
17	Наявність умов для спалювання біологічних відходів	Наявні	1-2	Відсутність - 1
18	Наявність умов для створення на базі приймального відділення - відділення невідкладної допомоги	Наявні умови для реконструкції	0-6	Відсутність - 0
19	Наявність операційного блоку	Наявний	0-7	Відсутність - 0
20	Наявність боксованого інфекційного відділення	Наявне з боксами для різних інфекцій	0-6	Відсутність - 0
21	Наявність пологового відділення з індивідуальними пологовими залами та палатами для сумісного перебування матері та дитини	Наявне	0-6	Відсутність - 0
22	Наявність патолого-анатомічного відділення	Наявне	0-5	Відсутність - 0
23	Наявність стерилізаційного	Наявне	0-5	Відсутність - 0

	відділення			
24	Наявність цілодобового аптечного пункту	Наявний (можливість його відкриття)	0-3	Відсутність - 0
			Максимальна сума балів 43	
Кадрове забезпечення				
25	Кількість анестезіологів	5 і більше	0-10	При значенні показника нижче критичного рівня оцінка зменшується пропорційно
26	Кількість неонатологів стаціонару	5 і більше	0-8	"-"
27	Кількість акушерів-гінекологів стаціонару	5 і більше	0-8	"-"
28	Кількість хірургів стаціонару	5 і більше	0-9	"-"
29	Кількість травматологів стаціонару	5 і більше	0-8	"-"
30	Кількість кардіологів стаціонару	5 і більше	0-7	"-"
31	Кількість невропатологів стаціонару	5 і більше	0-7	"-"
32	Кількість нейрохірургів стаціонару	5 і більше	0-5	"-"
33	Рівень укомплектованості кадрами середнього медичного персоналу	95% і вище	0-8	"-"

34	Рівень укомплектованості молодшими медичними працівниками	95% і вище	0-5	"-"
35	Кількість лаборантів з вищою освітою	2 і більше	0-6	"-"
36	Кількість рентгенологів	2 і більше	0-6	"-"
37	Кількість спеціалістів з функціональної діагностики	5 і більше	0-6	"-"
38	Кількість патологоанатомів	1 і більше	0-6	"-"
39	Можливість використання кадрового потенціалу викладачів вищих навчальних медичних закладів III-IV рівнів акредитації	Наявність кафедри або її філії	0-2	Відсутність - 0
40	Можливість організації центру безперервного підвищення професійного рівня медичних працівників для округу	Наявність приміщення та можливість його відповідного оснащення	0-5	Відсутність - 0
			Максимальна сума балів 106	
Потужність лікарні				
41	Загальна кількість ліжок	250 ліжок і більше	До 7	При значенні показника нижче оптимального рівня оцінка зменшується

				пропорційно
42	Потужність відділення реанімації та інтенсивної терапії	12 ліжок і більше (або є можливість збільшення потужності)	0-9	"-"
43	Акушерський ліжковий фонд	5 ліжок і більше	0-6	"-"
44	Терапевтичний ліжковий фонд	60 ліжок і більше	0-6	"-"
45	Кардіологічний ліжковий фонд	40 ліжок і більше	0-8	"-"
46	Педіатричний ліжковий фонд	30 ліжок і більше	0-6	"-"
47	Неврологічний ліжковий фонд	40 ліжок і більше	0-8	"-"
48	Хірургічний ліжковий фонд	40 ліжок і більше	0-8	"-"
49	Травматологічний ліжковий фонд	25 ліжок і більше	0-6	"-"
			Максимальна сума балів 64	
Характеристика інтенсивності діяльності лікарні				
50	Всього операцій в стаціонарі	Перше місце у рейтингу за кількістю операцій у стаціонарі за рік	0-6	Якщо ні, балів - 0
51	Прооперовано за рік в ургентному порядку	Перше місце у рейтингу за показником "прооперовано за рік в ургентному порядку"	0-10	Зі зменшенням значення показника бали зменшуються пропорційно
52	Операцій на органах черевної порожнини (далі - ОЧП)	Перше місце у рейтингу за кількістю операцій на ОЧП за рік	0-8	"-"
53	Великих гінекологічних операцій	25% від хірургічних втручань гінекологічного профілю	0-8	"-"

54	Проліковано пацієнтів з гострим інфарктом міокарда (ГІМ)	Перше місце у рейтингу за кількістю пролікованих з діагнозом ГІМ за рік	0-9	"-"
55	Проліковано пацієнтів з гострим порушенням мозкового кровообігу	Перше місце у рейтингу за кількістю пролікованих з порушенням мозкового кровообігу за рік	0-9	"-"
56	Надано медичну допомогу пацієнтам з черепно-мозковою травмою (далі - ЧМТ)	Перше місце у рейтингу за кількістю випадків надання медичної допомоги хворим з ЧМТ за рік	0-7	Відсутність - 0
57	Прийнято пологів, усього	1000 і більше	0-9	При значенні показника нижче оптимального оцінка зменшується пропорційно
58	Кількість операцій на 1 хірурга в стаціонарі	400 і більше у рік	0-9	"-"
59	Кількість операцій на ОЧП на 1 хірурга в стаціонарі	150 і більше у рік	0-9	"-"
60	Кількість операцій на 1 гінеколога в стаціонарі	400 і більше у рік, крім акушерських операцій	9	
			Максимальна сума балів 93	
Характеристика забезпеченості медичним обладнанням та устаткуванням				
61	Кількість діючих комп'ютерних	Наявний	0-9	Відсутність - 0

	томографів			
62	Кількість діючих ангиографів	Наявний	0-9	Відсутність - 0
63	Кількість діючих ендоскопів	Перше місце у рейтингу за кількістю ендо- та трахеоскопів	0-8	Зі зменшенням значення індикатора бали зменшуються пропорційно
64	Діючих УЗД-апаратів	2 і більше	0-8	"-"
65	Діючих МРТ	Наявний	0-9	Відсутність - 0
66	Наявність лабораторії	Наявна	0-4-8	При неможливості роботи в цілодобовому режимі бали зменшуються вдвічі
67	Наявність діючих біохімічних автоаналізаторів	Наявні	0-7	Відсутність - 0
68	Забезпеченість операційних столів наркозними апаратами у %	100%	0-9	Зменшення оцінки на 1 бал на кожні 10%, яких не вистачає до 100%
69	Забезпеченість операційних столів моніторами вітальних функцій у %	100%	0-9	Зменшення оцінки на 1 бал на кожні 10%, яких не вистачає до 100%
70	Забезпеченість ліжок інтенсивної терапії апаратами штучної вентиляції легенів у %	100%	0-9	Зменшення оцінки на 1 бал на кожні 10%, яких не вистачає до 100%
71	Наявність	Наявна	0-5	Відсутність -

	комп'ютерної мережі			0
72	Можливість створення центру телемедицини для округу	Наявна	0-7	Відсутність - 0
73	Забезпеченість санітарним автотранспортом	3 санітарних автомобілі і більше	0-4	Зі зменшенням значення показника бали зменшуються пропорційно
74	Забезпеченість транспортом для господарських потреб	4 автомобілі і більше	0-5	Зі зменшенням значення показника бали зменшуються пропорційно
			Максимальна сума балів 106	
Загальна максимальна сума балів 500				