



# МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

вул. М. Грушевського, 7, м. Київ, 01601, тел. (044) 253-61-94, E-mail: moz@moz.gov.ua,  
web:http://www.moz.gov.ua, код ЄДРПОУ 00012925

Від \_\_\_\_\_ 20\_\_ № \_\_\_\_\_

На № \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_

## Державна регуляторна служба України

Міністерство охорони здоров'я України надсилає на погодження проект наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Державних санітарних норм і правил «Санітарно-протиепідемічні вимоги до нового будівництва і реконструкції закладів охорони здоров'я» та Змін до деяких нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України».

Просимо розглянути та погодити зазначений проект акта.

### Додатки:

1. Копія проекту наказу Міністерства охорони здоров'я України на 2 арк.
2. Копія Державних санітарних норм і правил «Санітарно-протиепідемічні вимоги до нового будівництва і реконструкції закладів охорони здоров'я» з додатками на 58 арк.
3. Копія Змін до деяких нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України на 11 арк.
4. Копія Порівняльної таблиці на 16 арк.
5. Копія пояснювальної записки на 4 арк.
6. АРВ з додатками на 28 арк.
7. Повідомлення про оприлюднення на 1 арк.

**Заступник Міністра охорони здоров'я  
України – головний державний  
санітарний лікар України**

**Ігор КУЗІН**

Олена Нестоцька 0990255507

Міністерство охорони здоров'я України

26-02/19365/2-22 від 24.08.2022



АСуд "ДОК.ПРОВ.З"  
Міністерство охорони здоров'я України  
№02-02/19065/2-22 від 24.08.2022  
КЕП Київ (Ігор Володимирович)  
58E2204E7F9003078040000007530932007E716900





# МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

## НАКАЗ

Київ

**Про затвердження Державних санітарних норм і правил «Санітарно-протиепідемічні вимоги до нового будівництва і реконструкції закладів охорони здоров'я» та Змін до деяких нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України**

Відповідно до статті 6 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб», підпункту 14 пункту 4, пункту 8 Положення про Міністерство охорони здоров'я України, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 року № 267 (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 24 січня 2020 року № 90), з метою впровадження санітарно-протиепідемічних вимог до закладів охорони здоров'я,

### **НАКАЗУЮ:**

1. Затвердити такі, що додаються:

- 1) Державні санітарні норми і правила «Санітарно-протиепідемічні вимоги до нового будівництва і реконструкції закладів охорони здоров'я»;
- 2) Зміни до деяких нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України.

2. Директорату громадського здоров'я та профілактики захворюваності (Даниленко О.М.) забезпечити подання цього наказу в установленому законодавством порядку на державну реєстрацію до Міністерства юстиції України.

3. Контроль за виконанням цього наказу покласти на заступника Міністра охорони здоров'я – головного державного санітарного лікаря України Кузіна І.В.

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

Міністр



Віктор ЛЯШКО

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони  
здоров'я України

№ \_\_\_\_\_

**ДЕРЖАВНІ САНІТАРНІ НОРМИ І ПРАВИЛА**  
**«Санітарно-протиепідемічні вимоги до нового будівництва і реконструкції**  
**закладів охорони здоров'я»**

**I. Загальні положення**

1. Ці Державні санітарні норми і правила (далі – Правила) встановлюють санітарно-протиепідемічні вимоги до умов та організації надання медичних послуг для новозбудованих і реконструйованих закладів охорони здоров'я (далі – ЗОЗ), незалежно від форми власності та організаційно-правової форми.

2. У цих Правилах терміни і скорочення вживаються в таких значеннях:

відділ ключового планування (далі – ВКП) – приміщення та/або ліжка ЗОЗ, на базі яких проводитиметься медичне обслуговування за результатами проведеної оцінки попиту на медичні послуги;

горизонт розрахунку – розрахунковий період, протягом якого функціонування ЗОЗ є виправданим, що враховує: тривалість створення, експлуатації і ліквідації ЗОЗ (середньозважений нормативний строк служби основного технічного устаткування, досягнення заданих характеристик (наприклад, кількості проведених оперативних втручань) та вимог власника ЗОЗ);

кондиціонування – створення і підтримка оптимальних / допустимих параметрів мікроклімату, з використанням відповідного обладнання / приладів;

медичне завдання на проектування ЗОЗ (далі – медичне завдання) – документ, в якому визначається призначення і структура ЗОЗ, функціональні

зв'язки між структурними підрозділами ЗОЗ, відповідно до вимог, які встановлюються до медичного обслуговування;

дефіцит у наданні медичних послуг населенню – різниця між попитом населення у медичних послугах та наявною пропозицією на їхнє надання;

повітряний шлюз – обмежений простір з двома або кількома дверима між двома або кількома приміщеннями різних класів чистоти, який служить для контролю потоку повітря між приміщеннями і використовується для передавання матеріалів та проходу працівників між приміщеннями з різних класів чистоти;

репроцесинг медичних виробів – циклічний процес фізичного та/або хімічного оброблення медичних виробів, для подальшого використання. Репроцесинг включає в себе (не обов'язково всі етапи): первинне оброблення в місці використання, розборку, реєстрацію, транспортування контамінованих медичних виробів, приймання, передстерилізаційне оброблення (отримання, реєстрація, очищення, дезінфекція, перевірка), пакування, стерилізацію, зберігання, транспортування стерильних медичних виробів, використання та контроль якості оброблення медичних виробів;

спроможність – характеристика, що передбачає наявність матеріальних, фінансових та інших ресурсів в обсягах, достатніх для ефективної реалізації завдань та функцій ЗОЗ для надання медичних послуг на рівні, передбаченому вимогами законодавства;

АО – адміністративно-територіальна одиниця;

ВІК – відділ з інфекційного контролю ЗОЗ;

ВІТ – відділення інтенсивної терапії;

ЗІЗ – засоби індивідуального захисту;

ПЗІП – палата захисної ізоляції пацієнтів;

ПІК – профілактика інфекцій та інфекційний контроль;

ПІПАІ – палата ізоляції пацієнтів з аерогенними інфекціями;

СОП – стандартна операційна процедура.

Інші терміни, що вживаються у цих Правилах, застосовують у значеннях, визначених у Законах України «Про регулювання містобудівної діяльності»,

«Основи законодавства України про охорону здоров'я» та інших нормативно-правових актах в сфері охорони здоров'я.

## **II. Профілактика інфекцій та інфекційний контроль**

1. Впровадження ППК дозволяє нівелювати або знизити ризики передавання інфекційних агентів в середині ЗОЗ. Організація заходів з ППК в ЗОЗ регламентована такими нормативно-правовими актами:

1) Стандартом інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на туберкульоз, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 01 лютого 2019 року № 287, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 17 квітня 2019 року за № 408/33379;

2) Державними санітарними нормами та правилами утримання територій населених місць, затвердженими наказом Міністерства охорони здоров'я України від 17 березня 2011 року № 145, зареєстрованими в Міністерстві юстиції України 05 квітня 2011 року за № 457/19195;

3) Державними санітарними нормами та правилами «Дезінфекція, передстерилізаційне очищення та стерилізація медичних виробів в закладах охорони здоров'я», затвердженими наказом Міністерства охорони здоров'я України від 11 серпня 2014 року № 552, зареєстрованими в Міністерстві юстиції України 03 вересня 2014 року за № 1067/25844;

4) Державними санітарно-протиепідемічними правилами і нормами щодо поводження з медичними відходами, затвердженими наказом Міністерства охорони здоров'я України від 08 червня 2015 року № 325, зареєстрованими в Міністерстві юстиції України 07 серпня 2015 року за № 959/27404;

5) Санітарно-протиепідемічними правилами і нормами використання ультрафіолетового бактерицидного випромінювання для знезараження повітря та дезінфекції поверхонь в приміщеннях закладів охорони здоров'я та установ/закладів надання соціальних послуг / соціального захисту населення, затвердженими наказом Міністерства охорони здоров'я України від 06 травня 2021 року № 882, зареєстрованими в Міністерстві юстиції України 28 липня 2021 року за № 978/36600;

6) наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03 серпня 2021 року № 1614 «Про організацію профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах / закладах надання соціальних послуг / соціального захисту населення», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 11 жовтня 2021 року за № 1318/36940;

7) Інструкцією зі збору, сортування, транспортування, зберігання, дезінфекції та прання білизни у закладах охорони здоров'я, затвердженою наказом Міністерства охорони здоров'я України від 30 квітня 2014 року № 293, зареєстрованою в Міністерстві юстиції України 28 травня 2014 року за № 556/25333;

8) Заходами та Засобами щодо попередження інфікування при проведенні догляду за пацієнтами, затвердженими наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03 серпня 2020 року № 1777, зареєстрованими в Міністерстві юстиції України 10 листопада 2020 року за № 1110/35393 (далі – Заходи).

2. В усіх ЗОЗ слід забезпечити виконання стандартних заходів захисту відповідно до розділу XI Заходів, інші заходи з попередження інфікування (контактні, крапельні, повітряні) впроваджуються згідно з рівнем надання медичної допомоги, що надаються в ЗОЗ.

3. Приміщення для персоналу слід передбачити в кожному клінічному структурному підрозділі ЗОЗ, що надає медичну допомогу в стаціонарних умовах.

Приміщення для персоналу повинні бути відокремленими від робочих приміщень і приміщень, в яких надається медична допомога пацієнтам.

В приміщеннях для персоналу необхідно розмістити дві раковини, окремо для миття рук і посуду. Раковини в приміщеннях для персоналу заборонено використовувати для проведення заходів з очищення і/або дезінфекції.

В приміщеннях для персоналу слід розмістити холодильник для зберігання продуктів харчування персоналу. Холодильники в приміщеннях для персоналу заборонено використовувати, з метою зберігання харчових продуктів пацієнтів, зразків для проведення лабораторних досліджень, лікарських засобів та медичних виробів.

4. Системами вентиляції і кондиціонування обладнуються приміщення ЗОЗ, в яких наявні високі ризики інфікування крапельним та/або повітряним шляхами (наприклад, ППАІ, приміщення проведення ендоскопічних досліджень і збору мокротиння, приміщення відділень невідкладної допомоги), а також приміщення ЗОЗ, що потребують дотримання вимог до чистоти повітря (наприклад, операційні, пологові зали, приміщення ВІТ і опікових відділень). Перелік приміщень ЗОЗ, які слід обладнати системами вентиляції і кондиціонування, включно з вимогами до параметрів мікроклімату, зазначаються в медичному завданні.

У приміщеннях ЗОЗ, в яких наявні високі ризики інфікування крапельним та/або повітряним шляхами забезпечується негативний тиск по відношенню до

прилеглих приміщень; у приміщеннях ЗОЗ, що потребують дотримання вимог до чистоти повітря – позитивний тиск.

Приплив повітря до приміщень з позитивним тиском по відношенню до прилеглих приміщень обладнується хепа-фільтрами; витяг повітря з них проводиться через вентиляційні решітки, які розташовуються в усіх чотирьох кутах приміщення на рівні 15-25 сантиметрів вище рівня підлоги.

В приміщеннях з позитивним тиском по відношенню до прилеглих приміщень слід максимально обмежити кількість вологи і джерел її утворення.

У приміщеннях клінічних структурних підрозділів ЗОЗ відносна вологість повітря повинна становити 30-60%, в усіх інших приміщеннях – мінімум 25%.

Кратність повітрообміну в приміщеннях ЗОЗ, в яких встановлюються вентиляційні системи, повинна становити не менше шести на годину, окрім приміщень для яких встановлюються особливі вимоги до чистоти повітря (наприклад, операційні), ППАІ та ПЗП.

Системи вентиляції і кондиціонування підлягають регулярному обслуговуванню, відповідно до графіку технічного обслуговування, який затверджується керівником ЗОЗ. Перевірка ефективності роботи системи вентиляції з реєстрацією отриманих даних проводиться суб'єктами господарювання за договором, яким повинні визначатися процедура, план і графік, не рідше одного разу на рік, про що оформлюється технічний звіт в довільній формі.

5. Основою профілактики інфекцій та інфекційного контролю є гігієна рук. Оснащення для забезпечення дотримання правил і практик з гігієни рук встановлюється в усіх точках догляду, а також в приміщеннях, де проводиться приготування їжі, поводження з відходами і репроцесинг медичних виробів, побутових приміщеннях для працівників (наприклад, приміщення для переодягання), пральнях, аптечних підрозділах і лабораторіях.

Конфігурація раковини для миття рук, в тому числі поєднання її зі змішувачем, повинна запобігати розбризкуванню рідини. Під час встановлення і подальшої експлуатації раковини для миття рук слід забезпечити щільне її прилягання до стіни і/або стільниці, а стики необхідно герметично закрити (стики не повинні допускати витіку рідини). Встановлення настінних підвісних раковин для миття рук в приміщеннях надання медичної допомоги не рекомендовано.

6. Раковини для миття рук встановлюються із врахуванням такого:



1) в клінічних структурних підрозділах ЗОЗ необхідна кількість раковин для миття рук визначається із розрахунку одна раковина для миття рук на кожну палату для пацієнтів;

2) стіна / поверхня, до якої кріпиться раковина для миття рук, оздоблюється водонепроникним покриттям на висоту не менше 31 сантиметрів над її бортиком;

3) точка виходу / зливу води зі змішувача повинна знаходитися на висоті не менше 26 сантиметрів від дна раковини для миття рук;

4) площа чаші раковини для миття рук повинна бути не менше 0,1 м<sup>2</sup>, причому мінімальний її розмір повинен становити не менше 23 сантиметрів;

5) диспенсер з рідким милом встановлюються таким чином, аби під час виходу з нього мило потрапляло в/на раковину для миття рук, а не на підлогу;

6) диспенсер для одноразових паперових рушників встановлюється таким чином, аби під час взяття паперових рушників вода з рук потрапляла в/на раковину, а не на підлогу. Встановлювати сушарки для рук замість диспенсерів для одноразових паперових рушників заборонено;

7) біля кожної раковини для миття рук встановлюється ємність для використаних паперових рушників (наприклад, відро з педаллю або тримач для одноразових мішків для відходів);

8) дзеркала біля рукомийників для миття рук заборонено встановлювати у приміщеннях, в яких догляд за шкірою лица чи волоссям несе ризики щодо інфікування (наприклад, приміщення для приготування їжі і виконання медичних маніпуляцій, палати пацієнтів);

9) заборонено встановлювати рукомийники для миття рук у приміщеннях, в яких зберігаються стерильні медичні вироби, та у приміщеннях, які вимагають стерильності повітря (наприклад, приміщення стерильної зони структурного підрозділу з репроцесингу медичних виробів (далі – СПР), приміщення, в якому безпосередньо проводяться оперативні втручання);

10) з метою уникнення перехресної контамінації внаслідок потрапляння бризок рідини, раковини для миття рук в передопераційних і приміщеннях СПР розміщуються мінімум на відстані 125 сантиметрів від чистих і стерильних зон;

11) змішувачі встановлюються на стіну або вмонтовуються у раковину для миття рук та повинні вмикатися без участі рук (функція «вільні руки» – активація ліктем, зап'ястям, ногою або дистанційно (сенсорно). В передопераційних раковини для миття рук обладнуються виключно змішувачами, які вмикаються ногою або активуються дистанційно (сенсорні);

12) раковини для миття рук повинні надійно закріплюватися, щоб витримувати вертикальне навантаження не менше 115 кілограмів в будь-якій точці.

7. Жолоби для відходів і для брудної білизни встановлювати в ЗОЗ заборонено.

### III. Палати ізоляції пацієнтів

1. Палати ізоляції пацієнтів поділяються на такі типи:

- 1) клас S – з нейтральним (стандартним) тиском повітря в приміщенні;
- 2) ПЗП або клас P – з позитивним тиском повітря в приміщенні;
- 3) ПППАІ або клас N (з передпокоєм або без нього) – з негативним тиском повітря в приміщенні;
- 4) карантинна ПППАІ або палата ізоляції пацієнтів класу Q – з негативним тиском повітря в приміщенні з додатковими бар'єрами, включно з передпокоєм.

2. Для ефективного використання палат ізоляції пацієнтів, ВІК розробляє, а керівник ЗОЗ затверджує:

- 1) критерії початку і припинення ізоляції;
- 2) СОП контролю за робочими параметрами в палатах ізоляції пацієнтів;
- 3) графік проведення технічного обслуговування палат ізоляції пацієнтів;
- 4) СОП заходів з респіраторного захисту працівників ЗОЗ.

3. Палати ізоляції пацієнтів класу S проєктуються, обладнуються і експлуатуються з врахуванням такого:

- 1) використовуються для пацієнтів, до яких застосовуються контактні заходи захисту;
- 2) тиск повітря в приміщеннях, по відношенню до інших приміщень, повинен бути нейтральним;
- 3) обов'язково проводиться кондиціонування повітря в приміщенні;
- 4) можуть використовуватися для пацієнтів, які не потребують ізоляції (за необхідності);

5) обладнуються раковинами для миття рук, душовою кабіною, унітазом та дверима із дотягувачами (з автоматичним закриттям);

6) перед входом в палату рекомендовано обладнати шафу для зберігання ЗІЗ та інших витратних матеріалів;

7) перед входом в палату слід розмістити маркування (наприклад, «Палата для ізоляції. Одягни ЗІЗ»).

4. Палати для ізоляції пацієнтів класу N проектуються, обладнуються і експлуатуються з врахуванням такого:

1) використовуються для пацієнтів, до яких застосовуються повітряні (аерогенні) заходи захисту;

2) призначені для контролю повітряного потоку в приміщеннях, а саме забезпечують умови, при яких кількість інфекційних часточок, що переносяться повітрям, не досягає рівня, за якого перехресне інфікування людей в ЗОЗ можливе;

3) розташовуються біля входу у структурний підрозділ ЗОЗ, з метою уникнення необхідності транспортувати пацієнта, який потребує ізоляції;

4) обладнання палати передпокою не обов'язкове (примірні функціональні схеми палат для ізоляції пацієнтів наведені в додатку 1 до цих Правил;

5) в разі облаштування, передпокій обладнується дверима із дотягувачами (з автоматичним закриттям);

6) в разі облаштування, передпокій дозволено використовувати виключно для доступу працівників ЗОЗ і відвідувачів;

7) в разі облаштування, передпокій повинен мати площу, достатню для проведення гігієнічної обробки рук, надягання / зняття ЗІЗ двома працівниками та розміщення ємності для відходів ЗІЗ;

8) в разі облаштування, передпокій повинен відігравати роль «повітряного замка». Тиск повітря в передпокої може бути позитивним або негативним щодо приміщення перебування пацієнта. Якщо в передпокої забезпечено позитивний тиск повітря щодо приміщення перебування пацієнта при мінімум десятикратному повітрообміні за годину, працівнику ЗОЗ не потрібно одягати респіратор до входу в передпокій;

9) для транспортування хворого в/з палати обладнується окремий вхід;

10) за необхідності та наявності графіку і порядку роботи, затверджених керівником ЗОЗ, можуть використовуватися як приміщення для проведення інвазивних медичних маніпуляцій, бронхоскопії або аутопсії;

11) обладнуються раковинами для миття рук, душовою кабіною та унітазом;

12) за відсутності передпокою, перед входом в палату обладнується шафа для зберігання ЗІЗ та інших витратних матеріалів та встановлюється диспенсер з антисептиком для гігієнічної обробки рук;

13) вікна обладнуються спеціальними системами відкриття (наприклад, інструментами, ключами), з метою унеможливлення їхнього неконтрольованого відкриття пацієнтами / відвідувачами;

14) повітря з палати повинно видалятися назовні. Використання рециркуляції повітря дозволено виключно після його проходження через хепа-фільтр (при використанні рециркуляції розрахунок кратності повітрообміну має враховувати об'єм рециркульованого повітря);

15) вентиляційна система палати повинна бути відокремленою від інших витяжних вентиляційних систем;

16) повітропроводи вентиляційних систем необхідно маркувати, з метою їхньої ідентифікації;

17) в палатах рекомендовано встановлювати екрановані ультрафіолетові бактерицидні опромінювачі, з метою додаткового очищення / дезінфекції повітря і/або зниження ризиків інфікування працівників ЗОЗ на випадок виникнення аварійних ситуацій;

18) перед входом в палату слід розмістити маркування (наприклад, «Палата для ізоляції. Одягни респіратор»);

19) після звільнення палати від пацієнта, механічна вентиляція повинна працювати не менше 30 хвилин при зачинених дверях (якщо при цьому в палаті залишаються працівники ЗОЗ, вони повинні використовувати респіратори).

5. Палати для ізоляції пацієнтів класу N повинні відповідати таким інженерним характеристикам:

1) повинні забезпечувати постійне підтримання негативного тиску (перевага витяжки повітря над його притоком);

2) вентиляційна система повинна підтримувати різницю тиску між палатою та коридором мінімум 10 Па (рекомендовано 15-30 Па);

3) окрім співвідношення витяжки та притоку повітря, утримання негативного тиску в палаті залежить від герметичності приміщення, що забезпечується таким:

герметично закриваються щілини зверху та по боках вхідних дверей (під дверима має залишитися щілина шириною в 12,5 міліметрів від нижнього краю дверей до підлоги;

герметизуються вікно та віконна рама;

герметизуються з'єднання стін з підлогою і стелею;

герметизуються з'єднання електричних коробок та електропроводки зі стінами / стелею / підлогою;

використовуються підвісні світильники (встановлювати вбудовані світильники заборонено);

для оздоблення стелі використовуються непористі вінілові плити та герметизуються шви між ними при встановленні;

4) моніторинг тиску повітря в палаті для ізоляції пацієнтів класу N рекомендовано проводити постійно, за допомогою приладу для візуального моніторингу тиску та руху повітря. Допускається періодичний моніторинг один раз на добу портативним диференційним манометром і димовою трубкою на вхідних дверях. Результати моніторингу тиску повітря щоденно документуються в довільній формі;

5) об'єм витяжного повітря повинен бути більше мінімум на 10% від об'єму припливного повітря, але не менше 100 м<sup>3</sup>/год;

6) забезпечено мінімізацію будь-яких втрат повітря через вікна, двері та поверхневі з'єднання;

7) унеможливлено перетікання повітря з брудної в чисту зону (забезпечено рух повітря з коридору через передпокій (за наявності) в палату);

8) моніторинг робочих параметрів проводиться відповідно до затвердженого керівником ЗОЗ графіку (за винятком тиску і напрямку руху повітря, які проводяться щоденно);

9) з метою очищення та ефективного видалення повітря, витяжна механічна вентиляційна система повинна забезпечувати мінімум 12-кратний повітрообмін (при розрахунку кратності повітрообміну по витяжці не враховується вентиляція в санітарному приміщенні);

10) з часом на витяжних решітках і у витяжних каналах може збиратися пил і бруд, а герметичність повітропроводів може порушуватися, що призводить до зменшення ефективності витяжної механічної вентиляції. З метою нівелювання негативного впливу часу, витяжні канали і вентилятор витяжної системи при встановленні повинні забезпечувати додаткові 50% показників ефективності роботи;

11) приплив повітря організовується на стелі біля входу для працівників ЗОЗ в палату, а витяг – поблизу до головного кінця ліжка пацієнта;

12) викид повітря з палати повинен бути віддалений від місць забору повітря / перебування людей мінімум на десять метрів по горизонталі і п'ять метрів по вертикалі, а також унеможливити забруднення інших приміщень (розміщуватися мінімум на 70 сантиметрів вище рівня даху). За неможливості виконання зазначених умов, повітря, яке видаляється з приміщення, повинно фільтруватися за допомогою хепа-фільтрів;

13) при рециркуляції, повітря повинно очищатися за допомогою хепа-фільтрів;

14) при роботі, вентиляційна система повинна підтримувати параметри мікроклімату та не перевищувати безпечні показники шуму і вібрації. Експлуатація палат з перевищенням допустимих значень швидкості руху повітря дозволяється при необхідності підвищення кратності повітрообміну в палаті;

15) з метою дотримання теплового комфорту (температури повітря і відносної вологості), в палатах рекомендовано встановити індивідуальні термостати.

6. Палати для ізоляції пацієнтів класу Р проєктуються, обладнуються і експлуатуються з врахуванням такого:

1) використовуються для розміщення пацієнтів з підвищеною сприйнятливістю до збудників інфекційних хвороб (наприклад, пацієнти з тривалою гранулоцитопенією, реципієнти кісткового мозку, хворі на гематологічні злоякісні новоутворення, які отримують хіміотерапію);

2) не призначені для ізоляції пацієнтів з ВІЛ/СНІД, за виключенням пацієнтів з агранулоцитозом;

3) категорично заборонено розміщувати пацієнтів з інфекційними хворобами, що мають повітряний (аерогенний) шлях інфікування;

4) повинні забезпечувати недопущення потрапляння в палату мікроорганізмів та інших забруднювачів (зразки схем палат наведені в додатку 1 до цих Правил);

5) палати не обладнуються передпокоюм;

6) всі виходи з палати обладнуються дверима із дотягувачами (з автоматичним закриттям);

7) обладнуються раковинами для миття рук, душовою кабіною і унітазом;

8) перед входом в палату рекомендовано обладнати шафу для зберігання ЗІЗ та інших витратних матеріалів;

9) перед входом в палату слід розмістити маркування (наприклад, «Палата захисної ізоляції. Одягни ЗІЗ»).

7. Палати для ізоляції пацієнтів класу Р повинні відповідати таким інженерним характеристикам:

1) повинні забезпечувати підтримання позитивного тиску повітря, за рахунок створення переваги притоку повітря над його витяжкою;

2) вентиляційна система повинна підтримувати різницю тиску між палатою та коридором мінімум в 10 Па (рекомендовано 15-30 Па);

3) об'єм припливного повітря повинен бути більше мінімум на 10% від об'єму витяжного повітря, але не менше 100 м<sup>3</sup>/год;

4) забезпечено мінімізацію будь-яких втрат (витікання) повітря через вікна, двері та поверхневі з'єднання;

5) вентиляційна система повинна підтримувати напрямок руху повітря з палати в коридор;

6) моніторинг тиску повітря в палаті рекомендовано проводити постійно, за допомогою приладу для візуального моніторингу тиску та руху повітря. Допускається періодичний моніторинг один раз на добу портативним диференційним манометром і димовою трубкою на вхідних дверях. Результати моніторингу тиску повітря щоденно документуються в довільній формі;

7) моніторинг робочих параметрів проводиться відповідно до затвердженого керівником ЗОЗ графіку (за винятком тиску і напрямку руху повітря, які проводяться щоденно);

- 8) забезпечено мінімум десятикратний повітрообмін (по притоку);
- 9) повітря, яке подається до палати, обов'язково очищується за допомогою хепа-фільтрів;
- 10) очищення (фільтрація) повітря, що видаляється, не проводиться.
- 11) вентиляційні решітки для подачі і видалення повітря повинні розміщуватися таким чином, аби чисте / очищене (фільтроване) повітря потрапляло з одного боку приміщення, проходило через зону догляду пацієнта і виходило з протилежного боку приміщення;
- 12) заборонено використовувати ламінарні системи подавання повітря в палату.

8. Карантинна ППАІ призначена для розміщення пацієнтів з найбільш контагіозними інфекційними хворобами, які здатні спричинити надзвичайну ситуацію в сфері громадського здоров'я (наприклад, геморагічні лихоманки, легенева форма чуми). Зразок схеми палати для ізоляції пацієнтів класу Q наведений в додатку 1 до цих Правил.

9. Палати для ізоляції пацієнтів класу Q проектуються, обладнуються та експлуатуються з врахуванням вимог наведених в підпунктах 1, 2, 5, 11, 13, 15-19 пункту 4 цього розділу; підпунктах 1-12, 14, 15 пункту 5 цього розділу. Додатково необхідно:

- 1) обладнати вхідний і вихідний передпокої (один для входу працівників ЗОЗ і транспортування пацієнта, інший – для виходу працівників ЗОЗ, знезараження медичного обладнання та відходів). Пацієнтів слід транспортувати в ЗОЗ / палату виключно ізоляційними ношами;
- 2) передпокій, призначений для входу працівників ЗОЗ, обладнати дверима, що автоматично блокуються на вихід з передпокою;
- 3) забезпечити щоб двері в приміщення перебування пацієнта автоматично блокувалися при відкритті дверей передпокою, які призначені для входу працівників ЗОЗ;
- 4) обладнати палати сигналізацією, яка вмикається при зниженні різниці тиску повітря між палатою і коридором нижче 15 Па;
- 5) обладнати палати системою блокування дверей передпокою, які призначені для входу працівників ЗОЗ, при зниженні різниці тиску повітря між палатою і коридором нижче 15 Па;



6) обладнати вентиляцію так, аби рециркуляція повітря не проводилася (використовувати рециркуляцію повітря заборонено);

7) проводити фільтрацію повітря, яке видаляється, через хепа-фільтри;

8) обладнати палату системою зв'язку між палатою і постом сестри медичної.

10. Вентиляційні системи палат ізоляції пацієнтів обов'язково підключаються до аварійного джерела електроживлення, з метою підтримання тиску повітря в разі вимкнення електроенергії.

11. Визначення потреби в палатах ізоляції пацієнтів є обов'язковою частиною медичного завдання для всіх ЗОЗ.

12. Мінімальна кількість палат для ізоляції пацієнтів така:

1) класу S:

для ЗОЗ, які надають медичну допомогу в стаціонарних умовах – одна палата для відділення невідкладної допомоги і додатково по дві палати на кожні десять ліжок для пацієнтів;

для амбулаторно-поліклінічних ЗОЗ – одна палата на 20 кабінетів для прийому пацієнтів (будівлі, в складі яких менше 20 кабінетів для прийому пацієнтів рекомендовано обладнати однією палатою для ізоляції пацієнтів класу S);

2) палати для ізоляції пацієнтів класу N:

для ЗОЗ, які надають медичну допомогу в стаціонарних умовах – одна палата на кожне відділення інтенсивної терапії і додатково одна палата на кожні сто ліжок для пацієнтів;

для амбулаторно-поліклінічних ЗОЗ – необхідність облаштування визначається медичним завданням (наприклад, рекомендовано облаштовувати в ЗОЗ, у яких проводять аерозольгенеруючі процедури).

Необхідна кількість палат для ізоляції пацієнтів класу P визначається медичним завданням.

Палати для ізоляції пацієнтів класу Q облаштовуються у спеціалізованих ЗОЗ, а їхня кількість визначається медичним завданням.

#### **IV. Внутрішнє оздоблення приміщень**

1. У складі будівельних матеріалів і виробів, призначених для внутрішнього оздоблення приміщень ЗОЗ, заборонено використовувати вироби, що містять сполуки фталатів понад 0,1% від маси пластифікованого матеріалу.

2. Оздоблення приміщень ЗОЗ, в яких проводяться роботи з радіоактивними речовинами та іншими джерелами іонізуючого випромінювання (наприклад, кабінети проведення рентгенологічних досліджень), проводиться відповідно до Державних гігієнічних нормативів «Норми радіаційної безпеки України (НРБУ-97)», введених в дію постановою головного державного санітарного лікаря України від 01 грудня 1997 року № 62, та «Норм радіаційної безпеки України; доповнення: Радіаційний захист від джерел потенційного опромінення (НРБУ-97/Д-2000)», затверджених постановою головного державного санітарного лікаря України від 12 липня 2000 року № 116.

3. Зовнішня і внутрішня поверхні медичного обладнання та меблів, які встановлюються в ЗОЗ, повинні бути гладкими, без дефектів, легкодоступними для вологого прибирання і стійкими до оброблення мийними та дезінфекційними засобами.

4. Ефективна питома активність природних радіонуклідів у матеріалах, що використовуються для обладнання території ЗОЗ (наприклад, майданчиків для відпочинку) не повинна перевищувати 370 Бк/кг.

#### **V. Обладнання, меблі та інвентар**

1. У палатах пацієнтів ЗОЗ кількість ліжок визначається медичним завданням, але не більше ніж чотири ліжка. В одномісних палатах відстань між ліжком та стінами має складати не менше одного метра (крім головного кінця ліжка), у палатах пацієнтів хірургічного профілю – мінімум 1,5 метри, у палатах ВІТ – мінімум два метри. До головного кінця ліжка повинен бути забезпечений вільний доступ, на випадок необхідності надання пацієнту невідкладної медичної допомоги.

2. Кількість приліжкових тумб / комодів встановлюється медичним завданням. Приліжкові тумби / комоди рекомендовано встановлювати впритул до ніжного кінця ліжка і не рекомендовано встановлювати біля його узголів'я.

3. Клінічні структурні підрозділи ЗОЗ оснащуються засобами малої механізації, залежно від потреби (наприклад, каталки, крісла-каталки, візки для транспортування).

4. Поверхні приміщень ЗОЗ, медичний та інший інвентар повинні утримуватись у чистоті. Графік та СОП з проведення прибирань розробляються ВІК, відповідно до наявних ризиків інфікування контактним шляхом, та затверджуються керівником ЗОЗ.

5. Інвентар для прибирання обробляється і зберігається виключно у спеціально виділеному приміщенні.

6. Медичне, технологічне, санітарно-технічне, інженерне та інше обладнання, меблі та інвентар ЗОЗ повинні відповідати чинним технічним регламентам, перебувати у справному стані; мати гігієнічне покриття, що забезпечує можливість і доступність проведення вологого прибирання та дезінфекції.

Несправне обладнання, меблі та інвентар, що вийшли з ладу, підлягають негайній заміні. Використання несправних або таких, що мають дефекти, обладнання, меблів та інвентарю не допускається.

Зберігання невикористовуваного обладнання, меблів та інвентарю проводиться виключно на території складських приміщень (комор).

7. В ЗОЗ забезпечується мінімум тримісячний запас засобів для очищення і дезінфекції. Розрахунок необхідної кількості засобів для очищення і дезінфекції проводиться ВІК і затверджується керівником ЗОЗ. В ЗОЗ до використання допускаються виключно дезінфекційні засоби, що зареєстровані відповідно до Порядку державної реєстрації (перереєстрації) дезінфекційних засобів, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 03 липня 2006 року № 908 (у редакції постанови Кабінету Міністрів України від 14 березня 2018 р. № 178).

## **VI. Водопостачання, каналізація та опалення**

1. Всі ЗОЗ приєднуються до централізованих мереж водопостачання та водовідведення.

2. В ЗОЗ, які надають медичну допомогу в стаціонарних умовах, слід передбачити резервне (аварійне) водопостачання (наприклад, артезіанська свердловина, резервуари питної води).

3. Питна вода, що використовується в ЗОЗ, повинна відповідати Державним санітарним нормам та правилам «Гігієнічні вимоги до води питної, призначеної для споживання людиною», затвердженим наказом Міністерства охорони здоров'я України від 12 травня 2010 року № 400, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 01 липня 2010 року за № 452/17747.

4. Постачання гарячої води в ЗОЗ може відбуватися централізовано або за рахунок встановлення локальних систем нагріву води. На випадок виходу з ладу або проведення профілактичного ремонту системи централізованого гарячого водопостачання, в ЗОЗ передбачається резервне гаряче водопостачання (наприклад, електроводонагрівальні пристрої безперервної дії).

Температура гарячої води в розвідній мережі педіатричних і психіатричних палат перебування пацієнтів повинна становити  $35 \pm 2^\circ\text{C}$ .

5. Очищення і знезараження стічних вод, які генеруються ЗОЗ, проводиться на загальноміських (сільських) чи інших каналізаційних очисних спорудах, за їхньої відсутності стічні води повинні піддаватися повному біологічному очищенню та знезараженню на локальних очисних спорудах.

Відведення стічних вод з приміщень ЗОЗ, в яких проводяться процедури з лікування гязями, здійснюється через спеціальні трапи у збірний гязевідстійник.

6. В кожному структурному підрозділі ЗОЗ обладнуються приміщення санітарно-гігієнічного призначення, які повинні бути окремими для жінок і чоловіків.

7. Приміщення санітарно-гігієнічного призначення обладнуються із врахуванням такого:

1) в клінічних структурних підрозділах ЗОЗ, які надають медичну допомогу в стаціонарних умовах, необхідна кількість унітазів визначається із розрахунку мінімум один унітаз на кожную палату для пацієнтів;

2) в клінічних структурних підрозділах ЗОЗ, які надають медичну допомогу в стаціонарних умовах, необхідна кількість унітазів для працівників визначається із розрахунку мінімум один унітаз на кожних 10 працівників;

3) в адміністративних і неклінічних структурних підрозділах ЗОЗ необхідна кількість унітазів визначається із розрахунку мінімум один унітаз на кожних 50 працівників;

4) в ЗОЗ, які надають амбулаторно-поліклінічну або консультативну медичну допомогу, необхідна кількість унітазів визначається із розрахунку мінімум один унітаз на кожних 10 кабінетів прийому пацієнтів;

5) в кожному приміщенні санітарно-гігієнічного призначення встановлюється раковина для миття рук, з урахуванням вимог пункту 6 розділу II цих Правил;

6) в клінічних структурних підрозділах ЗОЗ, які надають медичну допомогу в стаціонарних умовах, необхідна кількість душових кабін для пацієнтів визначається із розрахунку мінімум одна душова кабіна на кожну палату для пацієнтів;

7) в ЗОЗ, які надають медичну допомогу в стаціонарних умовах, необхідна кількість душових кабін для працівників визначається із розрахунку мінімум одна душова кабіна на кожних 10 працівників;

8) в ЗОЗ, які надають медичну допомогу в стаціонарних умовах, у відділенні невідкладної допомоги обладнується ізольоване приміщення санітарно-гігієнічного призначення для проведення оброблення пацієнтів при поступленні;

9) в ЗОЗ, які надають медичну допомогу в стаціонарних умовах, у кожній палаті перебування новонароджених дітей встановлюється раковина з широкою чашею та зі змішувачами, що забезпечують зручність при купанні;

10) залежно від потреби, приміщення санітарно-гігієнічного призначення обладнуються / забезпечуються сушарками для рушників, пісуарами, біде, шафами для санітарно-гігієнічного приладдя, вішаками, дзеркалом, одноразовими гігієнічними накладками на сидіння унітазу, тримачем для туалетного паперу і туалетним папером.

8. Санітарно-технічні прилади і пристрої повинні знаходитися у справному стані, очищуватись від іржі та інших нашарувань, не мати тріщин та інших дефектів. Несправні прилади підлягають заміні.

9. Опалення в ЗОЗ забезпечується системами централізованого або локального обігріву. Використання інших джерел обігріву (наприклад, електрообігрівачі) в ЗОЗ дозволено на випадок виникнення надзвичайних і аварійних ситуацій.

10. Системи опалення в ЗОЗ повинні забезпечувати рівномірне нагрівання повітря в приміщеннях протягом всього опалювального періоду (обладнуються регулятором температури), виключати забруднення повітря шкідливими речовинами і запахами, що виділяються в процесі експлуатації; не створювати шуму, що перевищує допустимі рівні, бути зручними для поточного обслуговування / ремонту.

11. Нагрівальні опалювальні прилади повинні розміщуватися на або біля зовнішніх стін, під вікнами і мати гладку поверхню, стійку до очищення та дезінфекції.

12. Нагрівальні опалювальні прилади, в разі необхідності (наприклад, палати пацієнтів психіатричного профілю або раннього дитячого віку), огорожуються декоративними решітками, сітками або перфорованими стінками, які встановлюються так, щоб зберегти вільний доступ для поточної експлуатації і прибирання приладів.

## **VII. Гігієнічні вимоги до природного і штучного освітлення**

1. В приміщеннях ЗОЗ слід забезпечити наявність природного освітлення.

2. Без природного освітлення дозволяється розміщувати такі приміщення:

1) технічні та інженерні – теплові пункти, насосні, компресорні, вентиляційні, дистиляційні, майстерні з експлуатації будівель, серверні;

2) для персоналу – конференц-зали, призначені для відпочинку і/або прийому їжі, гардеробні, санітарно-гігієнічного призначення;

3) допоміжних служб – архіви, комори і сховища всіх видів, термостатні, для приготування робочих дезінфекційних розчинів, очищення і дезінфекції, харчоблоки, пральні, СПР, оброблення медичних відходів;

4) операційні і секційні;

5) монтажу апаратів для проведення діалізу і штучного кровообігу;

6) лабораторно-діагностичні – процедурні для проведення ендоскопічних досліджень; прийому, реєстрації та видавання результатів аналізів, бокси для лабораторних досліджень без постійних робочих місць, процедурні функціональної діагностики.

3. Штучне освітлення повинно відповідати призначенню приміщення ЗОЗ, бути регульованим та безпечним, не чинити сліпучої та іншої несприятливої дії на здоров'я людини.

4. Для освітлення палат пацієнтів застосовуються настінні комбіновані світильники (загального і місцевого освітлення), що встановлюються біля кожного ліжка пацієнта на висоті 170 сантиметрів від рівня підлоги.

5. У кожній палаті пацієнтів встановлюється світильник нічного освітлення біля дверей на висоті 30 сантиметрів від рівня підлоги та над дверним прорізом на висоті 220 сантиметрів від рівня підлоги.

6. У оглядових кабінетах встановлюються настінні та переносні світильники для огляду пацієнтів, при цьому спектр джерел випромінювання світла повинен максимально наближатися до природного.

7. Коридори клінічних структурних підрозділів ЗОЗ, які надають медичну допомогу в стаціонарних умовах, повинні мати природне освітлення через вікна в торцевих стінах будівель і у світлових кишнях (холах). Відстань між світловими кишнями не повинна перевищувати 24 метри. Коридори інших структурних підрозділів ЗОЗ, які надають медичну допомогу в стаціонарних умовах, повинні мати торцеве або бокове природне освітлення.

8. Стельові світильники загального освітлення приміщень ЗОЗ повинні бути із суцільними (закритими) розсіювачами.

9. Для захисту від сліпучої дії сонячних променів і перегріву в приміщеннях ЗОЗ, вікна яких орієнтовані на південні румби горизонту, повинні бути обладнані сонцезахисними пристроями (наприклад, козирки по фасаду будівлі).

10. В ЗОЗ, які надають медичну допомогу в стаціонарних умовах, забезпечується захист палат пацієнтів і операційних від світла вуличних світильників і зовнішньої світлової реклами.

### **VIII. Операційні відділення**

1. Операційне відділення є обов'язковим клінічним структурним підрозділом ЗОЗ, в якому проводяться оперативні втручання. Операційні відділення повинні гарантувати безпечне середовище для лікування пацієнтів, яким проводяться діагностичні та інші хірургічні маніпуляції під наркозом і надання медичної допомоги в периопераційний період, включно з післяопераційною реабілітацією.

2. Залежно від потреб ЗОЗ, операційні відділення проєктуються, будуються і експлуатуються за такими моделями надання хірургічної медичної допомоги:

- 1) стаціонарна хірургія;
- 2) хірургія одного дня.

3. Моделі надання хірургічної медичної допомоги рекомендовано об'єднувати для організації в ЗОЗ інтегрованого комплексу. Такі комплекси дозволяють виконувати в межах однієї групи приміщень увесь комплекс діагностичних та інших хірургічних маніпуляцій, а також дозволяють ефективно, безпечно і економічно вигідно використовувати ресурси ЗОЗ.

Примірні функціональні схеми операційних відділень наведені в додатку 2 до цих Правил.

4. Модель стаціонарної хірургії слід використовувати в ЗОЗ, які проводять планове або екстрене оперативне лікування пацієнтів з прогнозованою необхідністю перебування в палаті стаціонарного клінічного підрозділу ЗОЗ понад одну добу (пацієнти розміщуються / перебувають у палаті відділення хірургії або ВІТ до потрапляння в операційне відділення, а після завершення оперативного втручання повертаються до них для продовження лікування).

Організація роботи при використанні моделі стаціонарна хірургія передбачає переважно цілодобовий режим роботи операційного відділення, що дозволяє збільшити пропускну здатність такого відділення за умови однакового технологічного устаткування.

5. Модель хірургії одного дня слід використовувати у ЗОЗ, які проводять планове оперативне лікування пацієнтів без прогнозованої необхідності перебування в палаті стаціонарного клінічного підрозділу ЗОЗ понад одну добу. Модель хірургії одного дня повинна використовуватися для виконання переважної більшості оперативних втручань (близько 70%).

Організація роботи при використанні моделі хірургія одного дня передбачає поступлення пацієнтів рано вранці (6-7 година) з наступним початком виконання оперативних втручань (7-8 година). Такий підхід дозволяє пацієнтам отримати всю необхідну післяопераційну медичну допомогу і бути виписаними в той же день. В інтегрованих комплексах оперативні втручання можуть проводитися ввечері, при цьому пацієнт виписується вранці наступного дня.

6. В медичному завданні слід враховувати можливість проведення в кожній з операційних ендоскопічних процедур (необхідність проєктування окремої операційної для виконання ендоскопічних процедур відсутня).

7. В медичному завданні слід враховувати, що операційні відділення повинні бути непрохідними і закритими для сторонніх осіб.

8. Виділяють такі підходи до організації / планування роботи (політика планування) операційних відділень з урахуванням особливостей будівлі ЗОЗ:

- 1) єдиний коридор;
- 2) подвійний коридор;
- 3) операційні блоки;



4) окремі (виділені) операційні.

9. Планування єдиного коридору передбачає переміщення усіх медичних виробів (стерильних і використаних) та пацієнтів (до і після операції) по одному основному коридору. Недоліком такої політики планування є необхідність ретельного планування і контролю дотримання руху медичних виробів і пацієнтів з метою недопущення їхньої перехресної контамінації та інфікування відповідно.

10. При використанні політики планування єдиного коридору слід дотримуватися такого:

1) основний коридор повинен мати ширину, яка дозволяє розділити переміщення медичних виробів і пацієнтів (визначається медичним завданням);

2) переміщення чистих / стерильних медичних виробів, медичних відходів, транспортування пацієнтів контролюється ВІК, з метою запобігання перехресній контамінації / інфікування.

11. Політика планування подвійного коридору передбачає доступ до усіх операційних через зовнішні коридори, включно з доставленням стерильних медичних виробів безпосередньо з СПР. Така політика планування дозволяє розмежувати / відокремити рух контамінованих / інфікованих пацієнтів і медичних виробів від неконтамінованих / неінфікованих.

12. При використанні політики планування подвійного коридору необхідно забезпечити недопущення перехреснення рухів працівників і медичних виробів з брудної і чистої зон, шляхом впровадження ВІК моніторингу і оцінки дотримання відповідних СОП.

13. Політика планування операційні блоки передбачає групування операційних згідно з виконуваними в них видами оперативних втручань або спеціалізацією хірургів, які проводять в них операції, з приміщенням зберігання стерильних медичних виробів та іншими допоміжними приміщеннями в один блок. Така політика планування має ряд недоліків (наприклад, зменшення доступної площі у зв'язку з необхідністю організації навколо блоків додаткових коридорів, складських приміщень і прохідного простору; дублювання запасів, необхідність залучення працівників для кожного блоку окремо) і не рекомендована для проєктування операційних відділень ЗОЗ.

14. Політика планування виділені операційні передбачає проєктування в операційному відділенні окремих операційних для проведення певних оперативних втручань або для виконання в них визначених високоспеціалізованих хірургічних маніпуляцій, що вимагають спеціального технологічного устаткування (стаціонарно встановлене обладнання

перешкоджає багатофункціональному використанню операційних). Таку політику планування дозволено застосовувати виключно для операційних відділень ЗОЗ, для яких оцінка попиту вказує на обґрунтовану потребу у виділених операційних відділеннях.

15. Функціонування операційного відділення напряму залежить від постачання стерильних медичних виробів, тому слід передбачити пряме сполучення СПР або приміщення зберігання стерильних медичних виробів з операційним відділенням. У разі неможливості організації прямого сполучення операційного відділення і СПР через конструктивні обмеження будівлі ЗОЗ, відповідальна за репроцесинг особа ЗОЗ повинна організувати безперешкодне транспортування стерильних медичних виробів до операційного відділення.

16. Операційне відділення складається з таких функціональних зон:

1) передопераційна зона, в якій проводяться прийом і реєстрації пацієнтів, загальний нагляд за дотриманням графіку проведення планових оперативних втручань, контроль входу та виходу з відділення і безпосереднє адміністрування роботи операційного відділення. До складу передопераційної зони мінімально повинні входити:

рецепція;

приміщення очікування для пацієнтів / відвідувачів;

приміщення опитування пацієнтів, що включає робоче місце для працівників з комп'ютерним обладнанням, яке дозволяє вести електронний реєстр пацієнтів у ЗОЗ (приміщення опитування може бути відокремленим від приміщення реєстрації пацієнтів);

місце миття рук;

приміщення технічного забезпечення;

передопераційні палати;

2) зона операційних, в яких виконуються діагностичні та інші хірургічні маніпуляції. До складу зони операційних мінімально повинні входити:

операційні (загального призначення, спеціалізовані, комбіновані, діагностичні та інші);

місце хірургічної обробки рук (з розрахунку мінімум одне місце хірургічної обробки рук на дві операційні);

3) зона допоміжних / суміжних приміщень, до складу якої мінімально повинні входити:

приміщення для зберігання білизни і мобільного хірургічного обладнання;

банк крові;

приміщення молодшого медичного персоналу і/або прибиральників;

приміщення зберігання інвентарю для проведення прибирання;

комори і приміщення зберігання анестезіологічних (за необхідності, необхідно передбачити окреме приміщення зберігання технологічного устаткування для проведення перфузій), стерильних і нестерильних медичних виробів;

4) післяопераційна зона, в якій пацієнтам надається рання післяопераційна (постнаркозна) медична допомога. До складу післяопераційної зони мінімально повинні входити:

приміщення з ліжками / стільцями для пацієнтів, включно з мінімум однією палатою ізоляції пацієнтів класу S;

місце зберігання теплої білизни;

приміщення для миття рук;

приміщення технічного забезпечення;

приміщення зберігання медичних виробів;

5) адміністративна зона, до складу якої мінімально повинні входити:

роздягальня(і) з душовими, туалетами і шафами для медичного одягу;

приміщення для персоналу;

приміщення для проведення зустрічей (переговорів).

17. В передопераційній зоні повинен відбуватися контроль доступу (вхід / вихід) пацієнтів і відвідувачів, тому в ній слід розмістити пункт охорони. До операційного відділення доступ стороннім особам повинен бути заборонений.

18. В передопераційній зоні для відвідувачів, що очікують на пацієнтів, яким виконуються оперативні втручання, повинні бути виділені окремі приміщення або визначені зони для очікування з доступом до санітарного приміщення. У разі облаштування зони очікування, вона повинна бути розташована таким чином, щоб не заважати роботі працівників ЗОЗ і не наражати на потенційні ризики відвідувачів (наприклад, не перешкоджати руху пацієнтів, які прибувають / вибувають до / з операційного відділення, бути віддаленою від маршрутів переміщення контамінованих (забруднених) медичних виробів і/або медичних відходів).

19. Приміщення для опитування пацієнтів рекомендовано розмістити в безпосередній близькості до приміщень / зони очікування.

20. Передопераційні палати можуть бути розраховані на одне (індивідуальна передопераційна палата) або на декілька ліжок. Ліжка в передопераційних палатах відокремлюються стаціонарною / мобільною ширмою.

Загальна кількість ліжок в передопераційних палатах визначається із розрахунку одне ліжко на кожну операційну, причому індивідуальних передопераційних палат повинно бути не менше 20% від загальної кількості передопераційних ліжок.

Переодягання пацієнта проводиться у передопераційній палаті, тому не рекомендовано обладнувати у передопераційній зоні приміщення для переодягання пацієнтів.

Ліжка в передопераційних палатах повинні бути оснащені приліжковими тумбами і доступом до медичних газів.

Передопераційні палати повинні бути розташовані в безпосередній близькості із санітарними приміщеннями (облаштовувати передопераційні палати окремими санітарними приміщеннями не рекомендовано).

Передопераційні палати повинні перебувати під постійним наглядом працівників операційного відділення, тому їх слід розміщувати навпроти рецепції у візуальній видимості.

У разі необхідності, доглядальникам пацієнта дозволено перебувати у індивідуальній передопераційній палаті. Кількість доглядальників повинна бути обмежена двома особами. Доглядальники допускаються в передопераційні палати після проходження інструктажу щодо правил перебування в операційному відділенні, що розробляються ВІК і затверджуються керівником ЗОЗ.

21. Діагностичні та інші хірургічні маніпуляції, які проводяться в операційному відділенні можуть бути малоінвазивними, стерильними і нестерильними, що вимагає дотримання різних вимог до приміщень, в тому числі через необхідність експлуатування певного технологічного устаткування. Медичне завдання повинно враховувати усі вимоги до операційних, які визначені хірургічними маніпуляціями, що в них проводяться, однак спеціалізацію слід знизити настільки наскільки це можливо. Дуже високий рівень спеціалізації може призвести до неефективності роботи операційного відділення (зниження пропускної здатності), внаслідок неможливості проведення різних діагностичних та інших хірургічних маніпуляцій в одній операційній.

22. Операційні для хірургічної стоматології повинні бути оснащені окремим виходом для стисненого повітря на сервісній панелі для медичних газів і технологічним устаткуванням для проведення інтраопераційної рентгенографії.

23. ЗОЗ, які проводять навчання і підготовку медичних працівників, повинні організувати пряму відео трансляцію виконання маніпуляцій, які проводяться в операційних (перебування осіб, які безпосередньо не залучені до проведення маніпуляцій, в операційній заборонено).

24. Анестезіологічні палати призначені для догляду за пацієнтом перед оперативним втручанням, проведення місцевої і спінальної анестезії (загальні анестетики і седативні лікарські засоби рекомендовано вводити безпосередньо в операційній). Анестезіологічні палати повинні бути обладнані в ЗОЗ, які використовують модель хірургії одного дня і виконують пацієнтам місцеву і/або спінальну анестезію. В моделі стаціонарна хірургія догляд, який виконуються в анестезіологічних палатах, може проводитися в палаті пацієнта і передопераційній палаті).

25. У зоні допоміжних / суміжних приміщень слід організувати приміщення препарування і дослідження патологічних зразків, якщо в операційному відділенні виконуються хірургічні втручання, що потребують невідкладних гістологічних досліджень.

26. У зоні допоміжних / суміжних приміщень слід організувати приміщення повітряної стерилізації негайного використання (флеш стерилізації), якщо у операційному відділенні використовуються одиничні медичні вироби.

27. Загальна площа приміщень зберігання медичних виробів (наприклад, мобільного технологічного устаткування (обладнання для обігріву пацієнтів, рентгенологічне обладнання), одноразових стерильних медичних виробів, лікарських засобів, транспортних носіїв і візків) повинна становити мінімум

10 м<sup>2</sup> на кожну операційну. Приміщення зберігання стерильних медичних виробів обмеженого (багаторазового) використання (після репроцесингу), якщо вона передбачена (наприклад, в ЗОЗ не організовано відділення репроцесингу) в складі зони допоміжних / суміжних приміщень, повинна бути площею мінімум 10 м<sup>2</sup> на кожну операційну. При облаштуванні приміщень зберігання медичних виробів у операційних відділеннях необхідно дотримуватися таких вимог:

1) двері для приміщень зберігання мобільного технічного устаткування обладнувати не обов'язково;

2) приміщення зберігання повинні мати форму витягнутого прямокутника, що забезпечить вільний доступ до медичних виробів, які зберігаються (зазначається в медичному завданні);

3) приміщення зберігання повинні мати пряме сполучення з операційними (якщо таке сполучення неможливе через конструктивні обмеження будівлі ЗОЗ, відповідальна за репроцесинг особа ЗОЗ (за наявності у складі ЗОЗ СПР) чи керівник ВІК повинен організувати транспортування медичних виробів і контроль за його проведенням, з метою недопущення потрапляння контамінованих (забруднених) медичних виробів у операційні).

28. Палати з ліжками / стільцями для пацієнтів в післяопераційній зоні поділяються на палати післяопераційного догляду таких рівнів:

1) постнаркозний (першого рівня) – догляд проводиться за пацієнтами, яким проведено оперативне втручання з використанням загальної анестезії. Співвідношення кількості ліжок до операційних в моделі стаціонарна хірургія становить 2:1, хірургія одного дня – 1,5:1;

2) постзнеболювальний (другого рівня) – догляд проводиться за пацієнтами, які вже не потребують післяопераційного догляду першого рівня або яким проведено оперативне втручання з використанням місцевої або спінальної анестезії. Співвідношення кількості ліжок до операційних в моделі хірургія одного дня становить 2:1, стільців – 1:1 (кількість стільців рекомендовано збільшити, якщо в ЗОЗ виконуються переважно оперативні втручання тривалістю до 15 хвилин);

3) спостережний (третього рівня) – за пацієнтами проводиться спостереження протягом визначеного часу після перебування в палаті другого рівня післяопераційного догляду або одразу після хірургічних маніпуляцій з низькою травматизацією пацієнта. Співвідношення кількості стільців до операційних в моделі хірургія одного дня становить 3:1.

29. Рівень післяопераційного догляду визначається операційною бригадою після завершення операційного втручання. Пацієнти, які потребують проведення інтенсивної терапії повинні переводитися до ВІТ, минаючи палати післяопераційного догляду.

30. Приміщення адміністративної зони повинні розташовуватися віддалено від операційних (заборонено розташовувати приміщення адміністративної зони в безпосередній близькості до входу у операційні).

31. Робота операційного відділення безпосередньо пов'язана зі злітно-посадковим майданчиком для медичних гелікоптерів, відділенням невідкладної допомоги, ВІТ, пологовими залами, СПР, патологоанатомічним і діагностичним відділеннями. Керівник ЗОЗ повинен організувати прямі і/або відокремлені маршрути сполучення між вищезазначеними структурними підрозділами, моніторинг і контроль за дотриманням яких забезпечує ВІК. Заборонено транспортувати пацієнтів загальними (громадськими) коридорами.

32. Керівник ЗОЗ повинен організувати функціональний поділ операційного відділення на зони і взаємозв'язки між ними, з метою гарантування безпеки пацієнтам і працівникам. Примірні функціональні схеми операційного відділення наведені в додатку 2 до цих Правил.

33. Варіанти розташування операційних з анестезіологічними палатами і підсобними приміщеннями із зазначенням руху повітря наведені в додатку 2 до цих Правил.

34. Приміщення опитування пацієнтів, операційні і анестезіологічні палати повинні бути звукоізольовані, з метою зниження ймовірності припущення помилок медичними працівниками та забезпечення конфіденційності даних пацієнтів. Приміщення, в яких проводяться процедури з підвищеним рівнем шуму, заборонено облаштовувати в безпосередній близькості до операційних.

35. Внутрішнє оздоблення приміщень операційного відділення, в яких проводиться догляд за пацієнтами (колір і текстура стін; оздоблення поверхонь, технологічного устаткування, меблів, творів мистецтва тощо), в поєднанні з освітленням не повинні маскувати кольори шкіри.

36. Ширина усіх входів, дверей або отворів, через які транспортуються пацієнти засобами малої механізації (наприклад, багатофункціональні ліжка, транспортні візки) повинна становити мінімум 1,4 метри.

Особливі вимоги до ширини усіх входів, дверей або отворів встановлюються до таких приміщень:

- 1) баріатричні палати – мінімум 1,6 метри;
- 2) палати інтенсивної терапії і операційні – 1,7 метри;
- 3) вбиральні при палатах для пацієнтів – 1,1 метри;
- 4) анестезіологічні кімнати – 1,5 метри.

Більшу ширину слід передбачити для приміщень, в яких використовується мобільне технологічне устаткування.

Функціональні зони операційного відділення, в яких відбувається постійне переміщення людей (наприклад, вхід / вихід у операційне відділення), рекомендовано обладнувати автоматичними розсувними або орними дверима. Автоматичні двері слід встановити при вході / виході з приміщень, до яких працівники повинні мати швидкий доступ без рук (мінімум операційні).

37. Коридори в операційному відділенні, за виключенням адміністративної зони, повинні мати мінімальну вільну (без урахування виступів ручок, поручнів, підвіконників тощо) ширину 2,8 метра.

38. Вимоги до внутрішнього оздоблення поверхонь операційного відділення такі:

1) підлога, стіни і стеля повинні бути виконані гладкими (забороняється наявність нерівностей і швів), нековзними, непористими, покритими матеріалами, стійкими до вологи і дезінфекційних хімічних засобів;

2) стики стін, дверних та віконних отворів, підлоги повинні бути покритими водонепроникними матеріалами;

3) антистатичне покриття підлоги використовувати не рекомендовано, через невикористання легкозаймистих анестезуючих лікарських засобів у медичній практиці. Спеціальні вимоги до підлоги (струмопровідність, стійкість до механічних пошкоджень, зносостійкість тощо) визначаються медичним завданням;

4) поверхня стелі операційних та інших приміщень, в яких проводяться стерильні медичні маніпуляції, палат післяопераційного догляду першого рівня, пологових залів, дитячих палат і палат для пацієнтів з онкологічними захворюваннями повинна бути монолітною від стіни до стіни, без тріщин, відкритих швів або щілин. Дозволяється застосовувати підвісні, підшивні, стельові плити та інші види стель, які виготовлені з матеріалів, що визначені виробником для використання у медичних закладах. Стельові світильники повинні бути втоплені і встановлені врівень з ущільненнями.



39. Меблі, технологічне устаткування та інше обладнання для операційного відділення необхідно підбирати з урахуванням ергономічності, вимог до охорони праці і техніки безпеки.

40. Засобами виклику медичного працівника слід обладнати усі палати перебування пацієнтів. Окремими кнопками приведення в дію системи сповіщення про виникнення надзвичайної ситуації обладнується реєстрація.

41. В операційних вентиляційні системи повинні забезпечувати кондиціонування і надлишковий тиск повітря. Припливне повітря підлягає фільтрації за допомогою хепа-фільтрів.

42. В операційних слід забезпечити дотримання таких вимог до вентиляційних систем:

1) температуру 18-24°C і відносну вологість 30-60% (мінімум температура повинна бути перевірена в операційних перед початком оперативного втручання);

2) кратність повітрообміну за припливом повітря повинна становити мінімум 20, з яких мінімум чотирикратний повітрообмін (20%) повинен забезпечуватися зовнішнім (не рециркульованим) повітрям. Повітря необхідно подавати під стелею і відводити біля підлоги. Витяг (відведення) повітря проводиться мінімум через чотири витяжні вентиляційні решітки, що розміщуються в кутах операційної на 20 сантиметрів вище рівня підлоги. З метою нівелювання негативного впливу часу, витяжні канали і вентилятор системи вентиляції при встановленні повинні забезпечувати додаткові 50% показників ефективності роботи;

3) всі хепа-фільтри повинні бути доступними для перевірки цілісності. Цілісність хепа-фільтрів перевіряється мінімум один раз на рік;

4) кожен операційну слід забезпечити відокремленою вентиляційною системою або відокремленою хепа-фільтрацією повітря (для повітря, що рециркулюється);

5) вентиляційні системи повинні підтримувати в операційних позитивний тиск мінімум 7,5 Па по відношенню до прилеглих приміщень (рекомендовано 10-15 Па). З метою контролю за робочими параметрами вентиляційної системи (тиск, температура, відносна вологість, кратність повітрообміну) в операційних встановлюється монітор індикації, корпус якого повинен бути стійким до вологи і дезінфекційних хімічних розчинів;

6) вхідний повітряний потік після хепа-фільтрації повинен розсіюватися через дифузори ламінарного повітряного потоку (ламінарний повітряний потік

повинен бути направленим на операційний стіл з максимальною швидкістю 0,15-0,3 м/с). Доступ до усіх дифузорів ламінарного повітряного потоку повинен бути забезпечений з операційної. Ламінарний потік повітря повинен повністю покривати площу операційного поля і додатково мінімум 30 сантиметрів з кожного боку;

7) в якості додаткового заходу для зниження ризику розвитку інфекцій області хірургічного втручання дозволено використовувати ультрафіолетове бактерицидне випромінювання;

8) в операційних, в яких використовуються лазери та/або інше технологічне устаткування, що генерує забруднення повітря, необхідно обладнати систему видалення таких забруднень;

9) на період простою вентиляційна система операційних повинна переводитися в режим зниження експлуатаційного навантаження (зменшення кратності повітрообміну і зниження температури повітря за умови дотримання відносної вологості повітря);

10) вентиляційні системи ортопедичних і кардіохірургічних операційних повинні забезпечувати можливість підтримання температури нижче 16°C;

11) вентиляційні системи комбустіологічних і педіатричних операційних повинні забезпечувати можливість додаткового підігріву і зволоження повітря;

12) контроль температури повітря в операційних слід проводити за допомогою психрометра;

13) інженерні характеристики операційних, у яких проводиться бронхоскопія, повинні відповідати положенням пункту 5 розділу III цих Правил.

43. Приміщення зберігання медичних газів необхідно розташовувати поза межами будівлі, в якій знаходяться клінічні структурні підрозділу ЗОЗ. Додаткове (окреме від основного приміщення зберігання медичних газів) слід облаштувати для зберігання резервних балонів з медичними газами (кількість балонів визначається із потреби в медичних газах мінімум на одну добу безперервної роботи ЗОЗ).

44. Кількість палат для ізоляції пацієнтів в операційному відділенні визначається відповідно до пункту 12 розділу III цих Правил.

## IX. Структурний підрозділ з репроцесингу медичних виробів

1. СПР – не обов'язковий структурний підрозділ ЗОЗ. Репроцесинг медичних виробів обмеженого (багаторазового) використання дозволено проводити за договором підряду.

2. СПР обладнується в ЗОЗ із урахуванням транспортних зв'язків із операційними.

3. Заборонено облаштовувати СПР над і під палатами пацієнтів клінічних структурних підрозділів ЗОЗ.

4. Склад і площі приміщень СПР визначаються із врахуванням рівня надання медичної допомоги, профілю і потужності (кількість наданих медичних послуг, що потребують медичних виробів підданих репроцесингу) ЗОЗ. Примірні функціональні схеми СПР наведені в додатку 3 до цих Правил.

5. Приміщення СПР, в тому числі призначені для зберігання підданих репроцесингу медичних виробів, повинні бути недоступними для всіх, окрім працівників СПР.

6. Приміщення СПР, залежно від процесу / стадії репроцесингу, яка в них проводиться і ризиків щодо контамінації (забруднення) медичних виробів, повинні бути розділені на такі функціональні зони із застосуванням кольорового (візуального) маркування:

- 1) адміністративна (не маркується);
- 2) брудна (червона);
- 3) чиста (синя);
- 4) стерильна (зелена).

7. Мінімальний склад приміщень СПР залежно від функціональних зон такий:

- 1) адміністративна зона:

кабінет завідувача СПР;

кабінет старшої медичної сестри СПР (може бути об'єднаний з кабінетом завідувача СПР);

їжі;

санітарне приміщення для працівників СПР, в складі якого облаштована душова кабіна;

приміщення зберігання одягу працівників СПР з окремими шафами для верхнього та робочого одягу;

приміщення зберігання пакувальних матеріалів, мийних і дезінфекційних хімічних засобів

2) брудна зона (проводяться приймання, розбирання, сортування, миття, дезінфекція, передстерилізаційне оброблення, сушіння і контроль якості очищення медичних виробів):

приміщення зберігання приладдя для очищення і дезінфекції поверхонь брудної зони СПР;

приміщення приймання інструменту;

мийно-дезінфекційне приміщення;

повітряний шлюз або тамбур, що забезпечує підтримання підвищеного тиску повітря у приміщеннях чистої і стерильної зон СПР;

3) чиста зона (проводяться комплектування, пакування і стерилізація медичних виробів):

приміщення зберігання приладдя для очищення і дезінфекції поверхонь чистої і стерильної зон;

місце пакування і сортування медичних виробів;

місце розташування стерилізаторів;

4) стерильна зона (проводяться приймання і реєстрація стерилізованих медичних виробів, їхнє охолодження до кімнатної температури, тимчасове зберігання і видавання в клінічні структурні підрозділи ЗОЗ):

місце приймання стерилізованих медичних виробів;

приміщення зберігання стерильних медичних виробів;

експедиційне приміщення.

Розміщення приміщень у СПР повинно забезпечувати послідовність технологічного процесу, а саме приймання, сортування, очищення і дезінфекцію (передстерилізаційне оброблення), сушіння, комплектацію, пакування, стерилізацію, дегазацію (за необхідності), зберігання і видавання медичних виробів.

8. У СПР слід облаштувати такі входи:

1) для працівників СПР, який сполучається з коридором, що веде до приміщень адміністративної зони СПР;

2) приймання медичних виробів. Приймання медичних виробів дозволено проводити через передавальне вікно або за допомогою транспортних ліфтів.

9. Кількість і продуктивність технологічного устаткування, що встановлюється у СПР, визначається згідно з обсягом проводимих діагностичних та інших хірургічних маніпуляцій в ЗОЗ із застосуванням медичних виробів обмеженого (багаторазового) використання і з врахуванням положень Державних санітарних норм та правил «Дезінфекція, передстерилізаційне очищення та стерилізація медичних виробів в закладах охорони здоров'я», затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 11 серпня 2014 року № 552, зареєстрованих в Міністерстві юстиції України 03 вересня 2014 року за № 1067/25844.

10. Вікна у СПР, за виключенням адміністративної зони, не повинні відкриватися, повинні бути герметичними, краї віконних рам не повинні виступати за межі поверхонь стін.

11. Висота стелі у приміщеннях СПР повинна становити мінімум три метри, однак, в разі встановлення нестандартного технологічного устаткування, повинні враховуватися вимоги інструкції виробника.

12. Санітарні приміщення у СПР не повинні безпосередньо сполучатися з різними функціональними зонами СПР.

13. Вимоги до внутрішнього оздоблення поверхонь приміщень СПР такі:

1) стіни, перегородки і стеля приміщень, в яких проводяться стадії (процеси) репроцесингу повинні бути гладкими (не пористими, без щілин і тріщин на стиках);

2) у приміщеннях СПР, в яких проводяться стадії (процеси) репроцесингу, стіни повинні бути покритими глазурованою плиткою, водостійкою фарбою або іншими вологостійкими матеріалами на всю висоту;

3) у приміщеннях СПР, в яких проводяться стадії (процеси) репроцесингу, підлога повинна бути покритою зносостійкими (стійкими до механічного впливу), нековзними, вологостійкими і стійкими до дезінфекційних хімічних розчинів матеріалами.

14. Зберігання стерильних і нестерильних медичних виробів у СПР заборонено проводити у одному приміщенні.

15. Приміщення зберігання нестерильних медичних виробів і витратних матеріалів повинно мати зовнішній доступ для доставки і внутрішній доступ для переміщення медичних виробів, що зберігаються, до місця використання.

У приміщенні зберігання нестерильних медичних виробів і витратних матеріалів необхідно облаштувати окреме місце для зберігання транспортних возиків / візків.

16. Приміщення брудної, чистої і стерильної зон СПР повинні бути обладнані окремими системами припливно-витяжної вентиляції, що забезпечуватимуть неможливість перетікання повітряних мас із однієї зони СПР в інші за рахунок підтримання градієнту тиску повітря.

17. Системи вентиляції стерильної і чистої зон СПР повинні бути обладнані хепа-фільтрами.

18. Приміщення чистої зони СПР повинні відповідати мінімум класу чистоти ISO 8, а стерильної зони СПР – мінімум класу чистоти ISO 5, відповідно до класифікації чистих приміщень, наведених в ДСТУ ISO 14644-1:2009 «Чисті приміщення та пов'язані з ними контрольовані середовища», прийнятого наказом Державного комітету України з питань технічного регулювання та споживчої політики від 29 грудня 2009 року № 479.

19. В приміщеннях брудної, чистої і стерильної зон СПР слід забезпечити кондиціювання повітря, з метою дотримання вимог мікроклімату, які необхідні для експлуатації технологічного устаткування (визначаються інструкцією виробника).

20. Магістральні труби, стояки і підводки до санітарних приборів систем водопостачання, каналізації та внутрішніх водостоків у приміщеннях брудної і чистої зон СПР необхідно приховувати у спеціальних комунікаційних шахтах, пристінних коробах або у стінах, підлозі чи стелі. У приміщеннях стерильної зони СПР магістральні труби, стояки і підводки слід приховувати у стінах, підлозі або стелі.

21. Використання відкритих зливальних каналізаційних жолобів дозволяється у приміщеннях СПР брудної зони, в яких проводиться очищення і

дезінфекція засобів малої механізації (наприклад, транспортних візків / возиків). Відкриті зливальні каналізаційні жолоби повинні бути неглибокими для зручного їхнього очищення і дезінфекції.

22. У приміщеннях брудної, чистої і стерильної зон СПР заборонено вішати завіси, розстеляти килими і вирощувати квіти. Настінні інформаційні матеріали повинні бути виготовлені або покриті матеріалами, які стійкі до очищення і дезінфекції.

23. У приміщеннях брудної, чистої і стерильної зон СПР переміщення працівників повинно бути мінімізовано, а стадії (процедури) репроцесингу проводитися відповідно до затверджених керівником ЗОЗ стандартних операційних процедур, з метою недопущення контамінації повітря і, як наслідок, медичних виробів, що піддаються репроцесингу.

24. Вхід / вихід до приміщень чистої і стерильної зон СПР організовується через повітряний шлюз, який обладнано засобами для проведення заходів особистої гігієни працівників і одягом для переодягання.

25. Медичний одяг працівникам слід змінювати мінімум один раз на кожні три робочі зміни або за фактом забруднення.

26. Якщо репроцесинг гнучких ендоскопів проводиться у СПР, усі його стадії необхідно проводити окремо (в іншій групі приміщень, що розділені на функціональні зони) від репроцесингу інших медичних виробів.

27. Група приміщень для проведення репроцесингу гнучких ендоскопів обладнуються таким:

1) раковинами для миття рук і стаціонарними диспенсерами з антисептиками окремими в брудних і чистих зонах (використовувати раковини для миття рук для інших цілей (наприклад, миття медичних виробів) заборонено);

2) раковинами відповідного розміру і об'єму (визначаються ендоскопічним обладнанням, яке використовується у закладі) окремими для очищення, дезінфекції і ополіскування гнучких ендоскопів та аксесуарів до них;

3) раковини для очищення, дезінфекції і ополіскування гнучких ендоскопів та інші ємності, в яких проводиться репроцесинг, обладнуються захисними кришками;

4) обладнанням і витратними матеріалами для проведення ручного очищення гнучких ендоскопів за необхідності (наприклад, щітки, перехідники

для проведення очищення, серветки, пристрої перевірки герметичності гнучких ендоскопів);

5) мийно-дезінфікуючими машинами (рекомендовано);

6) приміщенням для зберігання мийних і дезінфекційних засобів;

7) місцем для осушення ендоскопів з подачею стисненого повітря для проведення продування, поверхневого і/або повного осушення, перевірки сухості гнучких ендоскопів;

8) місцем / приміщенням для зберігання гнучких ендоскопів (рекомендовано використання спеціальних шаф для зберігання гнучких ендоскопів);

9) обладнанням, засобами і витратними матеріалами для захищеного транспортування гнучких ендоскопів;

10) шафами / стелажам для зберігання допоміжних витратних матеріалів для проведення репроцесингу гнучких ендоскопів.

28. Інвентар і меблі у групі приміщень, в яких проводиться репроцесинг гнучких ендоскопів, повинні піддаватися очищенню і дезінфекції мінімум один раз на тиждень, якщо інше не вказано в інструкції виробника.

29. Приміщення, в яких проводяться очищення і дезінфекція, сортування та пакування, приміщення стерильної зони СПР слід забезпечити засобами голосової і телефонної комунікації між собою та з приміщеннями адміністративної зони.

## **Х. Медичне завдання**

1. З метою забезпечення дотримання цих Правил під час будівництва будівлі ЗОЗ розробляється медичне завдання за формою, що наведена у додатку 4 до цих Правил.

2. Розроблення медичного завдання вимагає визначення і аналізу попиту на медичні послуги та наявних пропозицій на ринку для населення відповідної АО, на території якої заплановане будівництво ЗОЗ. З цією метою складається план надання медичних послуг, який включає такі розділи:

1) оцінка попиту на медичні послуги (далі – оцінка попиту);

2) планування функціональних взаємозв'язків приміщень будівлі ЗОЗ;

3) постачання для забезпечення потреб ЗОЗ;



4) дефіцит у наданні медичних послуг населенню.

3. З метою оцінки попиту використовуються різні статистичні інструменти в тому числі із застосуванням електронного програмного забезпечення. Для проведення оцінки попиту можуть бути використані дані щодо кількості звернень за медичною допомогою, середня тривалість перебування пацієнта на ліжку, кількість проведених оперативних втручань тощо. Додатково слід оцінити кількість звернень пацієнтів з інших АО і кількість пацієнтів, яких направлено на лікування до ЗОЗ в інші АО. Крім того, в оцінку попиту рекомендовано включити визначення передбачуваного рівня спроможності ЗОЗ.

Оцінку попиту рекомендовано розраховувати на горизонт розрахунку і враховувати характеристики населення АО (наприклад, вік, стать, схильність до захворювань).

Після оцінки попиту слід провести визначення непокритого попиту.

4. Основною метою оцінки попиту є формування переліку ВКП. Перелік ВКП залежить від характеристик населення АО, непокритої потреби в медичних послугах, горизонту розрахунку тощо. До основних ВКП ЗОЗ відносяться такі:

- 1) ліжка ЗОЗ загальні і відповідно до видів медичної допомоги;
- 2) операційні;
- 3) пологові зали;
- 4) приміщення надання невідкладної медичної допомоги;
- 5) консультативні приміщення;
- 6) приміщення діагностичних структурних підрозділів.

5. У медичному завданні для кожного ВКП або групи ВКП у слід зазначити таке:

- 1) дані про приміщення (площа, прогнозована максимальна кількість осіб, які можуть одночасно перебувати в приміщенні, характеристика (короткий опис) приміщення, функціональні взаємозв'язки приміщення з іншими приміщеннями ЗОЗ та спеціальні вимоги до приміщення (за наявності; наприклад, кратність повітрообміну). За необхідності, вказуються розмежування чистих і брудних зон і рівень доступу до приміщень (наприклад, вхід виключно для медичних працівників);

2) вимоги оздоблення приміщень (в тому числі вимоги до застосованих будівельних матеріалів (виробів, продукції), зокрема стелі, підлоги, стін, дверей, перегородок тощо);

3) перелік меблів;

4) оснащення і устаткування, які необхідні для функціонування приміщення / надання медичної допомоги пацієнтам (наводиться перелік обладнання (медичного і немедичного), включно з необхідними характеристиками приміщень для його належного функціонування (наприклад, вимоги до розміщення в приміщенні, відстань від іншого обладнання та/або проходів / стін);

5) вимоги до інженерних мереж та обладнання (зазначаються вимоги до телекомунікацій (електрозв'язку), електроживлення, освітлення, опалення, вентиляції та кондиціонування, підведення медичних газів, фітінгів, засобів виклику медичного працівника тощо);

6) розподіл приміщень відповідно до ризиків інфікування (з метою належної організації очищення і дезінфекції поверхонь в ЗОЗ слід визначити приміщення або групи приміщень, відповідно до їхнього функціонального навантаження або медичних послуг, які в них проводяться). Виділяють такі приміщення / групи приміщень згідно зі ступенем ризику інфікування:

надзвичайно високого ризику (наприклад, приміщення для оброблення інфекційно (епідемічно) небезпечних медичних відходів, палати ізоляції пацієнтів з інфекційними хворобами з контактним шляхом інфікування та захисної ізоляції, приміщення очищення і дезінфекції медичних виробів);

високого ризику (наприклад, санітарні приміщення, приміщення для проведення інвазивних маніпуляцій, операційні, палати ВІТ і опікових відділень, приміщення відділення невідкладної допомоги);

середнього ризику (наприклад, палати перебування пацієнтів);

низького ризику (наприклад, коридори, приміщення для персоналу, адміністративні приміщення).

6. Медичне завдання повинно враховувати таке:

1) цифровізацію підходів до проведення діагностичних та інших медичних втручань;

2) розширення використання роботизованої хірургії;

3) підвищення необхідності використання методів візуалізації, насамперед комп'ютерної томографії, магнітно-резонансної томографії і ангиографії;

4) технологічний розвиток допоміжного, моніторингового, діагностичного, лікувального і процедурного обладнання;

5) масштабованість інформаційних систем і комп'ютерного обладнання.

7. Оцінка постачання для забезпечення потреб ЗОЗ проводиться шляхом збору і аналізу даних щодо наявних інженерних мереж та доступних потужностей для підключення (приєднання), з урахуванням потенціалу використання відновлюваних джерел енергії; наявності та віддаленості баз постачання харчових продуктів (за необхідності), медичних виробів, витратних матеріалів тощо. Також на етапі оцінки постачання для забезпечення ЗОЗ необхідно оцінити логістичні особливості місця розташування ЗОЗ (наприклад, наявність / відсутність транспортних магістралей), можливості щодо забезпечення ЗОЗ людськими ресурсами (кадровий потенціал АО), охороною, послугами щодо поводження з відходами.

8. Дефіцит у наданні медичних послуг населенню визначається за результатами оцінки попиту.

На основі виявленого дефіциту у наданні медичних послуг населенню складається обґрунтування необхідності будівництва ЗОЗ (вказується яким чином буде нівельовано дефіцит у наданні медичних послуг населенню).

9. Функціональні взаємозв'язки між ВКП повинні забезпечувати:

1) відповідний рівень надання медичних послуг населенню (сприяти підвищенню ефективності роботи ЗОЗ);

2) дотримання належних практик та безпечному наданню медичної допомоги;

3) зниження до мінімуму поточних витрат;

4) ергономічність;

5) приватність, гідність та комфорт для працівників, пацієнтів і відвідувачів ЗОЗ;

6) мінімізацію відстані до отримання медичної послуги в межах території ЗОЗ;

7) можливість удосконалення в майбутньому.

10. Під час розроблення і затвердження медичного завдання слід визначити можливі ризики щодо інфікування працівників, пацієнтів і відвідувачів в будівлі ЗОЗ, розробити та впровадити підходи для їхнього зниження. На етапах будівництва, а саме затвердження проектної документації, виконання підготовчих та будівельних робіт і прийняття в експлуатацію закінчених будівництвом об'єктів, відповідальні особи повинні консультуватися із спеціалістами з ПШК (для існуючих будівель ЗОЗ – керівник ВІК; для нового будівництва будівель ЗОЗ – представник центру контролю і профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України відповідно до адміністративно-територіальної належності).

11. Спеціалісти з ПШК в межах розроблення і моніторингу дотримання медичного завдання повинні виконати такі заходи:

1) розробити методологію оцінки ризиків інфікування в ЗОЗ (наприклад, контрольний список / чек-лист);

2) провести оцінку ризиків інфікування (за необхідності);

3) розробити заходи для нівелювання або зниження ризиків інфікування;

4) провести моніторинг впровадження заходів на всіх етапах реалізації будівництва і надати звіт щодо проведеного моніторингу;

5) провести коригування заходів для нівелювання або зниження ризиків інфікування (за необхідності).

**В.о. Генерального директора  
Директорату громадського здоров'я  
та профілактики захворюваності**

**Олексій ДАНИЛЕНКО**

Додаток 1  
до Державних санітарних норм і  
правил «Санітарно-  
протиепідемічні вимоги до  
нового будівництва і  
реконструкції закладів охорони  
здоров'я»  
(підпункт 4 пункту 4 розділу III)

### Примірні функціональні схеми палат для ізоляції пацієнтів

1. Схема руху повітря в ПППАІ (палата для ізоляції пацієнтів класу N) без передпокою наведена на рисунку 1 нижче.

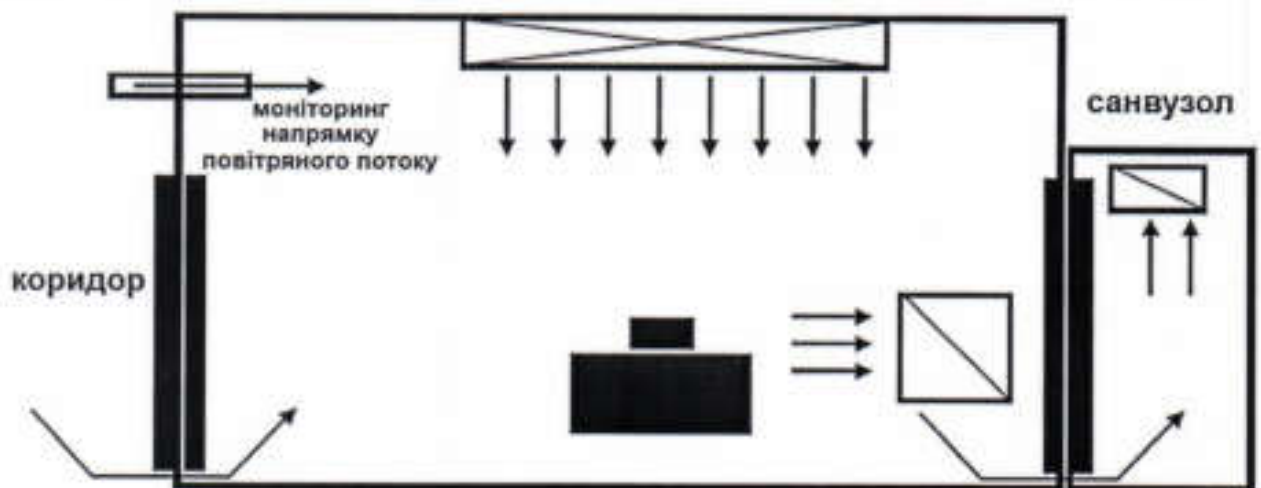


Рисунок 1. Схема руху повітря в ПППАІ без передпокою

**Примітки.** Чорні блоки представляють ліжко пацієнта. Блок з двома діагональними лініями являє приплив повітря. Блок з однією діагональною лінією представляє витяжку повітря. Стрілки вказують напрямки руху потоку повітря. Цей малюнок є загальною ілюстрацією організації повітряного потоку.

2. Схеми руху повітря в ПППАІ з передпокою наведені на рисунках 2, 3, 4 нижче.

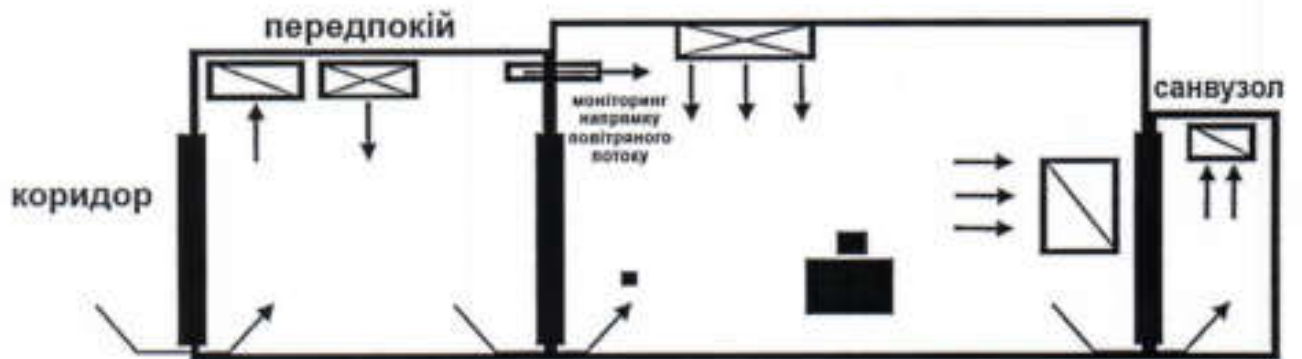


Рисунок 2. Схема руху повітря в ПППАІ з передпокоюм (варіант 1)

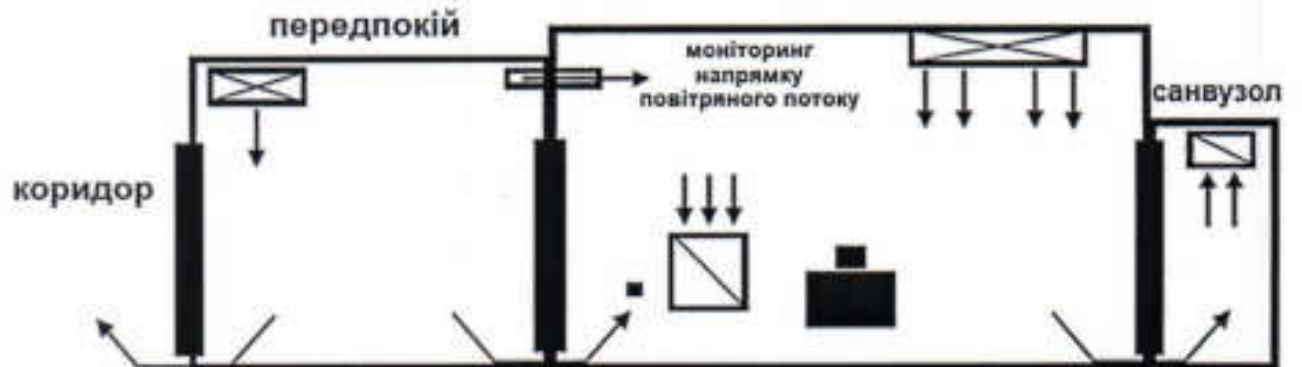


Рисунок 3. Схема руху повітря в ПППАІ з передпокоюм (варіант 2)

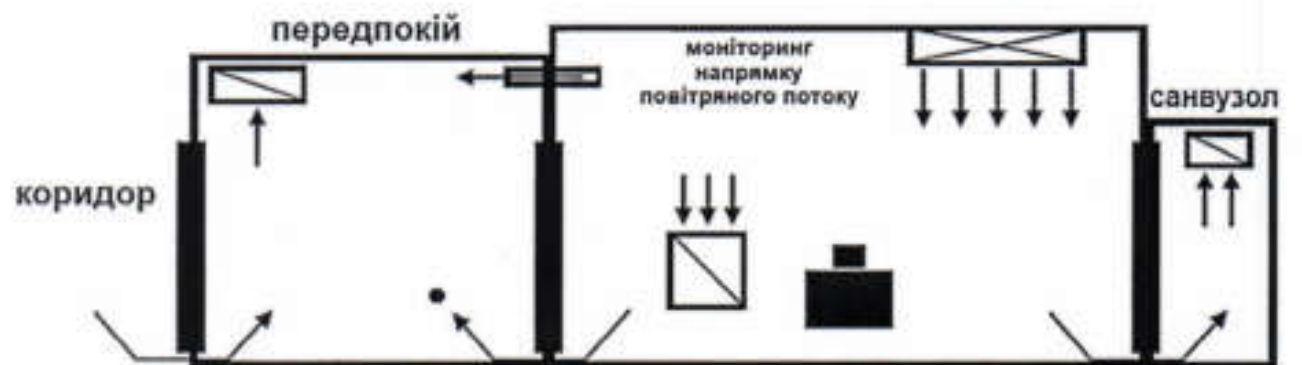


Рисунок 4. Схема руху повітря в ПППАІ з передпокоюм (варіант 3)

**Примітки.** На верхньому рисунку показана схема для розміщення пацієнта з аерогенною інфекцією, середній і нижній рисунки – рекомендовані схеми для розміщення хворого з імунodefіцитом і аерогенною інфекцією. Чорні блоки представляють ліжко пацієнта. Блок з двома діагональними лініями являє прищип повітря. Блок з однією діагональною лінією представляє витяг повітря. Стрілки вказують напрямки руху потоку повітря. Ці рисунки є загальною ілюстрацією організації повітряного потоку.

Для організації ПЗІП, наприклад на випадок ізоляції пацієнта з імунodefіцитом, може бути використана схема на середньому і нижньому рисунках, при цьому припливне повітря фільтрується через хепа-фільтри. Схема на нижньому рисунку окреслює приміщення, яке може виконувати функції ПППАІ і ПЗІП, але вимагає найбільш ретельного моніторингу робочих параметрів та технічного обслуговування.

3. Схема передпокою палати ізоляції пацієнта наведена на рисунку 5 нижче.

**Двері між передпокоюм та палатою ізоляції пацієнта класу N (ПІПАІ) відкриваються в сторону передпокою, між передпокоюм та палатою ізоляції класу P (ПЗІП) – в сторону палати ізоляції (двері з автозакривачем)**



Рисунок 5. Схема передпокою палати ізоляції пацієнта

4. Функціональна схема ПІПАІ (клас N) наведена на рисунку 6 нижче.



Рисунок 6. Функціональна схема ПІПАІ

5. Об'ємна схема ПППАІ (клас N) з передпокоєм наведена на рисунку 7 нижче.

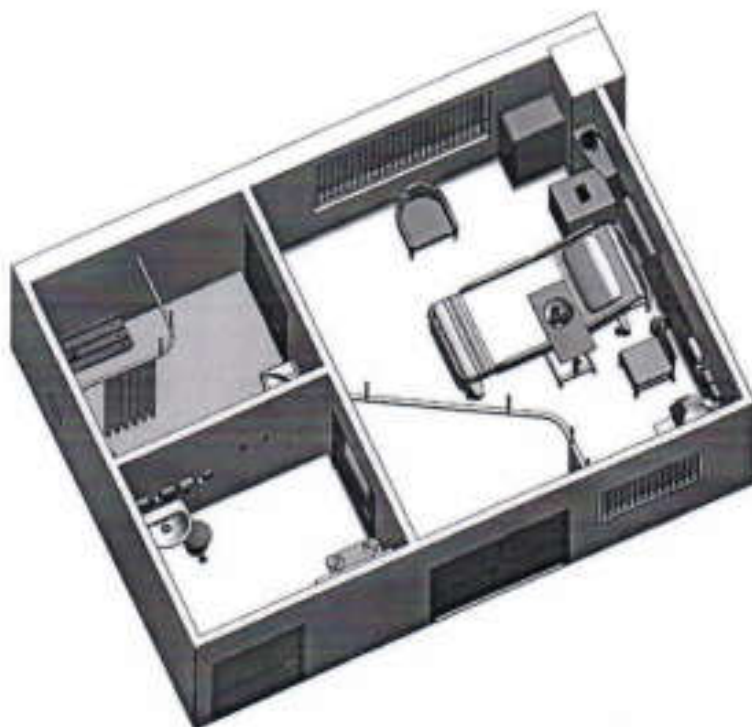


Рисунок 7. Об'ємна схема ПППАІ з передпокоєм

6. Схема карантинної ПППАІ (клас Q) наведена на рисунку 8 нижче.

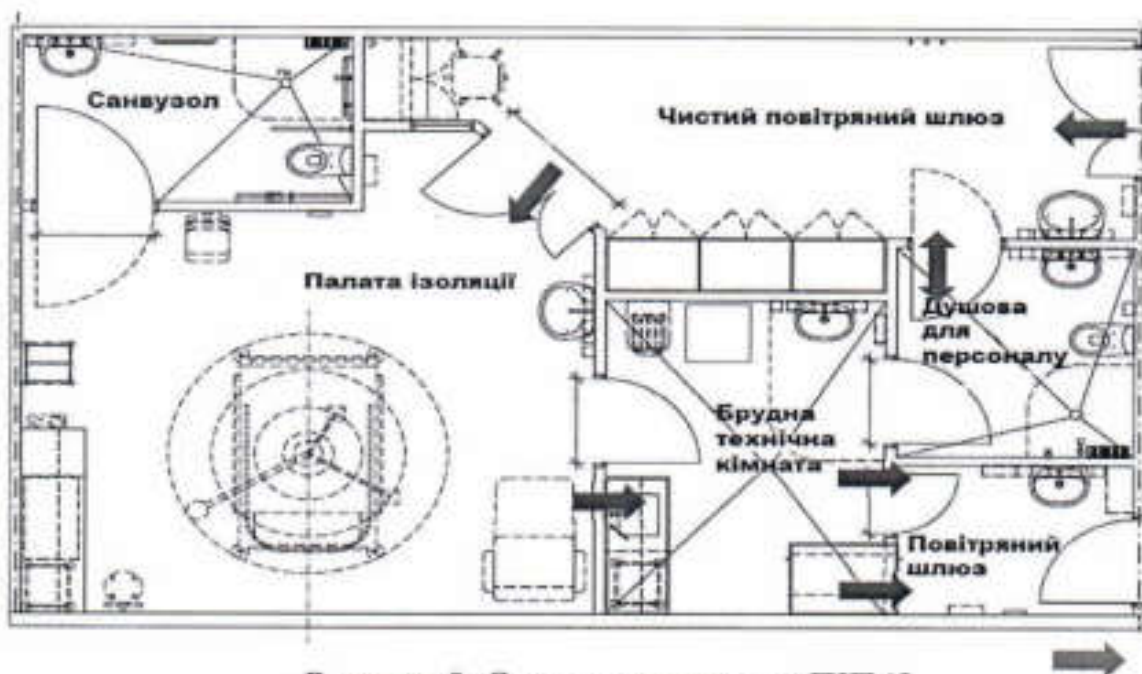




Рисунок 8. Схема карантинної ПППАІ

-  Вхід для пацієнта і персоналу  
 Вихід для персоналу, незараженого обладнання та відходів



## Додаток 2

до Державних санітарних норм і правил «Санітарно-протиепідемічні вимоги до нового будівництва і реконструкції закладів охорони здоров'я» (пункт 3 розділу VIII)

### Примірні функціональні схеми операційних відділень

1. Схема руху пацієнтів у моделі стаціонарної хірургії наведена на рисунку 1 нижче.



Рисунок 1. Схема руху пацієнтів у моделі стаціонарної хірургії

2. Схема руху пацієнтів у моделі хірургії одного дня наведена на рисунку 2 нижче.



Рисунок 2. Схема руху пацієнтів у моделі хірургії одного дня

3. Схема функціональних взаємозв'язків операційного відділення (модель єдиного коридору) наведена на рисунку 3 нижче.

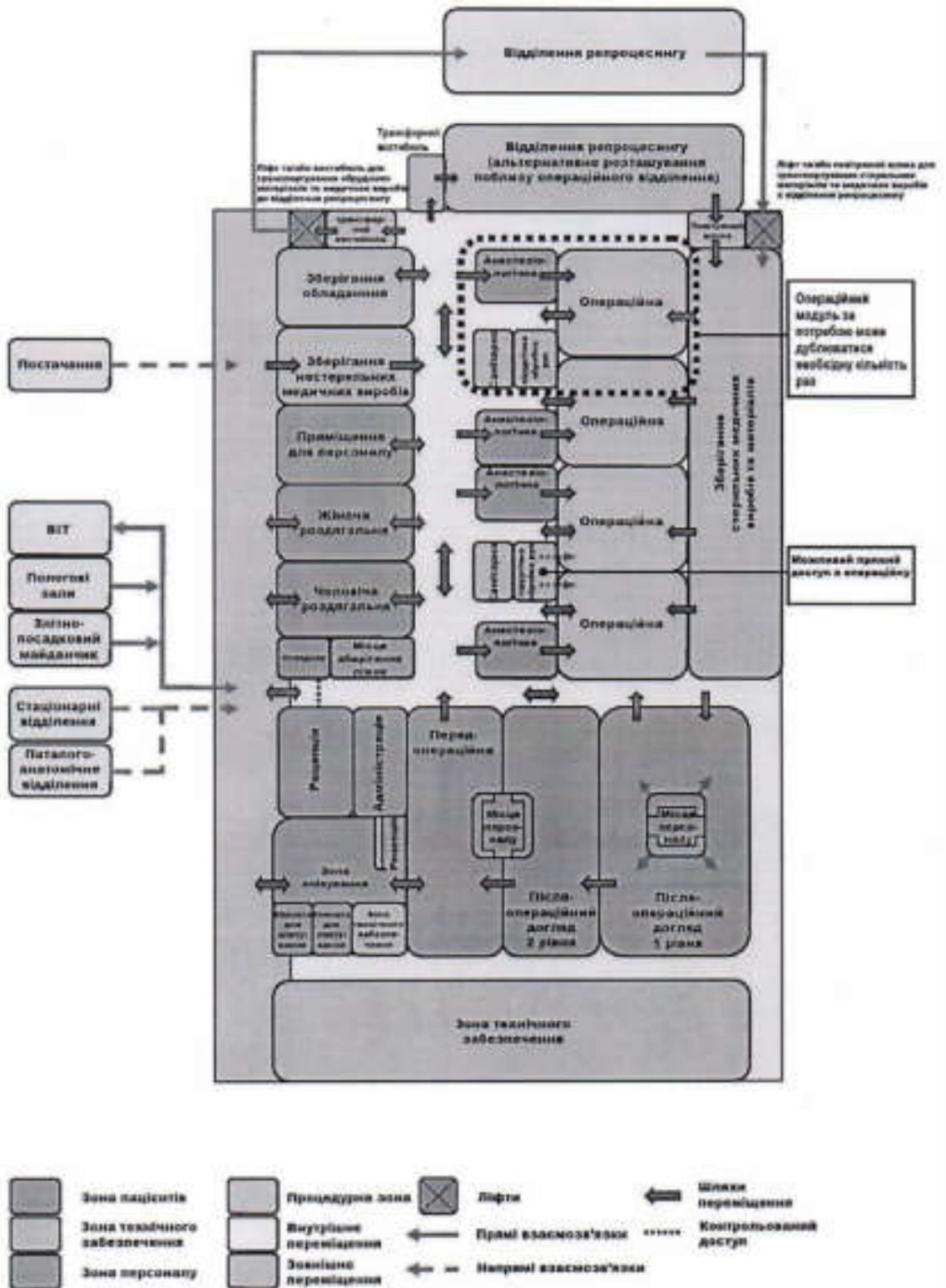


Рисунок 3. Схема функціональних взаємозв'язків операційного відділення (модель єдиного коридору)

4. Схема функціональних взаємозв'язків операційного відділення (модель подвійного коридору) наведена на рисунку 4 нижче.

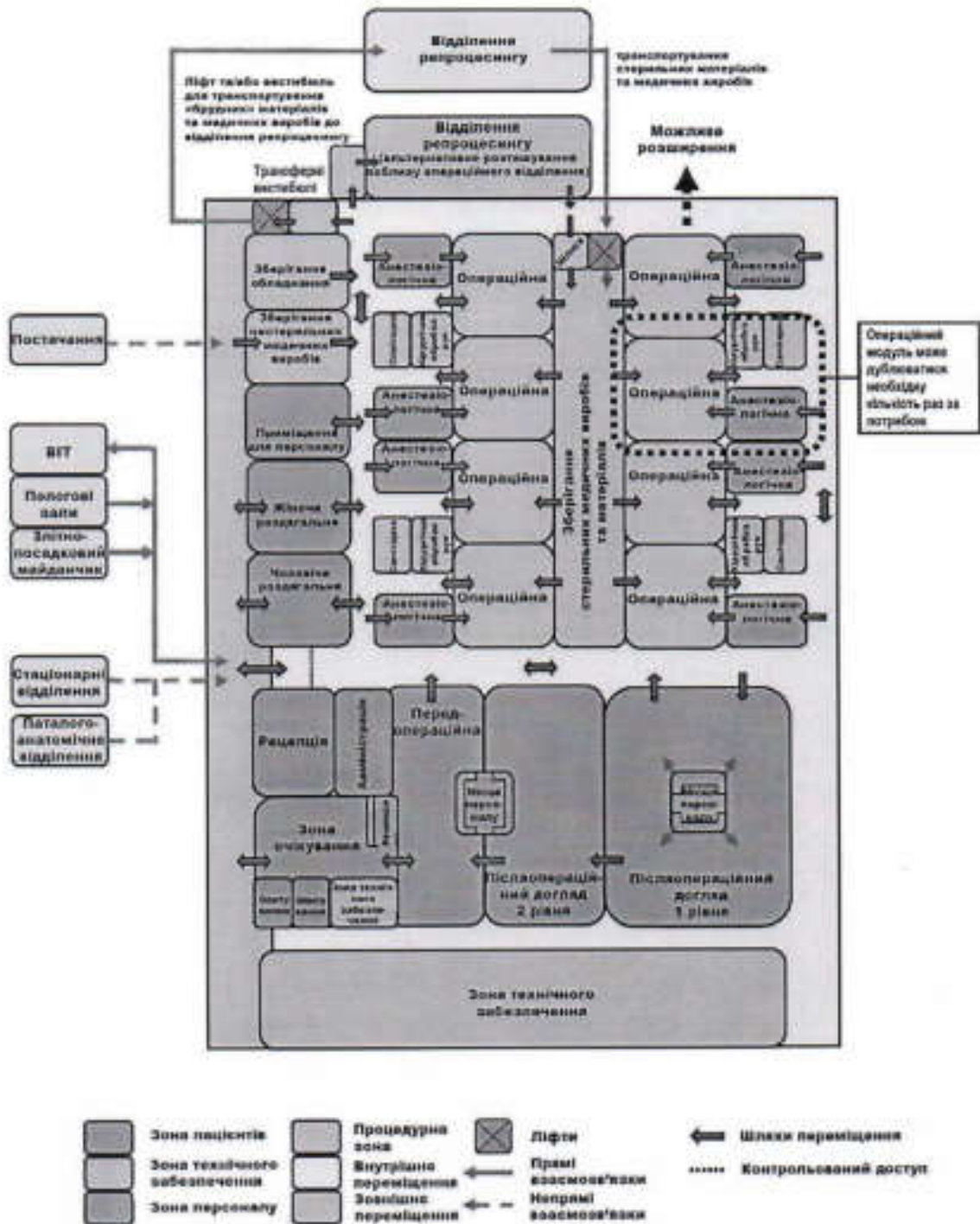
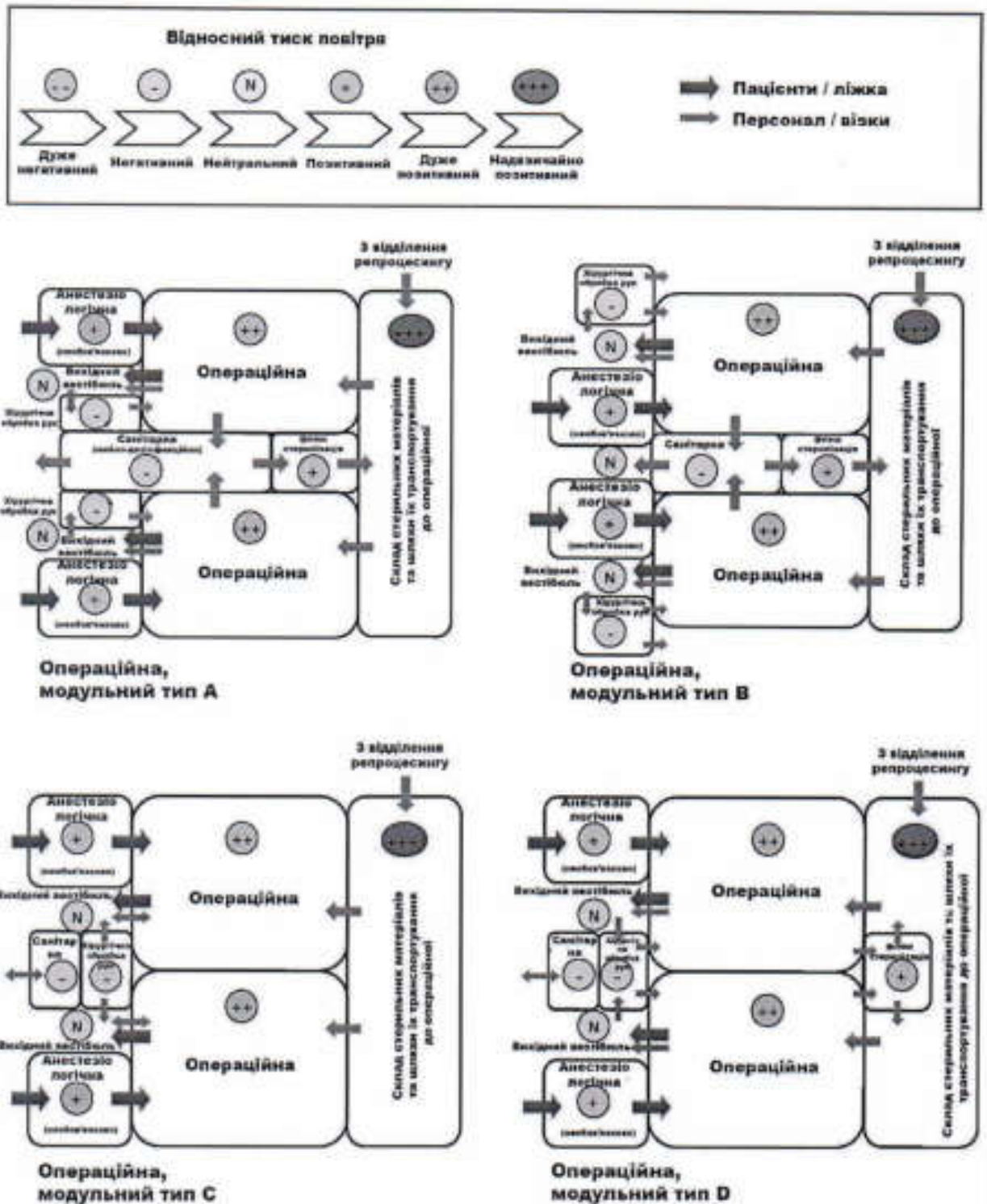


Рисунок 4. Схема функціональних взаємозв'язків операційного відділення (модель подвійного коридору)

5. Схеми руху повітря (відносний тиск повітря), руху пацієнтів та персоналу в операційному відділенні наведені на рисунках 5, 6 нижче.



*Рисунок 5. Схеми руху повітря (відносний тиск повітря), руху пацієнтів та персоналу в операційному відділенні*

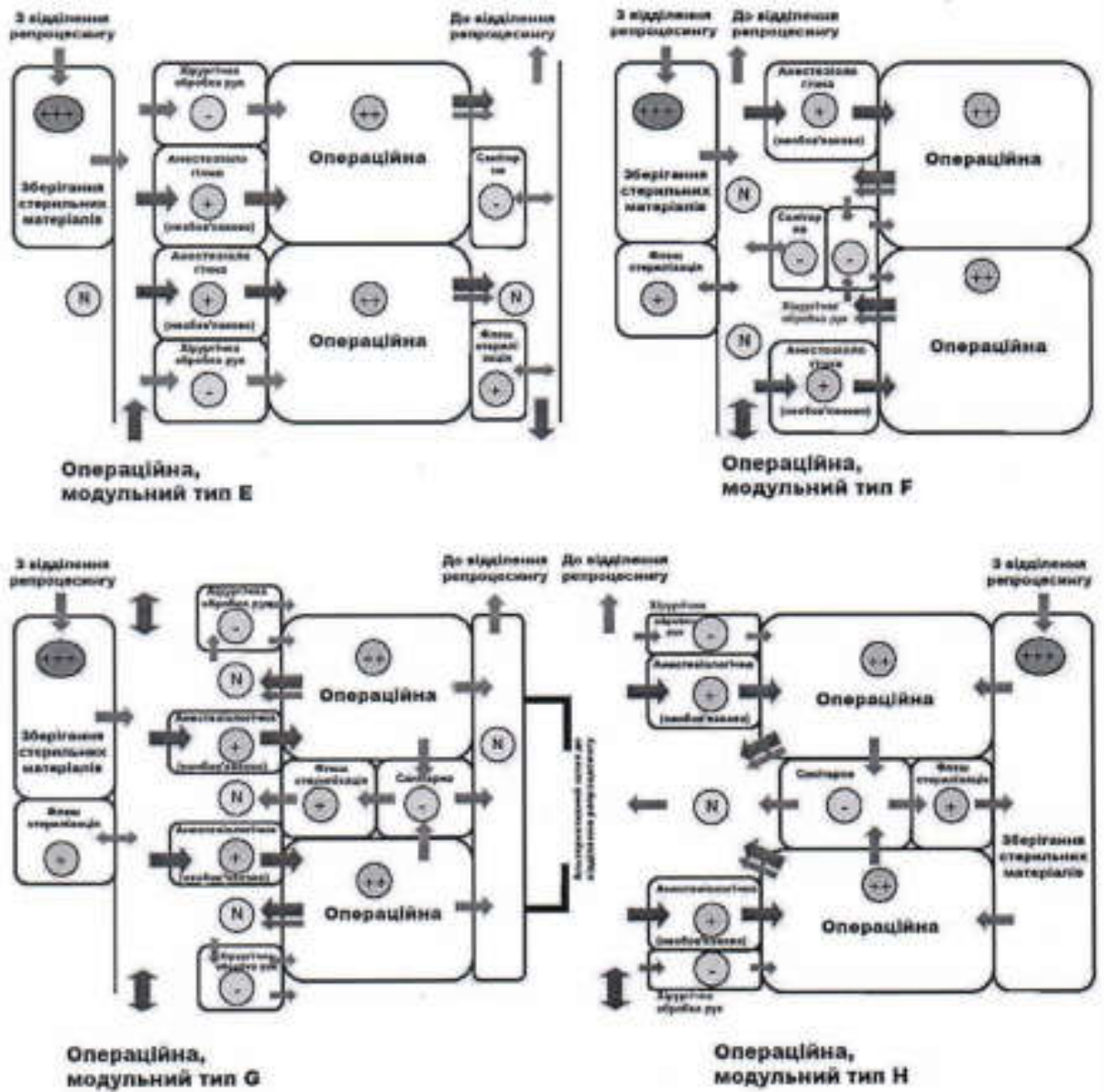


Рисунок 6. Схеми руху повітря (відносний тиск повітря), руху пацієнтів та персоналу в операційному відділенні

Додаток 3  
до Державних санітарних норм і  
правил «Санітарно-  
протиепідемічні вимоги до  
нового будівництва і  
реконструкції закладів охорони  
здоров'я»  
(пункт 4 розділу IX)

### Примірні функціональні схеми СПР

1. Схема СПР на один стерилізатор наведена на рисунку 1 нижче.

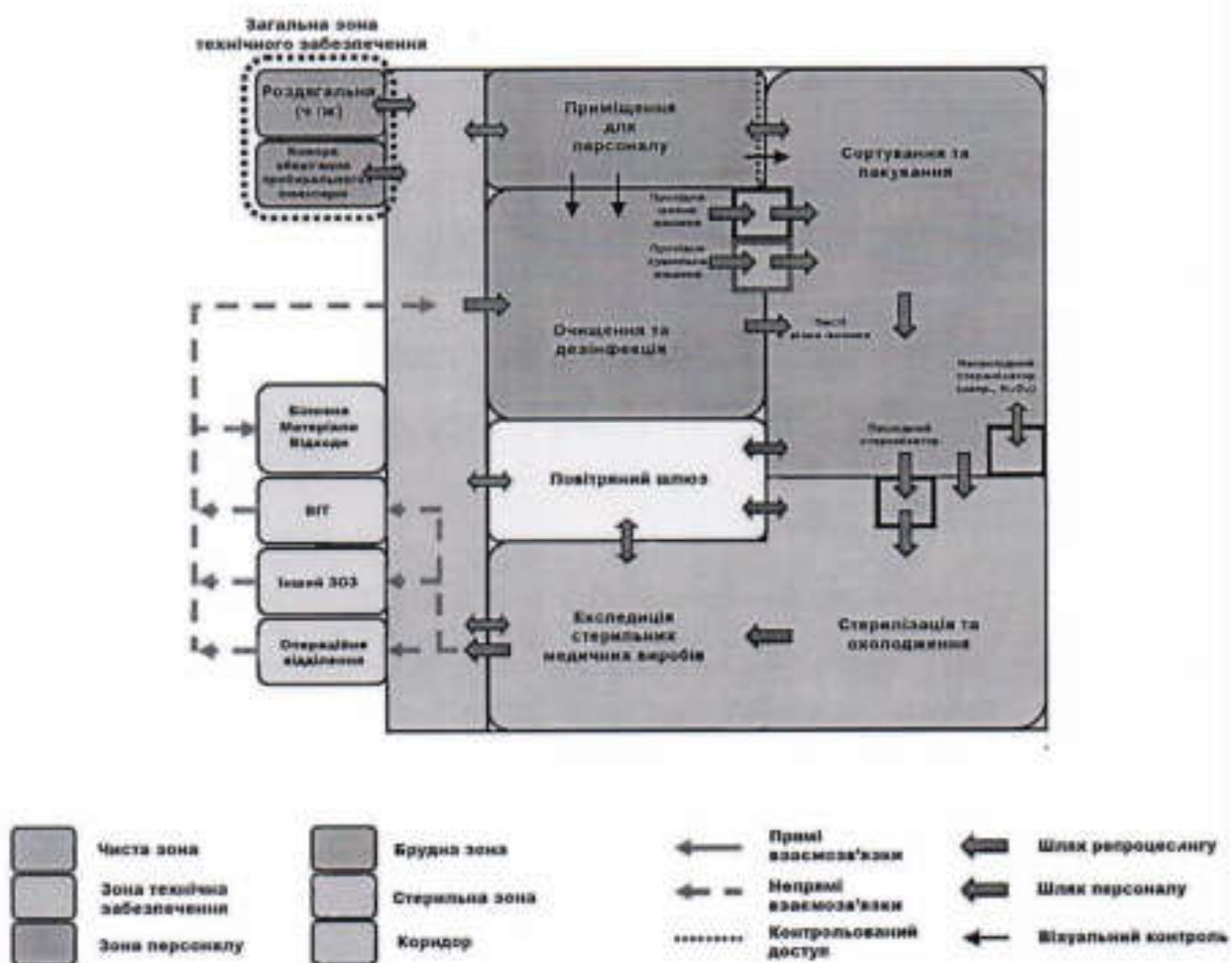


Рисунок 1. Схема СПР на один стерилізатор

2. Схема СПР на два стерилізатора наведена на рисунку 2 нижче.

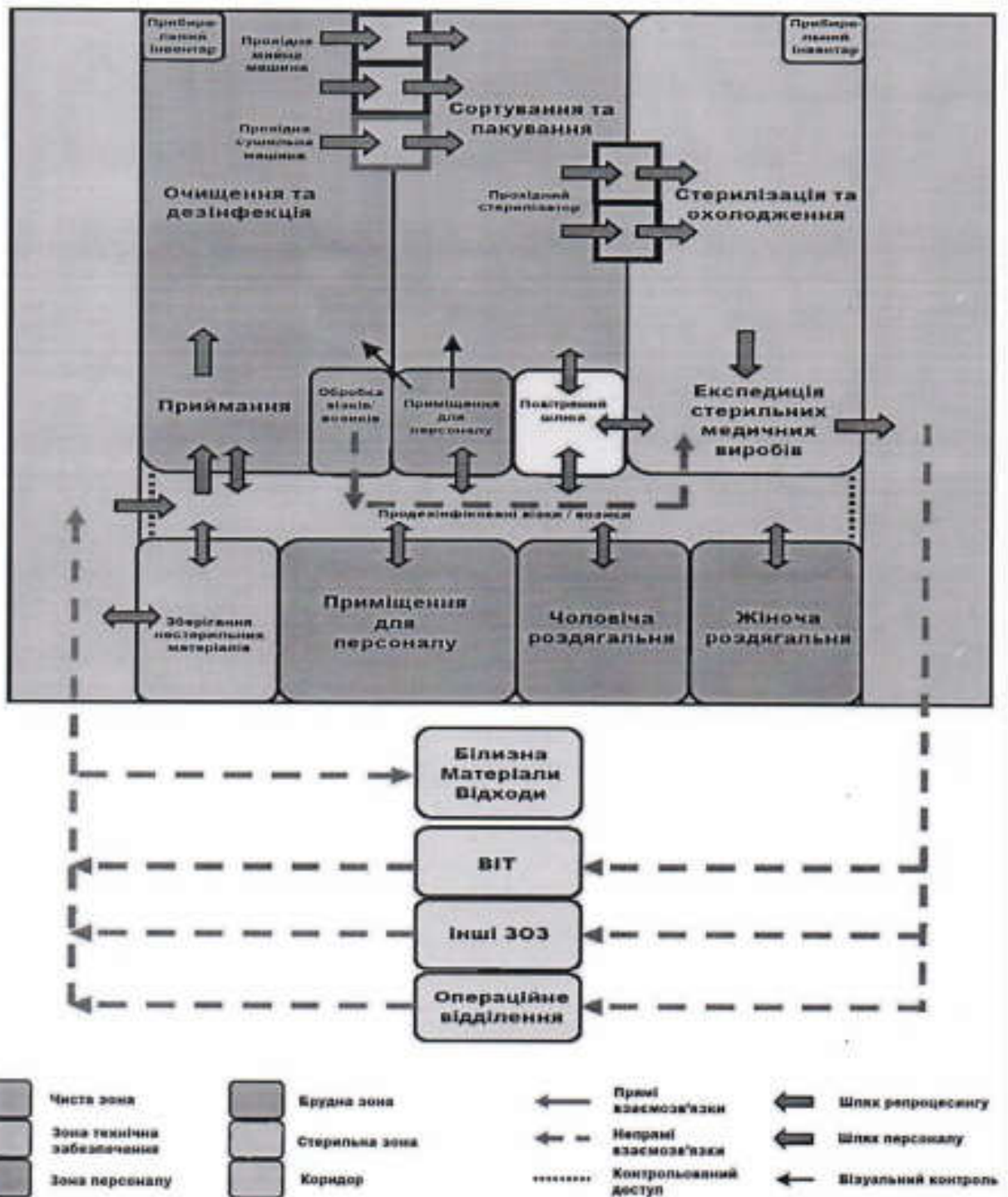


Рисунок 2. Схема СПР на два стерилізатора

3. Схема СПР на чотири стерилізатора наведена на рисунку 3 нижче.

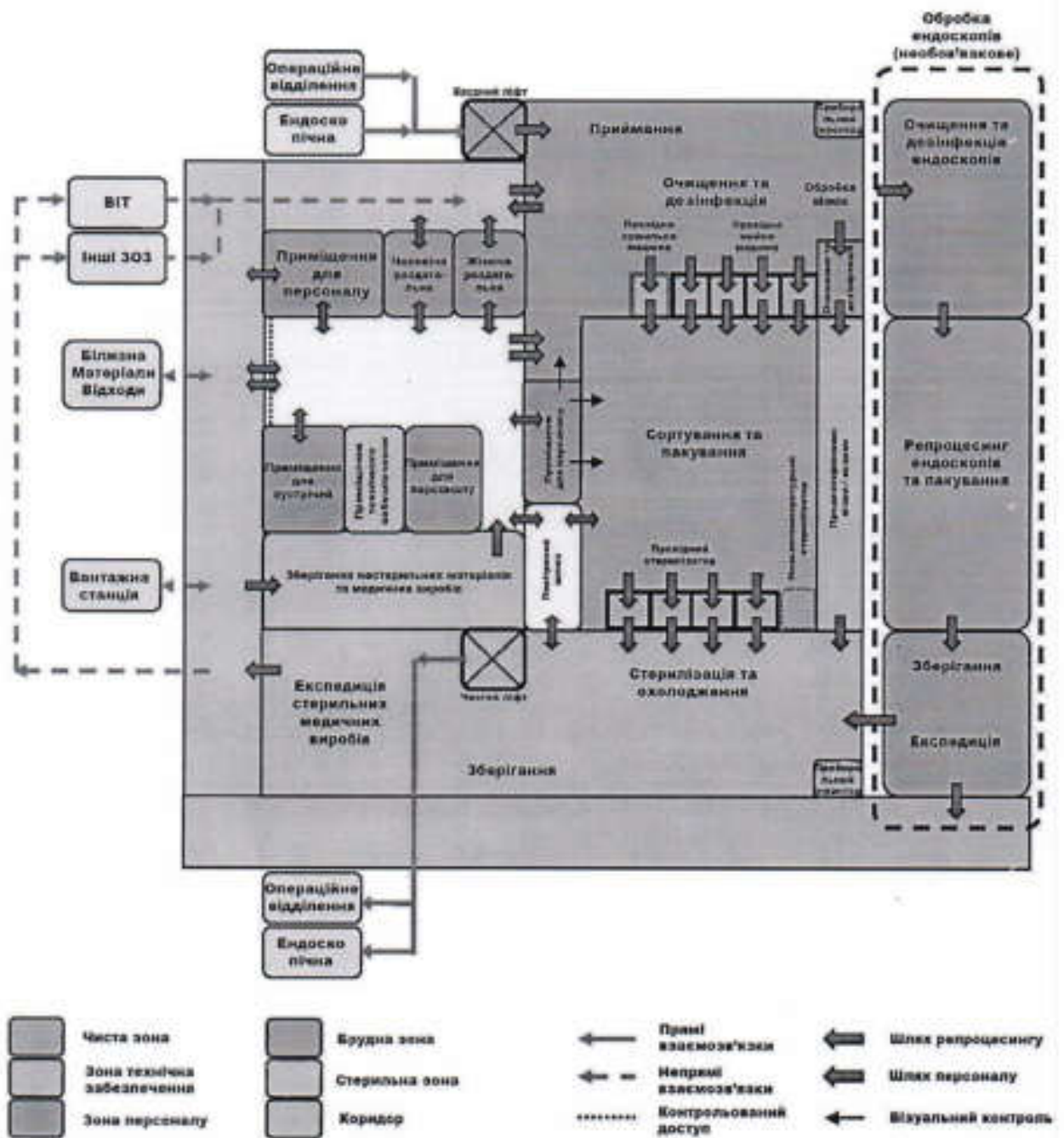


Рисунок 3. Схема СПР на чотири стерилізатора



Додаток 4  
до Державних санітарних норм і  
правил «Санітарно-  
протиепідемічні вимоги до  
нового будівництва і  
реконструкції закладів охорони  
здоров'я»  
(пункт 1 розділу X)

**МЕДИЧНЕ ЗАВДАННЯ  
на проєктування**

\_\_\_\_\_

*(назва закладу охорони здоров'я)*

**Розділ I. Передмова (актуальність)<sup>1</sup>**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Розділ II. Мета (цілі)<sup>2</sup>**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Розділ III. План надання медичних послуг**

1. Оцінка попиту на медичні послуги<sup>3</sup>. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Планування функціональних взаємозв'язків приміщень будівлі ЗОЗ<sup>4</sup>. \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

3. Постачання для забезпечення потреб ЗОЗ<sup>5</sup>. \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

4. Дефіцит у наданні медичних послуг населенню<sup>6</sup>. \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

#### **Розділ IV. Відділи ключового планування<sup>7</sup>**

\_\_\_\_\_  
*(назва відділу ключового планування)*

1. Дані про приміщення<sup>8</sup>. \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

2. Будівельні матеріали та оздоблення приміщень. \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

3. Перелік меблів. \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

4. Оснащення і устаткування, які необхідні для функціонування приміщення / надання медичної допомоги пацієнтам<sup>9</sup>. \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

5. Вимоги до інженерних мереж та обладнання<sup>10</sup>. \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

6. Поділ приміщень на групи згідно зі ступенем ризику інфікування<sup>11</sup>:

- 1) надзвичайно високого ризику: \_\_\_\_\_ ;
- 2) високого ризику: \_\_\_\_\_ ;
- 3) середнього ризику: \_\_\_\_\_ ;
- 4) низького ризику: \_\_\_\_\_ .

7. Ергономічність. \_\_\_\_\_

---

---

---

## Розділ V. Методологія оцінки ризиків інфікування<sup>12</sup>

### Примітки:

<sup>1</sup> надається короткий опис системи надання медичних послуг на території відповідної адміністративно-територіальної одиниці або країни в цілому (для закладів національного рівня) та значення закладу охорони здоров'я в цій системі (для існуючих будівель);

<sup>2</sup> зазначається мета будівництва (наприклад, забезпечення надання екстреної медичної допомоги населенню відповідної адміністративно-територіальної одиниці) або цілі будівництва закладу охорони здоров'я (наприклад, розширити перелік медичних послуг, які надаються в закладі; підвищити ефективність використання площ приміщень закладу, покращити якість надання медичних послуг);

<sup>3</sup> надається оцінка попиту на медичні послуги, включно з визначенням непокритого попиту, на території відповідної адміністративно-територіальної одиниці або країни в цілому (для закладів національного рівня). Оцінку попиту рекомендовано розраховувати на горизонт розрахунку і враховувати характеристики населення (наприклад, вік, стать, схильність до захворювань);

<sup>4</sup> надається проєкт плану розміщення структурних підрозділів в будівлі або будівлях, включно із зазначенням функціональних взаємозв'язків між ними;

<sup>5</sup> оцінка постачання для забезпечення потреб закладу охорони здоров'я проводиться шляхом збору і аналізу даних щодо наявних інженерних мереж та доступних потужностей для підключення (приєднання), з урахуванням потенціалу використання відновлюваних джерел енергії; наявності та віддаленості баз постачання харчових продуктів (за необхідності), медичних виробів, витратних матеріалів тощо. Також на етапі оцінки постачання для забезпечення ЗОЗ необхідно оцінити логістичні особливості місця розташування ЗОЗ (наприклад, наявність / відсутність транспортних магістралей), можливості щодо забезпечення ЗОЗ людськими ресурсами (кадровий потенціал АО), охороною, послугами щодо поводження з відходами;

<sup>6</sup> дефіцит у наданні медичних послуг населенню визначається за результатами оцінки попиту і вказується яким чином його буде нівельовано в разі будівництва закладу охорони здоров'я;

<sup>7</sup> на кожен відділ ключового планування дані зазначаються окремо;

<sup>8</sup> площа, прогнозована максимальна кількість осіб, які можуть одночасно перебувати в приміщенні, характеристика (короткий опис) приміщення, функціональні взаємозв'язки приміщення з іншими приміщеннями закладу охорони здоров'я та спеціальні вимоги до приміщення (за наявності; наприклад, кратність повітрообміну). За необхідності, вказуються розмежування чистих і брудних зон і рівень доступу до приміщень (наприклад, вхід виключно для медичних працівників);

<sup>9</sup> вказується оснащення і устаткування, які необхідні для функціонування відділу ключового планування (наводиться перелік обладнання (медичного і немедичного), включно з необхідними характеристиками приміщень для їхнього належного функціонування (наприклад, вимоги до розміщення в приміщенні, відстань від іншого обладнання та/або проходів / стін);

<sup>10</sup> вказуються вимоги до інженерних мереж і обладнання (ззначаються вимоги до комунікацій, електроживлення, освітлення, опалення, вентиляції та кондиціонування, підведення медичних газів, фітінгів, засобів виклику медичного працівника тощо);

<sup>11</sup> наводиться перелік приміщень відділу ключового планування відповідно до ступеня ризику інфікування;

<sup>12</sup> наводиться методологія оцінки ризиків інфікування в будівлі закладу охорони здоров'я, включно із зазначенням спеціаліста з ПШК, який проводитиме моніторинг впровадження заходів на всіх етапах реалізації будівництва, та графіком проведення моніторингу.

---

**ЗМІНИ**  
**до деяких наказів Міністерства охорони здоров'я України**

1. У Інструкції з впровадження покращення гігієни рук в закладах охорони здоров'я та установах / закладах надання соціальних послуг / соціального захисту населення, затвердженій наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03 серпня 2021 року № 1614, зареєстрованій в Міністерстві юстиції України 11 жовтня 2021 року за № 1321/36943:

1) розділ III додатку 1 викласти в такій редакції:

«

**III. Основні практики гігієнічної обробки рук в амбулаторно-поліклінічних ЗОЗ та ЗСЗ**

1. Ключові аспекти, що необхідно враховувати для визначення необхідності проведення практики гігієни рук в амбулаторних умовах:

1) потенційний ризик передавання інфекційного агенту в залежності від процедури/маніпуляції;

2) потенційний ризик виникнення інфекційного захворювання для працівника і пацієнта;

3) відомий або підозрюваний статус колонізації мікроорганізмами;

4) можливість виконати практику гігієни рук в певній ситуації із врахуванням необхідної частоти її виконання.

2. Послідовність дій при проведенні щеплень:

1) пацієнт входить до кімнати і сідає на стілець, в той час як попередній пацієнт виходить;

2) працівник просить пацієнта назвати прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності) і адресу;

- 3) працівник вносить необхідні дані у відповідну документацію;
- 4) працівник просить пацієнта оголити передбачувану для проведення щеплення ділянку тіла;
- 5) працівник виконує гігієнічну обробку рук;
- 6) працівник готує все необхідне для щеплення – спиртові серветки, флакон з імунобіологічним лікарським засобом, шприц, голку та лейкопластир;
- 7) працівник протирає шкіру в місці ін'єкції спиртовою серветкою і викидає її в ємність для медичних відходів категорії А;
- 8) працівник бере попередньо підготований шприц із вакциною;
- 9) працівник проводить ін'єкцію, відповідно до рекомендацій виробника імунобіологічного лікарського засобу після висихання антисептика на шкірі пацієнта;
- 10) працівник викидає шприц з голкою або шприц-тюбик в контейнер для небезпечно гострих медичних відходів категорії В, який знаходиться на столі;
- 11) працівник накладає адгезивну пов'язку на місце ін'єкції (за необхідності);
- 12) працівник робить відмітку про виконану процедуру;
- 13) пацієнт встає і покидає кабінет (в той же час в кабінет входить наступний пацієнт);
- 14) працівник виконує гігієнічну обробку рук.

У випадках, коли процедура відбувається за вищенаведеним сценарієм, практика гігієнічної обробки рук, що має бути проведена після контакту із пацієнтом, проводиться одночасно із практикою гігієнічної обробки рук, яка має бути проведена перед контактом із пацієнтом.

Використовувати оглядові медичні рукавички не рекомендовано. В разі використання, після кожної ін'єкції медичні рукавички слід зняти, викинути та провести гігієнічну обробку рук. Багаторазове використання медичних рукавичок (для проведення вакцинації двом і більше пацієнтам) заборонене. Обробка рук, одягнених в медичні рукавички, антисептиком для рук або іншим дезінфекційним засобом заборонена.

### 3. Послідовність дій під час здійснення забору крові в лабораторії:

- 1) пацієнт входить до кімнати і сідає на стілець (в той час як попередній пацієнт виходить);
- 2) працівник просить пацієнта назвати прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності), адресу і уточнює перелік необхідних аналізів згідно із направленням лікаря;
- 3) працівник вносить необхідні дані у відповідну документацію;
- 4) працівник вибирає та маркує пробірки для відбору зразків;
- 5) працівник просить пацієнта закатати рукав (за необхідності) аби звільнити передпліччя;
- 6) працівник готує все необхідне для проколу - одноразовий набір для забору крові, антисептик для рук, спиртові серветки, джгут, лейкопластир;
- 7) працівник накладає джгут;
- 8) працівник проводить гігієнічну обробку рук;
- 9) працівник надягає оглядові/нестерильні медичні рукавички;

- 10) працівник локалізує вену шляхом пальпації двома пальцями;
- 11) працівник обробляє місце майбутнього проколу спиртовою серветкою і викидає її у ємність для медичних відходів категорії А;
- 12) працівник проколоне вену і забирає кров, після висихання антисептика на шкірі пацієнта;
- 13) працівник розпускає джгут;
- 14) працівник витягує голку та викидає її в контейнер для небезпечно гострих предметів медичних відходів категорії В і одночасно просить пацієнта натиснути на спиртову серветку в місці проколу;
- 15) працівник поміщає пробірки в стійку і викидає використаний матеріал, що залишився у ємності для медичних відходів відповідно до категорій;
- 16) працівник фіксує місце проколу лейкопластиром;
- 17) працівник знімає і викидає медичні рукавички;
- 18) працівник виконує гігієнічну обробку рук;
- 19) працівник оформлює необхідну документацію, в той час як виходить даний пацієнт і заходить наступний.

У випадках, коли процедура відбувається за вищенаведеним сценарієм, практика гігієнічної обробки рук, що має бути проведена перед контактом із пацієнтом, проводиться одночасно із практикою гігієнічної обробки рук, яка проводиться після контакту із пацієнтом.

4. Послідовність дій під час огляду лікарем загальної практики – сімейним лікарем:

- 1) пацієнт входить в кабінет і сідає на стілець чи кушетку;
- 2) пацієнт і лікар спілкуються один з одним, поки лікар переглядає записи щодо пацієнта;
- 3) лікар просить пацієнта лягти на кушетку;
- 4) лікар проводить гігієнічну обробку рук;
- 5) лікар виконує фізикальне обстеження;
- 6) після закінчення огляду лікар допомагає пацієнту встати;
- 7) лікар проводить гігієнічну обробку рук;
- 8) лікар сідає за стіл та проводить відповідні записи;
- 9) лікар пояснює пацієнту його стан та надає рекомендації;
- 10) даний пацієнт виходить, в той час до кімнати входить наступний.

В даній послідовності не враховані соціальні контакти, такі як рукостискання між пацієнтом і лікарем під час вітання та прощання. У випадку, якщо рукостискання відбуваються, після кожного з них необхідно додатково провести гігієнічну обробку рук.

Якщо під час огляду відбувається контакт із слизовими оболонками або шкірою, виникає необхідність асептичної або будь-якої іншої додаткової процедури, практику гігієни рук необхідно проводити за показаннями, які наведені розділі I цього додатку.

5. Послідовність дій під час огляду новонародженого сестрою медичною або лікарем:

- 1) мати з дитиною входять до оглядової кімнати;
- 2) працівник запитує необхідну інформацію та записує її;



- 3) мати роздягає дитину;
- 4) працівник виконує гігієнічну обробку рук;
- 5) працівник забирає дитину у матері та кладе її на стіл;
- 6) працівник оцінює фізичний розвиток дитини (здійснює вимірювання розмірів окружностей дитини та зважує її);
- 7) якщо у дитини під час зважування відбувся акт сечопускання, працівник одягає оглядові медичні рукавички, витирає випорожнення із використанням відповідних матеріалів і засобів, викидає рукавички у ємність для медичних відходів категорії В та проводить гігієнічну обробку рук;
- 8) працівник оглядає спину дитини, пальпує живіт, оглядає пупок і перевіряє неонатальні рефлекси;
- 9) працівник проводить аускультацию серця і легень;
- 10) працівник проводить гігієнічну обробку рук;
- 11) працівник оглядає очі дитини, злегка потягнувши повіки (дитина починає кричати);
- 12) працівник перевіряє зір шляхом водіння пальця перед очима (дитина продовжує кричати і плакати без сліз);
- 13) працівник оглядає ротову порожнину дитини під час плачу із використання медичного ліхтарика підтримуючи дитину за голову;
- 14) працівник перевіряє слух дитини, хлопаючи в долоні по бокам голови;
- 15) працівник перевіряє ніс та вуха дитини використовуючи отоскоп та викидає одноразову воронку у ємність для медичних відходів категорії В;
- 16) працівник пальпує шию дитини;
- 17) працівник проводить гігієнічну обробку рук;
- 18) мати одягає дитину;
- 19) працівник записує дані і коротко спілкується із матір'ю;
- 20) мати із дитиною покидають оглядовий кабінет.

В даній послідовності не враховані соціальні контакти, такі як рукостискання між матір'ю і працівником під час вітання та прощання. У випадку, якщо рукостискання відбуваються, після кожного з них необхідно додатково провести гігієнічну обробку рук.

6. Послідовність дій при супроводі осіб із особливими потребами під час прийняття ванни:

- 1) працівник виконує гігієнічну обробку рук;
- 2) працівник готує рушник, одяг та інші необхідні предмети;
- 3) працівник одягає фартух захисний від інфекційних агентів (наприклад, целофановий) і допомагає пацієнту дійти або садить його в інвалідний візок і супроводжує пацієнта до ванної кімнати;
- 4) в разі якщо візок індивідуальний (наприклад, допомога на дому), працівник не проводить практику гігієни рук; в інших випадках (наприклад, догляд в ЗСЗ) - перед повторним контактом із пацієнтом слід провести гігієнічну обробку рук;

5) працівник допомагає пацієнту роздягнутися, прийняти душ, витертися рушником, одягнутися, під час чищення зубів тощо;

6) поки пацієнт сидить на стільці або у візку, працівник знімає фартух захисний від інфекційних агентів і змінює постільну білизну (в разі якщо візок не індивідуальний, після транспортування пацієнта до кімнати працівник проводить гігієнічну обробку рук);

7) працівник допомагає пацієнту лягти в ліжку;

8) працівник проводить гігієнічну обробку рук та прощається із пацієнтом.

7. Послідовність дій під час перев'язки хронічної трофічної виразки:

1) працівник виконує гігієнічну обробку рук;

2) працівник розкриває попередню пов'язку (знімає фіксувальний матеріал);

3) в разі проведення перев'язки на дому або в ЗСЗ, працівник проводить очищення і дезінфекцію приліжкового столика або тумби пацієнта і наступну практику гігієнічної обробки рук; працівник дістає стерильний запакований перев'язувальний матеріал та викладає його на приліжковий столик або тумбу;

4) працівник проводить гігієнічну обробку рук;

5) працівник готує стерильний перев'язочний набір і одягає оглядові медичні рукавички;

6) працівник знімає пов'язки і оглядає рану;

7) працівник викидає забруднені пов'язки у сміттєве відро (при догляді на дому або в ЗСЗ) або у ємність для медичних відходів категорії В (при догляді в амбулаторно-поліклінічному ЗОЗ);

8) працівник знімає та викидає оглядові медичні рукавички у сміттєве відро або у ємність для медичних відходів категорії В відповідно до підпункту 7 пункту 7 розділу III цього додатку;

9) працівник виконує гігієнічну обробку рук;

10) використовуючи відповідні інструменти, працівник декілька раз наносить антисептик, видаляє трохи фібрину ножицями (в разі необхідності) і знову наносить антисептик;

11) працівник викидає всі відходи у сміттєве відро або у ємність для медичних відходів категорії В відповідно до підпункту 7 пункту 7 розділу III цього додатку, а інструменти складає;

12) використовуючи відповідні інструменти, працівник кладе мазь (в разі необхідності) на рану та накриває її марлевими серветками, фіксує клейкою пов'язкою;

13) після того як перев'язка завершена, працівник викидає всі відходи, які залишилися на столі у сміттєве відро або у ємність для медичних відходів категорії В відповідно до підпункту 7 пункту 7 розділу III цього додатку, інструментарій складає у пластиковий пакет і проводить дезінфекцію стола (якщо на поверхні стола наявні видимі залишки біологічних рідин, перед дезінфекцією слід провести очищення);

14) працівник проводить гігієнічну обробку рук;

15) працівник робить записи щодо стану рани та процедури;

16) працівник проводить гігієнічну обробку рук.

8. Послідовність дій під час проведення рентгенологічного обстеження:

- 1) пацієнт входить в кімнату, знімає та кладе свій одяг на стілець і підходить до рентген-лаборанта для отримання інструкцій;
  - 2) рентген-лаборант проводить гігієнічну обробку рук;
  - 3) рентген-лаборант допомагає пацієнту одягнути захисний свинцевий фартух і правильно розташуватися;
  - 4) рентген-лаборант йде в апаратну кімнату і натискає кнопку з метою проведення знімку;
  - 5) рентген-лаборант допомагає пацієнту зняти захисний свинцевий фартух та одягнутися (в разі необхідності);
  - 6) рентген-лаборант виконує гігієнічну обробку рук;
  - 7) рентген-лаборант записує необхідні дані.
9. Послідовність дій під час надання стоматологічної допомоги:
- 1) пацієнт входить в кімнату і сідає в стоматологічне крісло;
  - 2) лікар-стоматолог одягає медичну (хірургічну) маску і захисні окуляри/щиток, налагоджує своє крісло та вмикає лампу;
  - 3) лікар-стоматолог виконує гігієнічну обробку рук;
  - 4) лікар-стоматолог одягає оглядові/нестерильні медичні рукавички;
  - 5) лікар-стоматолог оглядає зуби пацієнта дзеркалом із лотка, що був підготований помічником (лоток, окрім дзеркала, містить всі матеріали і вироби, що необхідні для надання стоматологічної допомоги);
  - 6) лікар-стоматолог проводить місцеву анестезію, знімає та викидає медичні рукавички в ємність для медичних відходів категорії В;
  - 7) лікар-стоматолог виконує гігієнічну обробку рук;
  - 8) лікар-стоматолог одягає оглядові медичні рукавички та виконує процедури;
  - 9) по закінченню втручання, лікар-стоматолог знімає медичні рукавички, викидає їх у ємність для медичних відходів категорії В та виконує гігієнічну обробку рук;
  - 10) помічник лікаря-стоматолога проводить гігієнічну обробку рук, одягає оглядові медичні рукавички, проводить очищення і дезінфекційну обробку стоматологічного крісла (включно із оточуючим середовищем, що потенційно було забруднене під час стоматологічної процедури);
  - 11) помічник лікаря-стоматолога знімає і викидає медичні рукавички у ємність для медичних відходів категорії В та виконує гігієнічну обробку рук, готує лоток для проведення наступної процедури.
10. Вимірювання тиску та рівня глюкози крові у прикутого до ліжка пацієнта на дому або в будинку для людей похилого віку:
- 1) працівник виконує гігієнічну обробку рук та пояснює пацієнту ціль свого візиту;
  - 2) працівник допомагає пацієнту зручно сісти, звільняє руку від одягу та вимірює артеріальний тиск;
  - 3) працівник протирає палець пацієнта спиртовою серветкою та викидає її;
  - 4) працівник одягає оглядові медичні рукавички;
  - 5) працівник робить прокол пальця скарифікатором, після висихання антисептика на шкірі пацієнта;

6) працівник поміщає скарифікатор в ємність для небезпечно гострих предметів медичних відходів категорії В;

7) працівник вставляє тест-смужку в глюкометр та набирає необхідну кількість крові;

8) працівник прикладає спиртову серветку на місце проколу (до зупинки виділення крові в разі необхідності);

9) працівник знімає і викидає медичні рукавички в ємність для медичних відходів категорії В;

10) працівник виконує гігієнічну обробку рук;

11) працівник записує отримані результати.

11. Послідовність дій під час зміни підгузка у прикутого до ліжка пацієнта:

1) працівник виконує гігієнічну обробку рук та пояснює пацієнту свою ціль;

2) працівник одягає оглядові медичні рукавички;

3) працівник підкладає під пацієнта пелюшку;

4) працівник розкриває пацієнта, знімає і складає використаний підгузок і кладе його у пакет для підгузків або ємність для медичних відходів категорії В;

5) працівник очищає пацієнта, за допомогою мильної піни та паперових рушників, перед одяганням чистого підгузка;

6) працівник викидає використані паперові рушники у пакет для підгузків або ємність для відходів категорії В;

7) працівник знімає медичні рукавички, викидає їх у пакет для підгузків або ємність для медичних відходів категорії В та виконує гігієнічну обробку рук;

8) працівник укладає пацієнта у зручну позу, накриває його та проводить гігієнічну обробку рук.»;

2) у пункті 3 примітки до таблиці 2 додатку 5 цифри «0,03» замінити цифрами «0,003».

2. У додатку 8 до Інструкції з впровадження адміністрування антимікробних препаратів в закладах охорони здоров'я, які надають медичну допомогу в стаціонарних умовах, затвердженій наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03 серпня 2021 року № 1614, зареєстрованій в Міністерстві юстиції України 11 жовтня 2021 року за № 1322/36944, пункт 1 примітки викласти в такій редакції:

«1. В графу «Антимікробний препарат» вписується один з наступних АМП:

1) азтреонам;

2) цефтаролін фосаміл;

3) цефтазидим-авібактам;

4) цефтобіпрол медокаріл;

5) цефтолозан-тазобактам;

6) колістин;

7) далбаванцин;

- 8) далфопрістин-квінупрістин;
- 9) даптоміцин;
- 10) еравациклін;
- 11) фаропенем;
- 12) фосфоміцин;
- 13) лінезолід;
- 14) меропенем-ваборбактам;
- 15) міноциклін;
- 16) омадациклін;
- 17) орітаванцин;
- 18) плазоміцин;
- 19) поліміксин В;
- 20) тедізолід;
- 21) телаванцин;
- 22) тайгециклін;
- 23) цефтріаксон;
- 24) цефазолін;
- 25) цефуроксим;
- 26) меропенем;
- 27) ципрофлоксацин;
- 28) левофлоксацин;
- 29) моксифлоксацин.».

3. У Положенні про відділ з інфекційного контролю закладу охорони здоров'я та установи / закладу надання соціальних послуг / соціального захисту населення, затвердженому наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03 серпня 2021 року № 1614, зареєстрованому в Міністерстві юстиції України 11 жовтня 2021 року за № 1323/36945, пункт 3 розділу IV доповнити новим абзацом такого змісту:

«Завдання та функції ВІК у ЗСЗ та ЗОЗ, що надають медичну допомогу в амбулаторних умовах або в стаціонарних умовах не цілодобово, можуть виконуватися суб'єктами господарювання на умовах договору підряду.».

4. У пункті 5 розділу II Порядку профілактики інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги в закладах охорони здоров'я, які надають медичну допомогу в стаціонарних умовах, затвердженому наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03 серпня 2021 року № 1614, зареєстрованому в Міністерстві юстиції України 11 жовтня 2021 року за № 1319/36941:

1) підпункт 1 викласти в такій редакції:

«1) вимірювати частоту розвитку КАІК на 1000 катетер-днів в кожному із відділень окремо для центральних судинних катетерів;»;

2) після підпункту 1 доповнити підпунктом 2 такого змісту:

«2) вимірювати частоту розвитку КАІК на 1000 катетер-днів у ВАРІТ для периферичних катетерів;».

У зв'язку з цим підпункти 2-3 вважати відповідно підпунктами 3-4.

5. У додатку 3 до Порядку здійснення епідеміологічного нагляду та ведення обліку інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги, затвердженому наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03 серпня 2021 року № 1614, зареєстрованому в Міністерстві юстиції України 11 жовтня 2021 року за № 1318/36940:

1) у позиції «ІД» графу «Прізвище, ім'я та по батькові (за наявності) пацієнта, якому встановлено центральний судинний катетер» викласти в такій редакції:

«Прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності) пацієнта, якому встановлено сечовий катетер»;

2) пункт 1 Примітки викласти в такій редакції:

«<sup>1</sup>основний клінічний діагноз пацієнта на момент катетеризації сечового міхура».

6. У пункті 14 Переліку необхідних обстежень лікарів-спеціалістів, видів клінічних, лабораторних та інших досліджень, що необхідні для проведення обов'язкових медичних оглядів, та періодичність їх проведення, затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 23 липня 2002 року № 280, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 8 серпня 2002 року за № 640/6928, в позиції «Медичні працівники (лікарі, середній та молодший медичний персонал)» графу 9 «дослідження на носійство кишкових інфекцій» викласти в такій редакції:

«При проведенні попереднього медогляду».

7. У Стандарті інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на туберкульоз, затвердженому наказом Міністерства охорони здоров'я України від 01 лютого 2019 року № 287, зареєстрованому Міністерством юстиції України 17 квітня 2019 року за № 408/33379:

1) розділ V викласти в такій редакції:

«

## V. Моніторинг заходів інфекційного контролю за туберкульозом

1. Моніторинг заходів ІК ТБ проводиться мінімум один раз на два роки центрами контролю і профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України, відповідно до адміністративно-територіальної належності. Фахівці державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» (далі – Центр) можуть приймати участь у моніторингу, з метою оцінки якості збору даних.

2. Центри контролю і профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України за результатами моніторингових візитів формують звіт, який в електронній і паперовій формах не пізніше 01 березня року, що слідує за моніторинговим, надсилають до Центру для узагальнення.

3. Після перевірки і аналізу даних Центр формує звіт щодо моніторингу дотримання Правил закладами та у термін не пізніше 01 травня року, що слідує за моніторинговим, надсилає його до Міністерства охорони здоров'я України.

4. Фахівці Центру проводять моніторинг заходів ІК ТБ у Київському міському та обласних протитуберкульозних ЗОЗ не рідше одного разу на два роки.

5. Контрольні списки (чек-листи) моніторингу заходів ІК ТБ затверджуються наказом Міністерства охорони здоров'я України.

6. Моніторинг дотримання заходів ІК ТБ не є заходом державного нагляду (контролю) у розумінні Закону України «Про основні засади державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності.»;

2) у додатку 4:

абзац четвертий підпункту 2 пункту 2 «Методики проведення тесту» викласти в такій редакції:

«сопло небулайзера вставляють у отвір ковпака і початкова концентрація тестового розчину вводиться під ковпак такою самою кількістю натискань на небулайзер, що і в тесті на чутливість (10, 20 чи 30), наступні введення – половина від початкової кількості розпилювань (5, 10 чи 15);»;

у останньому реченні абзацу п'ятого пункту 3 Методики проведення тесту слова «був складений» замінити словами «може бути складеним»;

«Протокол проходження фіт-тесту» викласти в такій редакції:

«

Зразок

**ПРОТОКОЛ  
проходження «фіт-тесту»**

заклад \_\_\_\_\_

підрозділ \_\_\_\_\_

Дата проходження тесту				
П. І. Б. працівника та підпис				
Посада				
Респіратор	Не багаторазового використання		Багаторазового використання	
	FFP2	FFP3	напівмаска	маска
Марка/модель респіратора				
Розмір респіратора	S	M	L	немає даних
Тип «фіт-тесту»	Сахарин	Бітрекс	Кількісний*	
Поріг чутливості	10	20	30	>30
Результат тесту	Позитивний	Негативний	Не пройдено через: відсутність смакового відчуття; волосся на обличчі; інше (зазначити): _____	
Особа, що проводила тест (прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності) та підпис)				

».

В.о. Генерального директора  
Директорату громадського здоров'я  
та профілактики захворюваності

Олексій ДАНИЛЕНКО



## **ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА**

**до проєкту наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Державних санітарних норм і правил «Санітарно-протиепідемічні вимоги до нового будівництва і реконструкції закладів охорони здоров'я» та Змін до деяких нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України»**

### **1. Мета**

Метою прийняття проєкту наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Державних санітарних норм і правил «Санітарно-протиепідемічні вимоги до нового будівництва і реконструкції закладів охорони здоров'я» та Змін до деяких нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України» (далі – проєкт акта) є запровадження сучасних санітарно-протиепідемічних вимог до нового будівництва і реконструкції закладів охорони здоров'я.

### **2. Обґрунтування необхідності прийняття акта**

У зв'язку з військовою агресією російської федерації проти України в Україні введено воєнний стан відповідно до Указів Президента України від 24 лютого 2022 року № 64 «Про введення воєнного стану в Україні», затвердженого Законом України від 24 лютого 2022 року № 2102-IX «Про затвердження Указу Президента України «Про введення воєнного стану в Україні», від 14 березня 2022 року № 133 «Про продовження строку дії воєнного стану в Україні», затвердженого Законом України від 15 березня 2022 року № 2119-IX «Про затвердження Указу Президента України «Про продовження строку дії воєнного стану в Україні», від 18 квітня 2022 року № 259, затвердженого Законом України від 21 квітня 2022 року № 2212-IX «Про затвердження Указу Президента України «Про продовження строку дії воєнного стану в Україні», від 17 травня 2022 року № 341, затвердженого Законом України від 22 травня 2022 року № 2263-IX IX «Про затвердження Указу Президента України «Про продовження строку дії воєнного стану в Україні».

В умовах повномасштабної руйнівної війни російської федерації проти України окупанти обстрілюють та знищують об'єкти інфраструктури, проводять масовані бомбардування житлових районів українських регіонів, міст, сіл та обстріли цивільних мешканців.

З початку війни в Україні 817 закладів охорони здоров'я, об'єктів закладів охорони здоров'я пошкоджено ворожими снарядами, 122 заклади зруйновано вщент.

Діяльність Уряду, всіх військових адміністрацій та органів місцевого самоврядування спрямована на досягнення перемоги, захист державного суверенітету, збереження територіальної цілісності України, надання гуманітарної допомоги постраждалим регіонам та їх мешканцям.

Наразі виникла нагальна потреба в регулюванні питання відбудови з урахуванням кращого європейського, світового досвіду та передових технологій міст і населених пунктів України, що постраждали внаслідок збройної агресії російської федерації.

В Україні працюють чотири фонди відновлення економіки після війни, кошти з яких використовуються за різними напрямками. Один із напрямків – відбудова знищеної інфраструктури (Фонд відновлення майна та зруйнованої інфраструктури). Порядок використання офіційних рахунків для пожертв на підтримку України «United24» затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 19 квітня 2022 року № 472. Підпунктом 3 пункту 3 цього Порядку визначено, що кошти, які надходять на офіційні рахунки, використовуються Міністерством розвитку громад та територій України з рахунка «Фонд відновлення зруйнованого майна та інфраструктури» для відновлення об'єктів соціальної інфраструктури (об'єкти закладів освіти, культури, охорони здоров'я, соціального захисту населення, спортивні та фізкультурно-оздоровчі споруди), будівель адміністративного призначення (зокрема надання адміністративних послуг, розміщення органів управління), об'єктів житлово-комунального господарства.

З 01 січня 2017 року відповідно до розпорядження Кабінету Міністрів України від 20 січня 2016 року № 94 «Про визнання такими, що втратили чинність, та такими, що не застосовуються на території України, актів санітарного законодавства», на території України не застосовуються Санітарні правила устрою, обладнання та експлуатації лікарень, пологових будинків та інших лікувальних стаціонарів (СанПіН 5179-90), затверджені в 1990 році. На заміну СанПіН 5179-90 не було затверджено інших актів санітарного законодавства.

Отже, прийняття проекту акта дозволить будувати нові заклади охорони здоров'я і реконструювати зруйновані внаслідок військової агресії російської федерації заклади охорони здоров'я таким чином, аби забезпечити надання якісних і безпечних медичних послуг.

### **3. Основні положення проекту акта**

Проектом акта запроваджуються сучасні санітарно-протиепідемічні норми і правила до нового будівництва і реконструкції закладів охорони здоров'я, а саме щодо профілактики інфекцій та інфекційного контролю, палат ізоляції пацієнтів, операційних відділень та відділень репроцесингу медичних виробів. Також проектом акта впроваджується стандартизована форма медичного завдання на проектування.

Проектом акта вносяться зміни до деяких нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України з метою приведення у відповідність положень до діючого законодавства.

### **4. Правові аспекти**

У даній сфері суспільних відносин діють такі нормативно-правові акти:

Конституція України;

Закони України: «Про затвердження Указу Президента України «Про введення воєнного стану в Україні», «Про затвердження Указу Президента України «Про продовження строку дії воєнного стану в Україні», «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення»; «Про захист населення від інфекційних хвороб»;

інші нормативно-правові акти.

## **5. Фінансово-економічне обґрунтування**

Прийняття та реалізація проекту акта не потребує фінансування з державного або місцевого бюджетів.

У зв'язку з цим, розрахунок необхідних матеріальних і фінансових витрат, їх обсяг та джерела покриття не проводився.

## **6. Позиція заінтересованих сторін**

Проект акта потребує проведення публічних консультацій.

Проект акта не стосується питань функціонування місцевого самоврядування, прав та інтересів територіальних громад, місцевого та регіонального розвитку, прав осіб з інвалідністю, функціонування і застосування української мови як державної, тому не потребує погодження із представниками всеукраїнських асоціацій органів місцевого самоврядування чи відповідних органів місцевого самоврядування, уповноваженими представниками всеукраїнських профспілок, їх об'єднань та всеукраїнських об'єднань організацій роботодавців, Уповноваженим Президента України з прав людей з інвалідністю, Урядовим уповноваженим з прав осіб з інвалідністю та всеукраїнських громадських організацій осіб з інвалідністю, їх спілок, Уповноваженим із захисту державної мови.

Проект акта потребує погодження із спільними представницькими органами сторони роботодавців і репрезентативних всеукраїнських об'єднань профспілок на національному рівні.

Проект акта потребує погодження з Міністерством розвитку громад та територій України, Міністерством соціальної політики України, Антимонопольним комітетом України, Уповноваженим Верховної ради України з прав людини, Державною регуляторною службою України.

Проект акта потребує здійснення державної реєстрації в Міністерстві юстиції України.

## **7. Оцінка відповідності**

Проект наказу не містить положень, що стосуються зобов'язань України у сфері європейської інтеграції.

У проекті акта відсутні положення, що: стосуються прав та свобод, гарантованих Конвенцією про захист прав людини і основоположних свобод; що впливають на забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків;

містять ризики вчинення корупційних правопорушень та правопорушень, пов'язаних з корупцією; створюють підстави для дискримінації.

Проект акта не стосується питань інформатизації, електронного урядування, формування і використання національних електронних інформаційних ресурсів, розвитку інформаційного суспільства, електронної демократії, надання адміністративних послуг або цифрового розвитку, тому не потребує проведення цифрової експертизи Міністерством цифрової трансформації України.

Громадська антикорупційна, громадська антидискримінаційна та громадська гендерно-правова експертизи не проводилися.

## 8. Прогноз результатів

Реалізація проекту акта матиме вплив на заклади охорони здоров'я незалежно від форми власності та організаційно-правової форми, які отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та не впливатиме на розвиток регіонів, підвищення чи зниження спроможності територіальних громад; ринок праці, рівень зайнятості населення; покращення чи погіршення стану здоров'я населення або його окремих груп, екологію та навколишнє природне середовище, обсяг природних ресурсів, рівень забруднення атмосферного повітря, води, земель, зокрема забруднення утвореними відходами, інші суспільні відносини.

### Вплив на інтереси заінтересованих сторін

Заінтересована сторона	Вплив реалізації акту на заінтересовану сторону	Пояснення очікуваного впливу
Працівники закладів охорони здоров'я	Зниження ризику професійних захворювань	Впровадження сучасних санітарно-протиепідемічних вимог підвищить ефективність роботи і знизить ризики професійного інфікування
Населення	Зниження ризиків інфікування	Впровадження сучасних санітарно-протиепідемічних вимог підвищить якість та безпеку надання медичних послуг

Міністр  
охорони здоров'я України

Віктор ЛЯШКО

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2022 р.

## ПОРІВНЯЛЬНА ТАБЛИЦЯ

до проекту наказу Міністерства охорони здоров'я України  
«Про затвердження Державних санітарних норм і правил «Санітарно-протиепідемічні вимоги до закладів охорони здоров'я» та Змін до деяких нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України»

Зміст положення акта законодавства	Зміст відповідного положення проекту акта
<p>Інструкція з впровадження покращення гігієни рук в закладах охорони здоров'я та установах / закладах надання соціальних послуг / соціального захисту населення, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03 серпня 2021 року № 1614, зареєстрована в Міністерстві юстиції України 11 жовтня 2021 року за № 1321/36943</p>	<p>Інструкція з впровадження покращення гігієни рук в закладах охорони здоров'я та установах / закладах надання соціальних послуг / соціального захисту населення, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03 серпня 2021 року № 1614, зареєстрована в Міністерстві юстиції України 11 жовтня 2021 року за № 1321/36943</p>
<p>Додаток 1</p>	<p>Додаток 1</p>
<p><b>III. Основні практики гігієничної обробки рук в амбулаторно-поліклінічних ЗОЗ та ЗСЗ</b></p>	<p><b>III. Основні практики гігієничної обробки рук в амбулаторно-поліклінічних ЗОЗ та ЗСЗ</b></p>
<p>1. Ключові аспекти, що необхідно враховувати для визначення необхідності проведення практики гігієни рук в амбулаторних умовах:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) потенційний ризик передавання інфекційного агенту в залежності від процедури/маніпуляції;</li><li>2) потенційний ризик виникнення інфекційного захворювання для працівника і пацієнта;</li><li>3) відомий або підозрюваний статус колонізації мікроорганізмами;</li><li>4) можливість виконати практику гігієни рук в певній ситуації із врахуванням необхідної частоти її виконання.</li></ol> <p>2. Послідовність дій при проведенні <b>вмикання</b>:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) пацієнт входить до кімнати і сідає на стілець, в той час як попередній пацієнт виходить;</li><li>2) працівник просить пацієнта назвати прізвище, ім'я та по батькові (за наявності) і адресу;</li><li>3) працівник вносить необхідні дані у відповідну документацію;</li><li>4) працівник просить пацієнта оголосити передбачувану для проведення шепелення ділянку тіла;</li><li>5) працівник виконує гігієничну обробку рук;</li><li>6) працівник готує все необхідне для шепелення - <b>антисептик, марлени серветки, флакон з імунобіологічним лікарським засобом, шприц, голку та лейкопластр</b>;</li></ol>	<p>1. Ключові аспекти, що необхідно враховувати для визначення необхідності проведення практики гігієни рук в амбулаторних умовах:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) потенційний ризик передавання інфекційного агенту в залежності від процедури/маніпуляції;</li><li>2) потенційний ризик виникнення інфекційного захворювання для працівника і пацієнта;</li><li>3) відомий або підозрюваний статус колонізації мікроорганізмами;</li><li>4) можливість виконати практику гігієни рук в певній ситуації із врахуванням необхідної частоти її виконання.</li></ol> <p>2. Послідовність дій при проведенні <b>шепелень</b>:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) пацієнт входить до кімнати і сідає на стілець, в той час як попередній пацієнт виходить;</li><li>2) працівник просить пацієнта назвати прізвище, ім'я та по батькові (за наявності) і адресу;</li><li>3) працівник вносить необхідні дані у відповідну документацію;</li><li>4) працівник просить пацієнта оголосити передбачувану для проведення шепелення ділянку тіла;</li><li>5) працівник виконує гігієничну обробку рук;</li></ol>

<p>7) працівник <b>наносить антисептик на шкіру в місці ін'єкції за допомогою марлевої серветки</b> і викидає її в смітник для медичних відходів категорії А;</p> <p>8) працівник бере попередньо підготований шприц із вакциною;</p> <p>9) працівник проводить ін'єкцію, відповідно до рекомендацій виробника імунобіологічного лікарського засобу після висихання антисептика на шкірі пацієнта;</p> <p>10) працівник викидає шприц з голкою або шприц-тюбик в контейнер для небезпечно гострих медичних відходів категорії В, який знаходиться на столі;</p> <p>11) працівник накладає асептичну пов'язку на місце ін'єкції (за необхідності);</p> <p>12) працівник робить відмітку про виконану процедуру;</p> <p>13) пацієнт встає і покидає кабінет (в той же час в кабінет входить наступний пацієнт);</p> <p>14) працівник виконує гігієнічну обробку рук.</p> <p>У випадках, коли процедура відбувається за вищенаведеним сценарієм, практика гігієнічної обробки рук, що має бути проведена після контакту із пацієнтом, проводиться одночасно із практикою гігієнічної обробки рук, яка має бути проведена перед контактом із пацієнтом.</p> <p>Використовувати оглядові медичні рукавички не рекомендовано. В разі використання, після кожної ін'єкції медичні рукавички слід зняти, викинути та провести гігієнічну обробку рук. Багаторазове використання медичних рукавичок (для проведення вакцинації двом і більше пацієнтам) заборонене. Обробка рук, одягнених в медичні рукавички, антисептиком для рук або іншим дезінфекційним засобом заборонена.</p> <p>3. Послідовність дій під час здійснення забору крові в лабораторії:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) пацієнт входить до кімнати і сідає на стілець (в той час як попередній пацієнт виходить);</li> <li>2) працівник просить пацієнта назвати прізвище, ім'я та по батькові (за наявності), адресу і уточнює перелік необхідних аналізів згідно із направленням лікаря;</li> <li>3) працівник вносить необхідні дані у відповідну документацию;</li> <li>4) працівник вибирає та маркує пробірки для відбору зразків;</li> <li>5) працівник просить пацієнта заклати рукав (за необхідності) або звільнити передпліччя;</li> <li>6) працівник готує все необхідне для проколу - одноразовий набір для забору крові, антисептик для рук, <b>антисептик, марлеві серветки, джгут, лейкопластир</b>;</li> <li>7) працівник накладає джгут;</li> </ol>	<p>6) працівник готує все необхідне для щеплення – <b>спиртові серветки, флакон з імунобіологічним лікарським засобом, шприц, голку та лейкопластир</b>;</p> <p>7) працівник <b>протирає шкіру в місці ін'єкції спиртовою серветкою</b> і викидає її в смітник для медичних відходів категорії А;</p> <p>8) працівник бере попередньо підготований шприц із вакциною;</p> <p>9) працівник проводить ін'єкцію, відповідно до рекомендацій виробника імунобіологічного лікарського засобу після висихання антисептика на шкірі пацієнта;</p> <p>10) працівник викидає шприц з голкою або шприц-тюбик в контейнер для небезпечно гострих медичних відходів категорії В, який знаходиться на столі;</p> <p>11) працівник накладає асептичну пов'язку на місце ін'єкції (за необхідності);</p> <p>12) працівник робить відмітку про виконану процедуру;</p> <p>13) пацієнт встає і покидає кабінет (в той же час в кабінет входить наступний пацієнт);</p> <p>14) працівник виконує гігієнічну обробку рук.</p> <p>У випадках, коли процедура відбувається за вищенаведеним сценарієм, практика гігієнічної обробки рук, що має бути проведена після контакту із пацієнтом, проводиться одночасно із практикою гігієнічної обробки рук, яка має бути проведена перед контактом із пацієнтом.</p> <p>Використовувати оглядові медичні рукавички не рекомендовано. В разі використання, після кожної ін'єкції медичні рукавички слід зняти, викинути та провести гігієнічну обробку рук. Багаторазове використання медичних рукавичок (для проведення вакцинації двом і більше пацієнтам) заборонене. Обробка рук, одягнених в медичні рукавички, антисептиком для рук або іншим дезінфекційним засобом заборонена.</p> <p>3. Послідовність дій під час здійснення забору крові в лабораторії:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) пацієнт входить до кімнати і сідає на стілець (в той час як попередній пацієнт виходить);</li> <li>2) працівник просить пацієнта назвати прізвище, ім'я та по батькові (за наявності), адресу і уточнює перелік необхідних аналізів згідно із направленням лікаря;</li> <li>3) працівник вносить необхідні дані у відповідну документацию;</li> <li>4) працівник вибирає та маркує пробірки для відбору зразків;</li> </ol>
---	---

<p>8) працівник проводить гігієнічну обробку рук;</p> <p>9) працівник надає оглядові/інструальні медичні рукавички;</p> <p>10) працівник локалізує вену шпихом пальцями двома пальцями;</p> <p>11) працівник обробляє місце майбутнього проколу <b>маршевою</b> серветкою із <b>антисептиком</b> і викидає її у ємність для медичних відходів категорії А;</p> <p>12) працівник проколосє вену і забирає кров, після висихання антисептика на шкірі пацієнта;</p> <p>13) працівник розпускає жгут;</p> <p>14) працівник витягує голку та викидає її в контейнер для небезпечно гострих предметів медичних відходів категорії В і одночасно просить пацієнта натиснути на <b>маршеву</b> серветку в місці проколу;</p> <p>15) працівник поміщає пробірки в стійку і викидає використаний матеріал, що залишився у ємності для медичних відходів відповідно до категорії;</p> <p>16) працівник фіксує <b>маршеву-серветку ланкою-стрічкою</b>;</p> <p>17) працівник знімає і викидає медичні рукавички;</p> <p>18) працівник виконує гігієнічну обробку рук;</p> <p>19) працівник оформлює необхідну документацію, в той час як виходить даний пацієнт і заходить наступний.</p> <p>У випадках, коли процедура відбувається за вищенаведеним сценарієм, практика гігієнічної обробки рук, що має бути проведена перед контактом із пацієнтом, проводиться одночасно із практикою гігієнічної обробки рук, яка проводиться після контакту із пацієнтом.</p> <p>4. Послідовність дій під час огляду сімейним лікарем:</p> <p>1) пацієнт входить в кабінет і сідає на стілець чи кушетку;</p> <p>2) пацієнт і лікар спілкуються один з одним, поки лікар переглядає записи щодо пацієнта;</p> <p>3) лікар просить пацієнта лягти на кушетку;</p> <p>4) лікар проводить гігієнічну обробку рук;</p> <p>5) лікар виконує фізикальне обстеження;</p> <p>6) після закінчення огляду лікар допомагає пацієнту встати;</p> <p>7) лікар проводить гігієнічну обробку рук;</p> <p>8) лікар сідає за стіл та проводить відповідні записи;</p> <p>9) лікар пояснює пацієнту його стан та надає рекомендації;</p> <p>10) даний пацієнт виходить, в той час до кімнати входить наступний.</p> <p>В даній послідовності не враховані соціальні контакти, такі як рукоприскання між пацієнтом і лікарем під час вітання та прощання. У випадку, якщо</p>	<p>5) працівник просить пацієнта заклатити рукави (за необхідності) або звільнити передпліччя;</p> <p>6) працівник готує все необхідне для проколу - одноразовий набір для забору крові, антисептик для рук, синтрової серветки, жгут, лейкоцелестипр;</p> <p>7) працівник накладає жгут;</p> <p>8) працівник проводить гігієнічну обробку рук;</p> <p>9) працівник надає оглядові/інструальні медичні рукавички;</p> <p>10) працівник локалізує вену шпихом пальцями двома пальцями;</p> <p>11) працівник обробляє місце майбутнього проколу <b>синтровою</b> серветкою і викидає її у ємність для медичних відходів категорії А;</p> <p>12) працівник проколосє вену і забирає кров, після висихання антисептика на шкірі пацієнта;</p> <p>13) працівник розпускає жгут;</p> <p>14) працівник витягує голку та викидає її в контейнер для небезпечно гострих предметів медичних відходів категорії В і одночасно просить пацієнта натиснути на <b>синтрову</b> серветку в місці проколу;</p> <p>15) працівник поміщає пробірки в стійку і викидає використаний матеріал, що залишився у ємності для медичних відходів відповідно до категорії;</p> <p>16) працівник фіксує місце проколу <b>лейкоцелестипром</b>;</p> <p>17) працівник знімає і викидає медичні рукавички;</p> <p>18) працівник виконує гігієнічну обробку рук;</p> <p>19) працівник оформлює необхідну документацію, в той час як виходить даний пацієнт і заходить наступний.</p> <p>У випадках, коли процедура відбувається за вищенаведеним сценарієм, практика гігієнічної обробки рук, що має бути проведена перед контактом із пацієнтом, проводиться одночасно із практикою гігієнічної обробки рук, яка проводиться після контакту із пацієнтом.</p> <p>4. Послідовність дій під час огляду лікарем загальної практики – сімейним лікарем:</p> <p>1) пацієнт входить в кабінет і сідає на стілець чи кушетку;</p> <p>2) пацієнт і лікар спілкуються один з одним, поки лікар переглядає записи щодо пацієнта;</p> <p>3) лікар просить пацієнта лягти на кушетку;</p> <p>4) лікар проводить гігієнічну обробку рук;</p> <p>5) лікар виконує фізикальне обстеження;</p> <p>6) після закінчення огляду лікар допомагає пацієнту встати;</p> <p>7) лікар проводить гігієнічну обробку рук;</p>
---	---

<p>рукоостяскання відбуваються, після кожного з них необхідно додатково провести гігієнічну обробку рук.</p> <p>Якщо під час огляду відбувається контакт із слизовими оболонками або шкірою, виникає необхідність асептичної або будь-якої іншої додаткової процедури, практичну гігієну рук необхідно проводити за показаннями, які наведені розділі І цього додатку 4.</p> <p>5. Послідовність дій під час огляду новонародженого сестрою медичною або лікарем:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) мати з дитиною входять до оглядової кімнати;</li> <li>2) працівник запитує необхідну інформацію та записує її;</li> <li>3) мати роздягає дитину;</li> <li>4) працівник виконує гігієнічну обробку рук;</li> <li>5) працівник забирає дитину у матері та кладе її на стіл;</li> <li>6) працівник одібно фізичний розвиток дитини (здійснює вимірювання розмірів окружностей дитини та зважує її);</li> <li>7) якщо у дитини під час зважування відбувся акт сечопускання, працівник одягає оглядові медичні рукавички, витирає виноороження із використаним відповідних матеріалів і засобів, викидає рукавички у смітьову для медичних відходів категорії В та проводить гігієнічну обробку рук;</li> <li>8) працівник оглядає спину дитини, пальпує живіт, оглядає пупок і перевіряє неонатальні рефлекси;</li> <li>9) працівник проводить аускультацию серця і легень;</li> <li>10) працівник проводить гігієнічну обробку рук;</li> <li>11) працівник оглядає очі дитини, злетка потягувши повіки (дитина починає кричати);</li> <li>12) працівник перевіряє зір шляхом водіння пальця перед очима (дитина продовжує кричати і плакати без сліз);</li> <li>13) працівник оглядає ротovu порожнину дитини під час плачу із використанням медичного ліхтарика підтримуючи дитину за голову;</li> <li>14) працівник перевіряє ніс та вуха дитини використовуючи отоскоп та викидає одноразову воронку у смітьову для медичних відходів категорії В;</li> <li>16) працівник пальпує шию дитини;</li> <li>17) працівник проводить гігієнічну обробку рук;</li> <li>18) мати одягає дитину;</li> <li>19) працівник записує дані і коротко спілкується із матір'ю;</li> <li>20) мати із дитиною покидають оглядовий кабінет.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>8) лікар сідає за стіл та проводить відповідні записи;</li> <li>9) лікар пояснює пацієнту його стан та надає рекомендації;</li> <li>10) даний пацієнт виходить, в той час до кімнати входять наступний.</li> </ol> <p>В даній послідовності не враховані соціальні контакти, такі як рукоостяскання між пацієнтом і лікарем під час вітання та прощання. У випадку, якщо рукоостяскання відбуваються, після кожного з них необхідно додатково провести гігієнічну обробку рук.</p> <p>Якщо під час огляду відбувається контакт із слизовими оболонками або шкірою, виникає необхідність асептичної або будь-якої іншої додаткової процедури, практичну гігієну рук необхідно проводити за показаннями, які наведені розділі І цього додатку.</p> <p>5. Послідовність дій під час огляду новонародженого сестрою медичною або лікарем:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) мати з дитиною входять до оглядової кімнати;</li> <li>2) працівник запитує необхідну інформацію та записує її;</li> <li>3) мати роздягає дитину;</li> <li>4) працівник виконує гігієнічну обробку рук;</li> <li>5) працівник забирає дитину у матері та кладе її на стіл;</li> <li>6) працівник одібно фізичний розвиток дитини (здійснює вимірювання розмірів окружностей дитини та зважує її);</li> <li>7) якщо у дитини під час зважування відбувся акт сечопускання, працівник одягає оглядові медичні рукавички, витирає виноороження із використаним відповідних матеріалів і засобів, викидає рукавички у смітьову для медичних відходів категорії В та проводить гігієнічну обробку рук;</li> <li>8) працівник оглядає спину дитини, пальпує живіт, оглядає пупок і перевіряє неонатальні рефлекси;</li> <li>9) працівник проводить аускультацию серця і легень;</li> <li>10) працівник проводить гігієнічну обробку рук;</li> <li>11) працівник оглядає очі дитини, злетка потягувши повіки (дитина починає кричати);</li> <li>12) працівник перевіряє зір шляхом водіння пальця перед очима (дитина продовжує кричати і плакати без сліз);</li> <li>13) працівник оглядає ротovu порожнину дитини під час плачу із використанням медичного ліхтарика підтримуючи дитину за голову;</li> <li>14) працівник перевіряє ніс та вуха дитини, хлюпаючи в долоні по бокам голови;</li> </ol>
---	--



<p>В даній послідовності не враховані соціальні контакти, такі як рукошестискання між матір'ю і працівником під час вітання та прощання. У випадку, якщо рукошестискання відбуваються, після кожного з них необхідно додатково провести гігієнічну обробку рук.</p> <p>6. Послідовність дій при супроводі осіб із особливими потребами під час прийняття ванни:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) працівник виконує гігієнічну обробку рук;</li> <li>2) працівник готує рушник, одяг та інші необхідні предмети;</li> <li>3) працівник одягає фартух захисний від інфекційних агентів (наприклад, целофановий) і допомагає пацієнту дітти або садити його в інвалідний візок і супроводжує пацієнта до ванної кімнати;</li> <li>4) в разі якщо візок індивідуальний (наприклад, допомога на дому), працівник не проводить практичну гігієну рук; в інший випадках (наприклад, догляд в ЗСЗ) - перед повторним контактом із пацієнтом слід провести гігієнічну обробку рук;</li> <li>5) працівник допомагає пацієнту роздягнутися, прийняти душ, втертися рушником, одягнутися, під час чищення зубів тощо;</li> <li>6) поки пацієнт сидить на стільці або у візку, працівник знімає фартух захисний від інфекційних агентів і змінює постільну білизну (в разі якщо візок не індивідуальний, після транспортування пацієнта до кімнати працівник проводить гігієнічну обробку рук);</li> <li>7) працівник допомагає пацієнту лягти в ліжко;</li> <li>8) працівник проводить гігієнічну обробку рук та прощається із пацієнтом.</li> </ol> <p>7. Послідовність дій під час перев'язки хронічної трофічної виразки:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) працівник виконує гігієнічну обробку рук;</li> <li>2) працівник розкриває попередню пов'язку (знімає фіксувальний матеріал);</li> <li>3) в разі проведення перев'язки на дому або в ЗСЗ, працівник проводить очищення і дезінфекцію приліжкового столика або тумби пацієнта і наступну практичну гігієнічну обробку рук; працівник дістає стерильний запечатаний перев'язувальний матеріал та викладає його на приліжковий столик або тумбу;</li> <li>4) працівник проводить гігієнічну обробку рук;</li> <li>5) працівник готує стерильний перев'язочний набір і одягає оглядові медичні рукавички;</li> <li>6) працівник знімає пов'язку і оглядає рану;</li> <li>7) працівник викидає забруднені пов'язки у сміттєве відра (при догляді на дому або в ЗСЗ) або у ємність для медичних відходів категорії В (при догляді в амбулаторно-поліклінічному ЗОЗ);</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>15) працівник перевіряє ніс та вуха дитини використовуючи отоскоп та викидає одноразову воронку у ємність для медичних відходів категорії В;</li> <li>16) працівник пильнує шию дитини;</li> <li>17) працівник проводить гігієнічну обробку рук;</li> <li>18) мати одягає дитину;</li> <li>19) працівник записує дані і коротко спілкується із матір'ю;</li> <li>20) мати із дитиною покидають оглядовий кабінет.</li> </ol> <p>В даній послідовності не враховані соціальні контакти, такі як рукошестискання між матір'ю і працівником під час вітання та прощання. У випадку, якщо рукошестискання відбуваються, після кожного з них необхідно додатково провести гігієнічну обробку рук.</p> <p>6. Послідовність дій при супроводі осіб із особливими потребами під час прийняття ванни:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) працівник виконує гігієнічну обробку рук;</li> <li>2) працівник готує рушник, одяг та інші необхідні предмети;</li> <li>3) працівник одягає фартух захисний від інфекційних агентів (наприклад, целофановий) і допомагає пацієнту дітти або садити його в інвалідний візок і супроводжує пацієнта до ванної кімнати;</li> <li>4) в разі якщо візок індивідуальний (наприклад, допомога на дому), працівник не проводить практичну гігієну рук; в інший випадках (наприклад, догляд в ЗСЗ) - перед повторним контактом із пацієнтом слід провести гігієнічну обробку рук;</li> <li>5) працівник допомагає пацієнту роздягнутися, прийняти душ, втертися рушником, одягнутися, під час чищення зубів тощо;</li> <li>6) поки пацієнт сидить на стільці або у візку, працівник знімає фартух захисний від інфекційних агентів і змінює постільну білизну (в разі якщо візок не індивідуальний, після транспортування пацієнта до кімнати працівник проводить гігієнічну обробку рук);</li> <li>7) працівник допомагає пацієнту лягти в ліжко;</li> <li>8) працівник проводить гігієнічну обробку рук та прощається із пацієнтом.</li> </ol> <p>7. Послідовність дій під час перев'язки хронічної трофічної виразки:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) працівник виконує гігієнічну обробку рук;</li> <li>2) працівник розкриває попередню пов'язку (знімає фіксувальний матеріал);</li> <li>3) в разі проведення перев'язки на дому або в ЗСЗ, працівник проводить очищення і дезінфекцію приліжкового столика або тумби пацієнта і наступну практичну гігієнічну обробку рук; працівник дістає стерильний</li> </ol>
--	---

<p>8) працівник знімає та викидає оглядові медичні рукавички у сміттєве відро або у смінь для медичних відходів категорії В відповідно до підпункту 7 пункту 7 розділу III цього додатку 4;</p> <p>9) працівник виконує гігієнічну обробку рук;</p> <p>10) використовуючи відповідні інструменти, працівник декілька раз наносить антисептик, видаляє трохи фібріну ножицями (в разі необхідності) і знову наносить антисептик;</p> <p>11) працівник викидає всі відходи у сміттєве відро або у смінь для медичних відходів категорії В відповідно до підпункту 7 пункту 7 розділу III цього додатку 4, а інструменти складає;</p> <p>12) використовуючи відповідні інструменти, працівник кладе мазь (в разі необхідності) на рану та накриває її марлевими серветками, фіксує клейкою пов'язкою;</p> <p>13) після того як перев'язка завершена, працівник викидає всі відходи, які залишилися на столі у сміттєве відро або у смінь для медичних відходів категорії В відповідно до підпункту 7 пункту 7 розділу III цього додатку 4, інструментарій складає у пластиковий пакет і проводять дезінфекцію стола (якщо на поверхні стола наявні видимі залишки біологічних рідин, перед дезінфекцією слід провести очищення);</p> <p>14) працівник проводить гігієнічну обробку рук;</p> <p>15) працівник робить запис щодо стану рани та процедури;</p> <p>16) працівник проводить гігієнічну обробку рук.</p> <p>8. Післядовільність дій під час проведення рентгенологічного обстеження:</p> <p>1) пацієнт входить в кімнату, знімає та кладе свій одяг на стілець і підходить до рентген-лаборанта для отримання інструкцій;</p> <p>2) рентген-лаборант проводить гігієнічну обробку рук;</p> <p>3) рентген-лаборант допомагає пацієнту одягнутися захисний свинцевий фартух і правильно розташуватися;</p> <p>4) рентген-лаборант вляє в апаратну кімнату і натискає кнопку з метою проведення знімку;</p> <p>5) рентген-лаборант допомагає пацієнту зняти захисний свинцевий фартух та одягнутися (в разі необхідності);</p> <p>6) рентген-лаборант виконує гігієнічну обробку рук;</p> <p>7) рентген-лаборант записує необхідні дані;</p> <p>9. Післядовільність дій під час надання стоматологічної допомоги:</p> <p>1) пацієнт входить в кімнату і сідає в стоматологічне крісло;</p>	<p>запакований перешкодувальний матеріал та викидає його на призначений столик або тумбу;</p> <p>4) працівник проводить гігієнічну обробку рук;</p> <p>5) працівник готує стерильний перешкодувальний набір і одягає оглядові медичні рукавички;</p> <p>6) працівник знімає пов'язку і оглядає рану;</p> <p>7) працівник викидає забруднені пов'язки у сміттєве відро (при огляді на дому або в ЗСЗ) або у смінь для медичних відходів категорії В (при огляді в амбулаторно-поліклінічному ЗОЗ);</p> <p>8) працівник знімає та викидає оглядові медичні рукавички у сміттєве відро або у смінь для медичних відходів категорії В відповідно до підпункту 7 пункту 7 розділу III цього додатку;</p> <p>9) працівник виконує гігієнічну обробку рук;</p> <p>10) використовуючи відповідні інструменти, працівник декілька раз наносить антисептик, видаляє трохи фібріну ножицями (в разі необхідності) і знову наносить антисептик;</p> <p>11) працівник викидає всі відходи у сміттєве відро або у смінь для медичних відходів категорії В відповідно до підпункту 7 пункту 7 розділу III цього додатку, а інструменти складає;</p> <p>12) використовуючи відповідні інструменти, працівник кладе мазь (в разі необхідності) на рану та накриває її марлевими серветками, фіксує клейкою пов'язкою;</p> <p>13) після того як перев'язка завершена, працівник викидає всі відходи, які залишилися на столі у сміттєве відро або у смінь для медичних відходів категорії В відповідно до підпункту 7 пункту 7 розділу III цього додатку, інструментарій складає у пластиковий пакет і проводять дезінфекцію стола (якщо на поверхні стола наявні видимі залишки біологічних рідин, перед дезінфекцією слід провести очищення);</p> <p>14) працівник проводить гігієнічну обробку рук;</p> <p>15) працівник робить запис щодо стану рани та процедури;</p> <p>16) працівник проводить гігієнічну обробку рук.</p> <p>8. Післядовільність дій під час проведення рентгенологічного обстеження:</p> <p>1) пацієнт входить в кімнату, знімає та кладе свій одяг на стілець і підходить до рентген-лаборанта для отримання інструкцій;</p> <p>2) рентген-лаборант проводить гігієнічну обробку рук;</p> <p>3) рентген-лаборант допомагає пацієнту одягнутися захисний свинцевий фартух і правильно розташуватися;</p>
--	---

<p>2) лікар-стоматолог одягає медичну (хірургічну) маску і захисні окуляри/щиток, налагоджує своє крісло та вмиває ладну;</p> <p>3) лікар-стоматолог виконує гігієнічну обробку рук;</p> <p>4) лікар-стоматолог одягає оглядові/стерильні медичні рукавички;</p> <p>5) лікар-стоматолог оглядає зуби пацієнта дзеркалом із лотка, що був підготований помічником (лоток, окрім дзеркала, містить всі матеріали і виробн, що необхідні для надання стоматологічної допомоги);</p> <p>6) лікар-стоматолог проводить місцеву анестезію, знімає та викидає медичні рукавички в сміську для медичних відходів категорії В;</p> <p>7) лікар-стоматолог виконує гігієнічну обробку рук;</p> <p>8) лікар-стоматолог одягає оглядові медичні рукавички та виконує процедуру;</p> <p>9) по закінченню втручання, лікар-стоматолог знімає медичні рукавички, викидає їх у сміську для медичних відходів категорії В та виконує гігієнічну обробку рук;</p> <p>10) помічник лікаря-стоматолога проводить гігієнічну обробку рук, одягає оглядові медичні рукавички, проводить очищення і дезінфекційну обробку стоматологічного крісла (включно із оточуючим середовищем, що потенційно було забруднене під час стоматологічної процедури);</p> <p>11) помічник лікаря-стоматолога знімає і викидає медичні рукавички у сміську для медичних відходів категорії В та виконує гігієнічну обробку рук, готує лоток для проведення наступної процедури.</p> <p>10. Вимірювання тиску та рівня глюкози крові у прикутого до ліжка пацієнта на дому або в будинку для людей похилого віку:</p> <p>1) працівник виконує гігієнічну обробку рук та покissoє пацієнту ціль свого візиту;</p> <p>2) працівник допомагає пацієнту зручно сісти, звільняє руку від опавту та вимірює артеріальний тиск;</p> <p>3) працівник <b>нижче</b>-ангітензник <b>не</b>-пальць пацієнта, використовуючи <b>м'ячку</b> серветку та викидає її;</p> <p>4) працівник одягає оглядові медичні рукавички;</p> <p>5) працівник робить прокол пальця скарифікатором, після висихання антисептика на шкірі пацієнта;</p> <p>6) працівник поміщає скарифікатор в сміську для небезпечно гострих предметів медичних відходів категорії В;</p> <p>7) працівник вставляє тест-смужку в глюкометр та набирає необхідну кількість крові;</p>	<p>4) рентген-лаборант йде в апаратну кімнату і натискає кнопку з метою проведення знімку;</p> <p>5) рентген-лаборант допомагає пацієнту зняти захисний свинцевий фартух та одягнутися (в разі необхідності);</p> <p>6) рентген-лаборант виконує гігієнічну обробку рук;</p> <p>7) рентген-лаборант записує необхідні дані.</p> <p>9. Послідовність дій під час надання стоматологічної допомоги:</p> <p>1) пацієнт входить в кімнату і сідає в стоматологічне крісло;</p> <p>2) лікар-стоматолог одягає медичну (хірургічну) маску і захисні окуляри/щиток, налагоджує своє крісло та вмиває ладну;</p> <p>3) лікар-стоматолог виконує гігієнічну обробку рук;</p> <p>4) лікар-стоматолог одягає оглядові/стерильні медичні рукавички;</p> <p>5) лікар-стоматолог оглядає зуби пацієнта дзеркалом із лотка, що був підготований помічником (лоток, окрім дзеркала, містить всі матеріали і виробн, що необхідні для надання стоматологічної допомоги);</p> <p>6) лікар-стоматолог проводить місцеву анестезію, знімає та викидає медичні рукавички в сміську для медичних відходів категорії В;</p> <p>7) лікар-стоматолог виконує гігієнічну обробку рук;</p> <p>8) лікар-стоматолог одягає оглядові медичні рукавички та виконує процедуру;</p> <p>9) по закінченню втручання, лікар-стоматолог знімає медичні рукавички, викидає їх у сміську для медичних відходів категорії В та виконує гігієнічну обробку рук;</p> <p>10) помічник лікаря-стоматолога проводить гігієнічну обробку рук, одягає оглядові медичні рукавички, проводить очищення і дезінфекційну обробку стоматологічного крісла (включно із оточуючим середовищем, що потенційно було забруднене під час стоматологічної процедури);</p> <p>11) помічник лікаря-стоматолога знімає і викидає медичні рукавички у сміську для медичних відходів категорії В та виконує гігієнічну обробку рук, готує лоток для проведення наступної процедури.</p> <p>10. Вимірювання тиску та рівня глюкози крові у прикутого до ліжка пацієнта на дому або в будинку для людей похилого віку:</p> <p>1) працівник виконує гігієнічну обробку рук та покissoє пацієнту ціль свого візиту;</p> <p>2) працівник допомагає пацієнту зручно сісти, звільняє руку від опавту та вимірює артеріальний тиск;</p> <p>3) працівник <b>протирає</b> палець пацієнта спиртовою серветкою та викидає її;</p>
--	--

<p>8) працівник прикладає <b>марлеву серветку проєкцію-антисептиком</b> на місце проколу (до зупинки виділення крові в разі необхідності);</p> <p>9) працівник знімає і викидає медичні рукавички в смінь для медичних відходів категорії В;</p> <p>10) працівник виконує гігієнічну обробку рук;</p> <p>11) працівник записує отримані результати.</p> <p>11. Післядовність дій під час зміни підгузка у прикутого до ліжка пацієнта:</p> <p>1) працівник виконує гігієнічну обробку рук та поєднує пацієнту свою ціль;</p> <p>2) працівник одягає оглядові медичні рукавички;</p> <p>3) працівник підкладає під пацієнта пелюшку;</p> <p>4) працівник розкриває пацієнта, знімає і складає використаний підгузок і кладе його у пакет для підгузків або смінь для медичних відходів категорії В;</p> <p>5) працівник очищає пацієнта, за допомогою мильної піни та паперових рушників, перед одяганням чистого підгузка;</p> <p>6) працівник викидає використані паперові рушники у пакет для підгузків або смінь для відходів категорії В;</p> <p>7) працівник знімає медичні рукавички, викидає їх у пакет для підгузків або смінь для медичних відходів категорії В та виконує гігієнічну обробку рук;</p> <p>8) працівник укладає пацієнта у зручну позу, накриває його та проводить гігієнічну обробку рук.</p>	<p>4) працівник одягає оглядові медичні рукавички;</p> <p>5) працівник робить прокол пальця скарифікатором, після висихання антисептика на шкірі пацієнта;</p> <p>6) працівник поміщає скарифікатор в смінь для небезпечно гострих предметів медичних відходів категорії В;</p> <p>7) працівник вставляє тест-смужку в глюкометр та набирає необхідну кількість крові;</p> <p>8) працівник прикладає <b>спиртову серветку</b> на місце проколу (до зупинки виділення крові в разі необхідності);</p> <p>9) працівник знімає і викидає медичні рукавички в смінь для медичних відходів категорії В;</p> <p>10) працівник виконує гігієнічну обробку рук;</p> <p>11) працівник записує отримані результати.</p> <p>11. Післядовність дій під час зміни підгузка у прикутого до ліжка пацієнта:</p> <p>1) працівник виконує гігієнічну обробку рук та поєднує пацієнту свою ціль;</p> <p>2) працівник одягає оглядові медичні рукавички;</p> <p>3) працівник підкладає під пацієнта пелюшку;</p> <p>4) працівник розкриває пацієнта, знімає і складає використаний підгузок і кладе його у пакет для підгузків або смінь для медичних відходів категорії В;</p> <p>5) працівник очищає пацієнта, за допомогою мильної піни та паперових рушників, перед одяганням чистого підгузка;</p> <p>6) працівник викидає використані паперові рушники у пакет для підгузків або смінь для відходів категорії В;</p> <p>7) працівник знімає медичні рукавички, викидає їх у пакет для підгузків або смінь для медичних відходів категорії В та виконує гігієнічну обробку рук;</p> <p>8) працівник укладає пацієнта у зручну позу, накриває його та проводить гігієнічну обробку рук.</p>
<p>Додаток 5</p> <p>МП = КМП × ПР × Ч × РД × 0,03 + 10%МВ,</p> <p>де МП -місячна потреба антисептику для рук, в літрах; КМП -кількість працівників; ПР -кількість можливих процедур з гігієни рук за одну годину;</p>	<p>Додаток 5</p> <p>МП = КМП × ПР × Ч × РД × 0,003 + 10%МВ,</p> <p>де МП -місячна потреба антисептику для рук, в літрах; КМП -кількість працівників; ПР -кількість можливих процедур з гігієни рук за одну годину;</p>

<p>Ч</p> <p>РД 0,03</p> <p>10%МВ</p> <p>-кількість годин в день, коли можливий контакт із пацієнтом; -кількість робочих днів в місяць; -кількість антисептику для рук, що необхідна для проведення однієї процедури, літри; -10 %, що закладаються на можливі втрати;</p>	<p>Ч</p> <p>РД 0,003</p> <p>10%МВ</p> <p>-кількість годин в день, коли можливий контакт із пацієнтом; -кількість робочих днів в місяць; -кількість антисептику для рук, що необхідна для проведення однієї процедури, літри; -10 %, що закладаються на можливі втрати;</p>
<p><b>Інструкція з впровадження адміністрування антимікробних препаратів в закладах охорони здоров'я, які надають медичну допомогу в стаціонарних умовах, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03 серпня 2021 року № 1614, зареєстрована в Міністерстві юстиції України 11 жовтня 2021 року за № 1322/36944</b></p> <p style="text-align: center;">Додаток 8</p>	
<p><b>Форма моніторингу споживання антимікробних препаратів викласти в такій редакції</b></p> <p>...</p> <p>1. В графу «Антимікробний препарат» вписується один з наступних АМП:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) азтреонам;</li> <li>2) цефтаролін фосамід;</li> <li>3) цефтазидим-авібактам;</li> <li>4) цефтобіпрол медокаріл;</li> <li>5) цефтолозан-тазобактам;</li> <li>6) колістин;</li> <li>7) далбаванцин;</li> <li>8) даифопрістин-квінупрістин;</li> <li>9) даптоміцин;</li> <li>10) ериваліксін;</li> <li>11) фаропенем;</li> <li>12) фосфоміцин;</li> <li>13) лінезолід;</li> <li>14) меропенем-ваборбактам;</li> <li>15) міноциклін;</li> <li>16) омдаліксін;</li> <li>17) орітаванцин;</li> <li>18) плазоміцин;</li> <li>19) поліміксин В;</li> <li>20) тедазолід.</li> </ol>	<p><b>Форма моніторингу споживання антимікробних препаратів викласти в такій редакції</b></p> <p>...</p> <p>1. В графу «Антимікробний препарат» вписується один з наступних АМП:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) азтреонам;</li> <li>2) цефтаролін фосамід;</li> <li>3) цефтазидим-авібактам;</li> <li>4) цефтобіпрол медокаріл;</li> <li>5) цефтолозан-тазобактам;</li> <li>6) колістин;</li> <li>7) далбаванцин;</li> <li>8) даифопрістин-квінупрістин;</li> <li>9) даптоміцин;</li> <li>10) ериваліксін;</li> <li>11) фаропенем;</li> <li>12) фосфоміцин;</li> <li>13) лінезолід;</li> <li>14) меропенем-ваборбактам;</li> <li>15) міноциклін;</li> <li>16) омдаліксін;</li> <li>17) орітаванцин;</li> <li>18) плазоміцин;</li> <li>19) поліміксин В;</li> <li>20) тедазолід.</li> </ol>
<p style="text-align: center;">Додаток 8</p>	

<p>21) телавантин; 22) тайгеніклин; 23) цефтріаксон; 24) цефазолін; 25) цефуроксим; 26) меропенем; 27) ципрофлоксацин; 28) левофлоксацин; 29) моксифлоксацин; 30) меропенем; 31) телавантин; 32) тайгеніклин; 33) цефтріаксон; 34) цефазолін; 35) цефуроксим; 36) меропенем; 37) ципрофлоксацин; 38) левофлоксацин; 39) моксифлоксацин; 30) меропенем.</p>	<p>21) телавантин; 22) тайгеніклин; 23) цефтріаксон; 24) цефазолін; 25) цефуроксим; 26) меропенем; 27) ципрофлоксацин; 28) левофлоксацин; 29) моксифлоксацин.</p>
<p>Положення про відділ з інфекційного контролю закладу охорони здоров'я та установи / закладу надання соціальних послуг / соціального захисту населення, затверджене наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03 серпня 2021 року № 1614, зареєстроване в Міністерстві юстиції України 11 жовтня 2021</p> <p><b>IV. Структура та штатний розпис ВІК</b></p> <p>3. В ЗСЗ та ЗОЗ, що надають медичну допомогу в амбулаторних умовах або в стаціонарних умовах не цілодобово, керівник ВІК виконує функції координатора з тітисні рук і до складу ВІК входять як мінімум інструктор/тренер та спеціаліст зі збору та аналізу даних.</p> <p>Відсутній</p>	<p><b>IV. Структура та штатний розпис ВІК</b></p> <p>3. В ЗСЗ та ЗОЗ, що надають медичну допомогу в амбулаторних умовах або в стаціонарних умовах не цілодобово, керівник ВІК виконує функції координатора з тітисні рук і до складу ВІК входять як мінімум інструктор/тренер та спеціаліст зі збору та аналізу даних.</p> <p>Завдання та функції ВІК у ЗСЗ та ЗОЗ, що надають медичну допомогу в амбулаторних умовах або в стаціонарних умовах не цілодобово, можуть виконуватися суб'єктами господарювання на умовах договору підляду.</p>

Порядок профілактики інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги в стаціонарних умовах, затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03 серпня 2021 року № 1614, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 11 жовтня 2021 року за № 1319/36941

**II. Профілактика катетер-асоційованих інфекцій кровотоку**

5. Моніторинг, оцінка і зворотній зв'язок щодо КАІК:

- 1) вимірювати частоту розвитку КАІК на 1000 катетер-днів в кожному відділенні окремо для центральних судинних катетерів;
- 2) порівнювати частоту розвитку КАІК на 1000 катетер-днів у ВАРТ для периферичних катетерів;
- 3) порівнювати результати за квартал, півроку та рік і співставляти їх із регіональними або загальнонаціональними даними;
- 4) мінімум раз на рік, під час навчальних сесій, повідомляти отримані результати медичним працівникам та, під час затвердження щорічного звіту ВІК з ПІК, керівництву ЗОЗ.

**II. Профілактика катетер-асоційованих інфекцій кровотоку**

5. Моніторинг, оцінка і зворотній зв'язок щодо КАІК:

- 1) вимірювати частоту розвитку КАІК на 1000 катетер-днів в кожному із відділень окремо для центральних судинних катетерів;
- 2) вимірювати частоту розвитку КАІК на 1000 катетер-днів у ВАРТ для периферичних катетерів;
- 3) порівнювати результати за квартал, півроку та рік і співставляти їх із регіональними або загальнонаціональними даними;
- 4) мінімум раз на рік, під час навчальних сесій, повідомляти отримані результати медичним працівникам та, під час затвердження щорічного звіту ВІК з ПІК, керівництву ЗОЗ.

Порядок здійснення епідеміологічного нагляду та ведення обліку інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги, затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03 серпня 2021 року № 1614, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 11 жовтня 2021 року за № 1318/36940

Додаток 3

Додаток 3

Прізвище, ім'я та по батькові (за наявності)	Вік: _____ Дата народження: ____/____/____	№ медичної карти <sup>2</sup> : _____	Дата опрацювання <sup>4</sup> : ____/____/____ Прізвище, ім'я та по батькові (за наявності)
І Д	пацієнта, якому встановлено	Відділення: _____	епідеміолога:
судинний катетер:			

Прізвище, ім'я та по батькові (за наявності)	Вік: _____ Дата народження: ____/____/____	№ медичної карти <sup>2</sup> : _____	Дата опрацювання <sup>4</sup> : ____/____/____ Прізвище, ім'я та по батькові (за наявності)
І Д	пацієнта, якому встановлено	Відділення: _____	епідеміолога:
сечовий катетер:			

Додаток 3

Додаток 3

Примітки.

Примітки.





<p>Стандарт інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на туберкульоз, затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 01 лютого 2019 року № 287, зареєстрований Міністерством юстиції України 17 квітня 2019 року за № 408/33379</p> <p><b>У. Моніторинг заходів інфекційного контролю за туберкульозом</b></p>	
<p>1. Моніторинг заходів ІК ТБ в ЗОЗ проводиться ВК постійно, фахівцями територіальних закладів промислового здоров'я відповідно до адміністративно-територіальної належності не рідше одного разу на рік і фахівцями державної установи «Центр промислового здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» не рідше одного разу на два роки (області та Київській міській проєктно-будівельні заклади охорони здоров'я);</p> <p>2. Критерії оцінки якості впровадження ІК ТБ:</p> <p>рівень захворюваності на туберкульоз серед мешканців у лікуванні-профілактичних закладах;</p> <p>рівень захворюваності на туберкульоз серед контактів осіб, відносно використання реєстраторів у зонах високого ризику мешканцями працівниками під час роботи;</p> <p>частка хворих, що використовують маски в зонах високого ризику та під час проведення процедур високого ризику;</p> <p>кількість медпрацівників, які пройшли «фіт-тести» протягом року;</p> <p>кількість днів протимом яких відбулася обстеження хворого з підозрою на туберкульоз у закладах загальної лікувальної мережі;</p> <p>кількість днів протимом яких хворий перебував у епідеміологічній мережі негатаваного мажа микротиону на МБТ;</p> <p>забезпеченість УФ-опроміненнями;</p> <p>забезпеченість зон високого ступеня ризику вентиляційними системами;</p> <p>3. Кінцевий очікуваний результат характеризується відсутністю випадків професійного захворювання на туберкульоз у працівників закладів охорони здоров'я, місця досягнення якого перебувають люди;</p> <p>перекресненого інфікування хворих у проєктно-будівельних закладах;</p> <p>захворювання серед відвідувачів протитуберкульозних закладів та осіб, які перебувають у контакті з хворим в середню туберкульозної інфекції»</p>	<p><b>У. Моніторинг заходів інфекційного контролю за туберкульозом</b></p> <p>1. Моніторинг заходів ІК ТБ проводиться мінімум один раз на два роки центрами контролю і профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України, відповідно до адміністративно-територіальної належності. Фахівці державної установи «Центр промислового здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» (далі – Центр) можуть приймати участь у моніторингу, з метою оцінки якості збору даних.</p> <p>2. Центри контролю і профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України за результатами моніторингових візитів формують звіт, який в електронній і паперовій формах не пізніше 01 березня року, що слідує за моніторинговим, надсилають до Центру для узагальнення.</p> <p>3. Після перевірки і аналізу даних Центр формує звіт щодо моніторингу дотримання Правил закладами та у термін не пізніше 01 травня року, що слідує за моніторинговим, надсилає його до Міністерства охорони здоров'я України.</p> <p>4. Фахівці Центру проводять моніторинг заходів ІК ТБ у Київському, м'ському та обласних протитуберкульозних ЗОЗ не рідше одного разу на два роки.</p> <p>5. Контрольні списки (чек-листи) моніторингу заходів ІК ТБ затверджуються наказом Міністерства охорони здоров'я України.</p> <p>6. Моніторинг дотримання заходів ІК ТБ не є заходом державного нагляду (контролю) у розумінні Закону України «Про основні засади державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності».</p>
<p>2. «Фіт-тести»;</p> <p style="text-align: right;">Додаток 4</p>	<p>2. «Фіт-тести»;</p> <p style="text-align: right;">Додаток 4</p>

<p>1) процедура проведення: досліджуваній не повинен їсти, пити (окрім води), курити та жувати гумку за 15 хвилин до проведення тесту; досліджуваній надіає ковпак при одягненому респіраторі; респіратор має бути правильно надітим, підігнаним; 2) методика проведення: так само як і під час тесту на чутливість, досліджуваній дихає через відкритий рот із незнайчно висунутим язиком; досліджуваного просять повідомити, коли він (вона) відчує смак: <b>сонно-небулайзери-виставляють у отвір ковпака і початкова концентрація тестового розчину вводиться під ковпак такою самою кількістю натискань на небулайзер, що і в тесті на чутливість (10, 20 чи 30);</b> досліджуваного просять виконувати вправи протягом однієї хвилини (таблиця).</p>	<p>1) процедура проведення: досліджуваній не повинен їсти, пити (окрім води), курити та жувати гумку за 15 хвилин до проведення тесту; досліджуваній надіає ковпак при одягненому респіраторі; респіратор має бути правильно надітим, підігнаним; 2) методика проведення: так само як і під час тесту на чутливість, досліджуваній дихає через відкритий рот із незнайчно висунутим язиком; досліджуваного просять повідомити, коли він (вона) відчує смак: сонно небулайзери вставляють у отвір ковпака і початкова концентрація тестового розчину вводиться під ковпак такою самою кількістю натискань на небулайзер, що і в тесті на чутливість (10, 20 чи 30), наступні виселення – половинна від початкової кількості розпильювань (5, 10 чи 15); досліджуваного просять виконувати вправи протягом однієї хвилини (таблиця).</p>
<p>3. Результат «фіт-тесту»: досліджуваній має повідомити, чи він (вона) відчуває смак тестового аргента; якщо досліджуваній не відчуває смаку під час тесту, «фіт-тест» вважається позитивним (пройденним); якщо досліджуваній повідомляє про появу смаку, «фіт-тест» вважається негативним і його потрібно провести повторно з іншим респіратором. Після проходження «фіт-тесту» оформлюється протокол, який має зберігатися у закладі упродовж року до наступного «фіт-тесту». Конкретної форми такого протоколу в Україні не затверджено. Рекомендовано, щоб він мів таку інформацію: прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) працівника, посада; тип «фіт-тесту»; специфічна марка, модель і розмір респіратора, в якому працівника тестують; дата проведення випробування; результат якісного тесту або роздрукована результату кількісного тесту, а також був скандений за наведеним зразком.</p>	<p>3. Результат «фіт-тесту»: досліджуваній має повідомити, чи він (вона) відчуває смак тестового аргента; якщо досліджуваній не відчуває смаку під час тесту, «фіт-тест» вважається позитивним (пройденним); якщо досліджуваній повідомляє про появу смаку, «фіт-тест» вважається негативним і його потрібно провести повторно з іншим респіратором. Після проходження «фіт-тесту» оформлюється протокол, який має зберігатися у закладі упродовж року до наступного «фіт-тесту». Конкретної форми такого протоколу в Україні не затверджено. Рекомендовано, щоб він мів таку інформацію: прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) працівника, посада; тип «фіт-тесту»; специфічна марка, модель і розмір респіратора, в якому працівника тестують; дата проведення випробування; результат якісного тесту або роздрукована результату кількісного тесту, а також може бути сканденим за наведеним зразком.</p>
<p>Додаток 4 Зразок</p>	<p>Додаток 4 Зразок</p>

**ПРОТОКОЛ  
проходження «фіт-тесту»**

заклад \_\_\_\_\_

підрозділ \_\_\_\_\_

Дата проходження тесту		
П. І. Б. працівника та підпис		
Посада		
Респіратор	Не багаторазового використання	Багаторазового використання
Марка/модель респіратора	FFP2	FFP3 напівмаска маска
Розмір респіратора	XS — S — M — L — XL — LP немає даних	
Тип «фіт-тесту»	Сахарини Кількісний*	Бітрекс
Поріг чутливості	10	20 >30
Результат тесту	Позитивний	Негативний
	Не пройдено через: смакового відруття; волосся на	

**ПРОТОКОЛ  
проходження «фіт-тесту»**

заклад \_\_\_\_\_

підрозділ \_\_\_\_\_

Дата проходження тесту		
П. І. Б. працівника та підпис		
Посада		
Респіратор	Не багаторазового використання	Багаторазового використання
Марка/модель респіратора	FFP2	FFP3 напівмаска маска
Розмір респіратора	S — M — L даніх немає	
Тип «фіт-тесту»	Сахарини Кількісний*	Бітрекс
Поріг чутливості	10	20 >30
Результат тесту	Позитивний	Негативний
	Не пройдено через: смакового відруття; волосся на обличчі;	

	обличчя;	інше			інше (зазначити):
Особа, що проводила тест (П. І. Б. та підпис)					
			Особа, що проводила тест (прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) та підпис)		

Міністр охорони здоров'я України



Віктор ЛЯШКО

«\_\_» \_\_\_\_\_ 2022 р.

## АНАЛІЗ РЕГУЛЯТОРНОГО ВПЛИВУ

проекту наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Державних санітарних норм і правил «Санітарно-протиепідемічні вимоги до нового будівництва і реконструкції закладів охорони здоров'я» та Змін до деяких нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України»

### I. Визначення проблеми

З 01 січня 2017 року, відповідно до розпорядження Кабінету Міністрів України від 20 січня 2016 року № 94 «Про визнання такими, що втратили чинність, та такими, що не застосовуються на території України, актів санітарного законодавства», на території України не застосовуються Санітарні правила устрою, обладнання та експлуатації лікарень, пологових будинків та інших лікувальних стаціонарів (СанПіН 5179-90), затверджені в 1990 році. На заміну СанПіН 5179-90 не було затверджено інших актів санітарного законодавства.

За останні декілька десятиліть спостерігається зміна тенденцій в бік цифровізації в усьому світі, у тому числі медичного обслуговування. Підходи до діагностики і лікування хвороб стали ґрунтуватися на малоінвазивних підходах, які неможливо виконати у закладах охорони здоров'я, які спроектовані, збудовані і експлуатуються за стандартами тридцятирічної давнини.

Протягом 2019-2021 років Міністерством охорони здоров'я України затверджені такі нормативно-правові акти, які врегульовують питання санітарного благополуччя в закладах охорони здоров'я:

наказ Міністерства охорони здоров'я України від 03 серпня 2021 року № 1614 «Про організацію профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах/закладах надання соціальних послуг / соціального захисту населення», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 11 жовтня 2021 року за № 1318/36940;

Заходи та Засоби щодо попередження інфікування при проведенні догляду за пацієнтами, затверджені наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03 серпня 2020 року № 1777, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 10 листопада 2020 року за № 1112/35393;

Санітарно-протиепідемічні правила і норми використання ультрафіолетового бактерицидного випромінювання для знезараження повітря та дезінфекції поверхонь в приміщеннях закладів охорони здоров'я та установ/закладів надання соціальних послуг / соціального захисту населення, затверджені наказом Міністерства охорони здоров'я України від 06 травня 2021 року № 882, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 липня 2021 року за № 978/36600.

Однак, вищезгадані нормативно-правові акти врегульовують підходи безпосередньо до медичного обслуговування і не стосуються облаштування, укомплектування і експлуатації окремих приміщень, структурних підрозділів і будівлі в цілому закладу охорони здоров'я.

З метою системного впровадження правил, які дозволять гарантувати безпечно надання медичної допомоги розроблено проєкт наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Державних санітарних норм і правил

«Санітарно-протиепідемічні вимоги до нового будівництва і реконструкції закладів охорони здоров'я» та Змін до деяких до нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України» (далі – проєкт наказу).

Також проєктом наказу вносяться зміни до деяких нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я, якими спрощуються вимоги до формування відділів інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я, що надають медичну допомогу не в стаціонарних умовах, і приводяться у відповідність положення актів.

### Показники існування та масштабу проблеми

Назва показника	Значення	Джерело даних	Проблема
Кількість палат для ізоляції пацієнтів у клінічних структурних підрозділах закладів охорони здоров'я	5% від загальної кількості ліжок	ДБН «Будинки і споруди. Заклади охорони здоров'я» (ДБН В.2.2-10-2001)	Відсотковий підхід до визначення кількості палат для ізоляції пацієнтів не враховує вимоги до ізоляції пацієнтів з інфекційними хворобами, які передаються різними шляхами інфікування, та підходи до надання медичних послуг в окремо взятому закладі охорони здоров'я.
Розділення операційних відділень та їхніх приміщень на септичні і асептичні		Санітарні правила устрою, обладнання та експлуатації лікарень, пологових будинків та інших лікувальних стаціонарів (СанПіН 5179-90)	Сучасні підходи до проведення оперативних втручань не потребують розділення операційних відділень відповідно до ризиків інфікування, що значно економить ресурси закладу охорони здоров'я.
Застарілі санітарно-гігієнічні вимоги до приміщень і устаткування центральних стерилізаційних відділень		Розділ V Державних санітарних норм та правил «Дезінфекція, передстерилізаційне очищення та стерилізація медичних виробів в закладах охорони здоров'я», затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 11 серпня 2014 року № 552, зареєстрованих в Міністерстві юстиції України 03 вересня 2014 року за № 1067/25844.	Вимоги до облаштування і утримання центральних стерилізаційних відділень (в проєкті наказу – відділення репроцесингу) ґрунтуються на положеннях СанПіН 5179-90 і не враховуються сучасні підходи.

Відділ інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я, які не надають стаціонарну медичну допомогу		Положення про відділ з інфекційного контролю закладу охорони здоров'я та установи/закладу надання соціальних послуг / соціального захисту населення, затверджене наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03 серпня 2021 року № 1614, зареєстроване в Міністерстві юстиції України 11 жовтня 2021 року за № 1323/36945.	Вимогу щодо обов'язкової наявності відділу інфекційного контролю у складі мінімум трьох працівників не в змозі виконати заклади охорони здоров'я і установи / заклади надання соціальних послуг / соціального захисту населення, в яких працює незначна кількість працівників.
---	--	--	--

#### Причини виникнення проблеми:

- 1) система фінансування «за ліжко», а не за медичну послугу, яка існувала до впровадження фінансування за пакетом медичних гарантій;
- 2) зовнішній контроль санітарно-гігієнічних вимог та прав;
- 3) безсистемний підхід до впровадження вимог до облаштування і експлуатації закладів охорони здоров'я.

#### Основні групи (підгрупи), на які проблема справляє вплив:

Групи (підгрупи)	Так	Ні
Держава	+	-
Громадяни	+	-
Суб'єкти господарювання	+	-
у тому числі суб'єкти малого підприємництва	+	-

Врегулювання зазначених проблемних питань не може бути здійснено за допомогою:

- 1) ринкових механізмів, оскільки такі питання регулюються виключно нормативно-правовими актами;
- 2) діючих регуляторних актів, оскільки чинним законодавством порушені питання не врегульовані.

## II. Цілі державного регулювання

Метою даного проекту акта є нормативне врегулювання санітарно-протиепідемічних вимог до закладів охорони здоров'я.

Цілі державного регулювання безпосередньо пов'язані з розв'язанням проблеми:

1) встановлення вимог до кількості, облаштування і експлуатації палат ізоляції пацієнтів відповідно до ризиків інфікування при наданні медичної допомоги;

2) встановлення вимог до облаштування і експлуатації операційних відділень в закладах охорони здоров'я;

3) встановлення вимог до облаштування і експлуатації відділень репроцесингу в закладах охорони здоров'я;

4) удосконалення вимог до порядку створення та організації роботи відділу з інфекційного контролю закладу охорони здоров'я та установи / закладу надання соціальних послуг / соціального захисту населення.

### III. Визначення та оцінка альтернативних способів досягнення цілей

#### 1. Визначення альтернативних способів

Вид альтернативи	Опис альтернативи
Альтернатива 1 (існуюча ситуація)	Нормативно-правове регулювання (наведено в розділі I цього Аналізу регуляторного впливу).
Альтернатива 2	Нормативно-правове регулювання (затвердження наказу Міністерства охорони здоров'я України), що передбачає затвердження Державних санітарних норм і правил та внесення змін в існуючі і відміну деяких застарілих нормативно-правових актів, з метою врегулювання санітарно-протиепідемічних вимог до закладів охорони здоров'я.
Альтернатива 3	Нормативно-правове регулювання (затвердження наказу Міністерства охорони здоров'я України), що передбачає затвердження Державних санітарних норм і правил і відміну деяких застарілих нормативно-правових актів.

#### 2. Оцінка вибраних альтернативних способів досягнення цілей

##### Оцінка впливу на сферу інтересів держави

Вид альтернативи	Вигоди	Витрати
Альтернатива 1 (існуюча ситуація)	Вигоди відсутні. Ситуація залишиться на існуючому рівні.	Залишаться на існуючому рівні.
Альтернатива 2	Облаштування палат для ізоляції пацієнтів дозволить гарантувати інфекційну безпеку працівників, пацієнтів і відвідувачів закладів охорони здоров'я, посилить спроможність системи реагування	Залишаться на існуючому рівні.



Вид альтернативи	Вигоди	Витрати
	<p>на надзвичайні події та ситуації в сфері громадського здоров'я.</p> <p>Облаштування операційних відділень з урахуванням світових практик дозволить гарантувати безпеку працівників і пацієнтів при проведенні оперативних втручань.</p> <p>Облаштування відділень репроцесингу з урахуванням світових практик дозволить гарантувати безпеку (насамперед інфекційну) працівникам і пацієнтам, які отримують медичні послуги з використанням медичних виробів обмеженого (багаторазового) використання.</p> <p>Впровадження в усіх закладах охорони здоров'я незалежно від кількості працівників, які в них працюють, заходів з профілактики інфікування, як наслідок діяльності відділу з інфекційного контролю, знизить ризики інфікування працівників, пацієнтів і відвідувачів під час надання медичної допомоги.</p>	
Альтернатива 3	<p>Облаштування палат для ізоляції пацієнтів дозволить гарантувати інфекційну безпеку працівників, пацієнтів і відвідувачів закладів охорони здоров'я, посилить спроможність системи реагування на надзвичайні події та ситуації в сфері громадського здоров'я.</p> <p>Облаштування операційних відділень з урахуванням світових практик дозволить гарантувати безпеку працівників і пацієнтів при проведенні оперативних втручань.</p> <p>Облаштування відділень репроцесингу з урахуванням світових практик дозволить гарантувати безпеку (насамперед інфекційну) працівникам і пацієнтам, які отримують медичні послуги з використанням медичних</p>	Залишаться на існуючому рівні.

Вид альтернативи	Вигоди	Витрати
	виробів обмеженого (багаторазового) використання.	

Оцінка впливу на сферу інтересів громадян

Вид альтернативи	Вигоди	Витрати
Альтернатива 1 (існуюча ситуація)	Вигоди відсутні. Ситуація залишиться на існуючому рівні.	Рівень реалізації ризиків під час отримання медичної допомоги залишаться на високому рівні.  Оцінити витрати громадян неможливо, так як неможливо оцінити в числовому еквіваленті витрати, які пов'язані із смертю, інвалідністю, стражданнями через біль, втрату працездатності та інше.
Альтернатива 2	Зниження рівня реалізації ризиків під час отримання медичної допомоги.  Оцінити вигоди громадян неможливо, так як неможливо оцінити в числовому еквіваленті вигоди, які пов'язані із смертю, інвалідністю, стражданнями через біль, втрату працездатності та інше, які не настали.	Відсутні.
Альтернатива 3	Зниження рівня реалізації ризиків під час отримання медичної допомоги.  Оцінити вигоди громадян неможливо, так як неможливо оцінити в числовому еквіваленті вигоди, які пов'язані із смертю, інвалідністю, стражданнями через біль, втрату працездатності та інше, які не настали.	Відсутні.

Оцінка впливу на сферу інтересів суб'єктів господарювання

Показник	Великі	Середні	Малі	Мікро	Разом
Кількість суб'єктів господарювання, що підпадають під дію регулювання, одиниць	295	1049	9244	14906	25494
Питома вага групи у загальній кількості, відсотків	1,1%	4,1%	36,3%	58,5%	100%

У 2020 році, згідно з даними Державної служби статистики України, діяльність з медичної практики здійснювали 25 494 ЗОЗ та фізичних осіб-підприємців, які одержали відповідну ліцензію. Дані наведені без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, міста Севастополя та частини зони проведення операції об'єднаних сил.

Вид альтернативи	Вигоди	Витрати
Альтернатива 1 (існуюча ситуація)	Вигоди відсутні. Ситуація залишиться на існуючому рівні.	Додаткове перебування пацієнта у закладах охорони здоров'я, що надають медичну допомогу в стаціонарних умовах, внаслідок реалізації ризиків ятрогенних та/або інфекційних ускладнень, становитиме додаткове навантаження як на ліжковий фонд, так і на ресурси закладу охорони здоров'я (фінансові, кадрові, зношеність обладнання, витратні матеріали, комунальні платежі тощо).
Альтернатива 2	Зниження кількості додаткових днів перебування пацієнта на ліжку закладів охорони здоров'я, що надають стаціонарну медичну допомогу, внаслідок зниження загальної частки ятрогенних та/або інфекційних ускладнень, знизить додаткове навантаження на ліжковий фонд і на ресурси закладу охорони здоров'я (фінансові, кадрові, зношеність обладнання, витратні матеріали, комунальні платежі тощо).  Формування відділів з інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я, що не надають медичну допомогу в стаціонарних умовах, на засадах договору підряду дозволить впровадити	Загалом залишаться на існуючому рівні.  Зростуть для закладів охорони здоров'я, яким необхідно буде провести реконструкцію, капітальний ремонт або технологічне переоснащення для приведення у відповідність з новими вимогами. Оцінити витрати неможливо через різний стан приміщень і будівель діючих закладів охорони здоров'я.

Вид альтернативи	Вигоди	Витрати
	заходи з профілактики інфікування в усіх закладах охорони здоров'я.	
Альтернатива 3	Зниження кількості додаткових днів перебування пацієнта на ліжку закладів охорони здоров'я, що надають стаціонарну медичну допомогу, внаслідок зниження загальної частки ятрогенних та/або інфекційних ускладнень, знизить додаткове навантаження на ліжковий фонд і на ресурси закладу охорони здоров'я (фінансові, кадрові, зношеність обладнання, витратні матеріали, комунальні платежі тощо).	Загалом залишаться на існуючому рівні. Зростуть для закладів охорони здоров'я, яким необхідно буде провести реконструкцію, капітальний ремонт або технологічне переоснащення для приведення у відповідність з новими вимогами. Оцінити витрати неможливо через різний стан приміщень і будівель діючих закладів охорони здоров'я.

#### IV. Вибір найбільш оптимального альтернативного способу досягнення цілей

За результатами опрацювання альтернативних способів досягнення цілей державного регулювання здійснено вибір оптимального альтернативного способу з урахуванням системи бальної оцінки ступеня досягнення визначених цілей. Вартість балів визначається за чотирибальною системою оцінки ступеня досягнення визначених цілей, де:

4 - цілі прийняття регуляторного акта, які можуть бути досягнуті повною мірою (проблема більше існувати не буде);

3 - цілі прийняття регуляторного акта, які можуть бути досягнуті майже повною мірою (усі важливі аспекти проблеми існувати не будуть);

2 - цілі прийняття регуляторного акта, які можуть бути досягнуті частково (проблема значно зменшиться, деякі важливі та критичні аспекти проблеми залишаться невирішеними);

1 - цілі прийняття регуляторного акта, які не можуть бути досягнуті (проблема продовжує існувати).

Рейтинг результативності (досягнення цілей під час вирішення проблеми)	Бал результативності (за чотирибальною системою оцінки)	Коментарі щодо присвоєння відповідного балу
Альтернатива 1	1	Дана альтернатива не забезпечує потреби у розв'язанні проблеми та досягнення встановлених цілей. Переваги відсутні. Така альтернатива не сприятиме досягненню цілей

Рейтинг результативності (досягнення цілей під час вирішення проблеми)	Бал результативності (за чотирьохбальною системою оцінки)	Коментарі щодо присвоєння відповідного балу
		державного регулювання. Залишаються проблеми зазначені в розділі I Аналізу.
Альтернатива 2	4	Така альтернатива є найбільш оптимальною, оскільки нормативно впровадить санітарно-протиепідемічні вимоги до закладів охорони здоров'я і врегулює цілі безпосередньо пов'язані з розв'язанням проблеми: 1) встановить вимоги до кількості, облаштування і експлуатації палат ізоляції пацієнтів відповідно до ризиків інфікування при наданні медичної допомоги; 2) встановить вимоги до облаштування і експлуатації операційних відділень в закладах охорони здоров'я; 3) встановить вимоги до облаштування і експлуатації відділень репроцесингу в закладах охорони здоров'я; 4) удосконалив вимоги до порядку створення та організації роботи відділу з інфекційного контролю закладу охорони здоров'я та установи / закладу надання соціальних послуг / соціального захисту населення.
Альтернатива 3	2	Така альтернатива є допустимою, оскільки встановить вимоги до: 1) кількості, облаштування і експлуатації палат ізоляції пацієнтів відповідно до ризиків інфікування при наданні медичної допомоги; 2) облаштування і експлуатації операційних відділень в закладах охорони здоров'я; 3) облаштування і експлуатації відділень репроцесингу в закладах охорони здоров'я. Однак, альтернативою не передбачені зміни до функціонування відділів з інфекційного контролю, що не дозволить впровадити заходи з профілактики інфікування в усіх закладах охорони здоров'я, незалежно від кількості працівників в них.

## Рейтинг результативності

Рейтинг результативності	Вигоди (підсумок)	Витрати (підсумок)	Обґрунтування відповідного місця альтернативи у рейтингу
Альтернатива 2	<p><b>Держава:</b></p> <p>Облаштування палат для ізоляції пацієнтів дозволить гарантувати інфекційну безпеку працівників, пацієнтів і відвідувачів закладів охорони здоров'я, посилить спроможність системи реагування на надзвичайні події та ситуації в сфері громадського здоров'я.</p> <p>Облаштування операційних відділень з урахуванням світових практик дозволить гарантувати безпеку працівників і пацієнтів при проведенні оперативних втручань.</p> <p>Облаштування відділень репроцесингу з урахуванням світових практик дозволить гарантувати безпеку (насамперед інфекційну) працівникам і пацієнтам, які отримують медичні послуги з використанням медичних виробів обмеженого (багаторазового) використання.</p> <p>Впровадження в усіх закладах охорони здоров'я незалежно від кількості працівників, які в них працюють, заходів з профілактики інфікування, як наслідок</p>	<p><b>Держава:</b></p> <p>Витрати передбачені програмою медичних гарантій.</p> <p>Залишаться на існуючому рівні.</p> <p><b>Громадяни:</b></p> <p>Відсутні.</p> <p><b>Суб'єкти господарювання:</b></p> <p>Загалом залишаться на існуючому рівні.</p> <p>Зростуть для закладів охорони здоров'я, яким необхідно буде провести реконструкцію, капітальний ремонт або технологічне переоснащення для приведення у відповідність з новими вимогами. Оцінити витрати неможливо через різний стан приміщень і будівель діючих закладів охорони здоров'я.</p> <p><b>Сумарні витрати, грн:</b></p>	Така альтернатива є найбільш оптимальною, оскільки забезпечує потреби у розв'язанні проблеми та досягнення встановлених цілей.

Рейтинг результативності	Вигоди (підсумок)	Витрати (підсумок)	Обґрунтування відповідного місця альтернативи у рейтингу
	<p>діяльності відділу з інфекційного контролю, знизить ризики інфікування працівників, пацієнтів і відвідувачів під час надання медичної допомоги.</p> <p><b>Громадяни:</b></p> <p>Зниження рівня реалізації ризиків під час отримання медичної допомоги.</p> <p>Оцінити вигоди громадян неможливо, так як неможливо оцінити в числовому еквіваленті вигоди, які пов'язані із смертю, інвалідністю, стражданнями через біль, втрату працездатності та інше, які не настали.</p> <p><b>Суб'єкти господарювання:</b></p> <p>Зниження кількості додаткових днів перебування пацієнта на ліжку закладів охорони здоров'я, що надають стаціонарну медичну допомогу, внаслідок зниження загальної частки ятрогенних та/або інфекційних ускладнень, знизить додаткове навантаження на ліжковий фонд і на ресурси закладу охорони здоров'я (фінансові, кадрові, зношеність</p>		

Рейтинг результативності	Вигоди (підсумок)	Витрати (підсумок)	Обґрунтування відповідного місця альтернативи у рейтингу
	<p>обладнання, витратні матеріали, комунальні платежі тощо).</p> <p>Формування відділів з інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я, що не надають медичну допомогу в стаціонарних умовах, на засадах договору підряду дозволить впровадити заходи з профілактики інфікування в усіх закладах охорони здоров'я.</p>		
Альтернатива 3	<p><b>Держава:</b></p> <p>Облаштування палат для ізоляції пацієнтів дозволить гарантувати інфекційну безпеку працівників, пацієнтів і відвідувачів закладів охорони здоров'я, посилить спроможність системи реагування на надзвичайні події та ситуації в сфері громадського здоров'я.</p> <p>Облаштування операційних відділень з урахуванням світових практик дозволить гарантувати безпеку працівників і пацієнтів при проведенні оперативних втручань.</p> <p>Облаштування відділень репроцесингу з урахуванням світових практик дозволить гарантувати безпеку</p>	<p><b>Держава:</b></p> <p>Витрати передбачені програмою медичних гарантій.</p> <p>Залишаться на існуючому рівні.</p> <p><b>Громадяни:</b></p> <p>Відсутні.</p> <p><b>Суб'єкти господарювання:</b></p> <p>Загалом залишаться на існуючому рівні.</p> <p>Зростуть для закладів охорони здоров'я, яким необхідно буде провести реконструкцію, капітальний ремонт або технологічне переоснащення для приведення у відповідність з новими вимогами. Оцінити витрати неможливо через різний стан</p>	Така альтернатива є допустимою, оскільки частково забезпечує потреби у розв'язанні проблеми та досягнення встановлених цілей.



Рейтинг результативності	Вигоди (підсумок)	Витрати (підсумок)	Обґрунтування відповідного місця альтернативи у рейтингу
	<p>(насамперед інфекційну) працівникам і пацієнтам, які отримують медичні послуги з використанням медичних виробів обмеженого (багаторазового) використання.</p> <p><b>Громадяни:</b></p> <p>Зниження рівня реалізації ризиків під час отримання медичної допомоги.</p> <p>Оцінити вигоди громадян неможливо, так як неможливо оцінити в числовому еквіваленті вигоди, які пов'язані із смертю, інвалідністю, стражданнями через біль, втрату працездатності та інше, які не настали.</p> <p><b>Суб'єкти господарювання:</b></p> <p>Зниження кількості додаткових днів перебування пацієнта на ліжку закладів охорони здоров'я, що надають стаціонарну медичну допомогу, внаслідок зниження загальної частки ятрогенних та/або інфекційних ускладнень, знизить додаткове навантаження на ліжковий фонд і на ресурси закладу охорони здоров'я (фінансові, кадрові, зношеність</p>	<p>приміщень і будівель діючих закладів охорони здоров'я.</p> <p><b>Сумарні витрати, грн:</b></p>	

Рейтинг результативності	Вигоди (підсумок)	Витрати (підсумок)	Обґрунтування відповідного місця альтернативи у рейтингу
	обладнання, витратні матеріали, комунальні платежі тощо).		
Альтернатива І	<p><b>Держава:</b> Вигоди відсутні. Ситуація залишиться на існуючому рівні.</p> <p><b>Громадяни:</b> Вигоди відсутні. Ситуація залишиться на існуючому рівні.</p> <p><b>Суб'єкти господарювання:</b> Вигоди відсутні. Ситуація залишиться на існуючому рівні.</p>	<p><b>Держава:</b> Витрати залишаються на існуючому рівні.</p> <p><b>Громадяни:</b> Рівень реалізації ризиків під час отримання медичної допомоги залишається на високому рівні.</p> <p>Оцінити витрати громадян неможливо, так як неможливо оцінити в числовому еквіваленті витрати, які пов'язані із смертю, інвалідністю, стражданнями через біль, втрату працездатності та інше.</p> <p><b>Суб'єкти господарювання:</b> Додаткове перебування пацієнта у закладах охорони здоров'я, що надають медичну допомогу в стаціонарних умовах, внаслідок реалізації ризиків ятрогенних та/або інфекційних ускладнень, становитиме додаткове навантаження як на ліжковий фонд, так і на ресурси закладу охорони здоров'я (фінансові, кадрові, зношеність обладнання, витратні</p>	Дана альтернатива не забезпечує потреби у розв'язанні проблеми та досягнення встановлених цілей.

Рейтинг результативності	Вигоди (підсумок)	Витрати (підсумок)	Обґрунтування відповідного місця альтернативи у рейтингу
		матеріали, комунальні платежі тощо).	

#### V. Механізми та заходи, які забезпечать розв'язання визначеної проблеми

Запропоновані механізми регуляторного акта, за допомогою яких можна розв'язати проблему:

- 1) запровадження форми медичного завдання на проектування, яким визначаються санітарно-протиепідемічні вимоги будівлі закладу охорони здоров'я;
- 2) визначення кількості, вимог до облаштування і експлуатації палат ізоляції пацієнтів відповідно до ризиків інфікування та підходів до надання медичної допомоги в закладі охорони здоров'я;
- 3) визначення вимог до облаштування і експлуатації операційних відділень в закладі охорони здоров'я;
- 4) визначення вимог до облаштування і експлуатації відділень репроцесингу закладу охорони здоров'я;
- 5) удосконалення вимог до порядку створення та організації роботи відділу з інфекційного контролю закладу охорони здоров'я та установи / закладу надання соціальних послуг / соціального захисту населення, шляхом дозволу його функціонування на засадах договору підряду.

Заходи, які мають здійснити органи влади для впровадження цього регуляторного акта:

- 1) організаційні заходи – для впровадження цього регуляторного акта необхідно забезпечити інформування суб'єктів господарської діяльності, які отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, про вимоги регуляторного акта шляхом його оприлюднення у засобах масової інформації та розміщенні на офіційному вебсайті Міністерства охорони здоров'я України;
- 2) координація та інформаційно-консультативний супровід закладів охорони здоров'я та закладів громадського здоров'я з впровадження санітарно-протиепідемічних вимог до закладів охорони здоров'я;
- 3) надання рекомендацій щодо розроблення і моніторингу дотримання медичного завдання на проектування;
- 4) сприяти формуванню і функціонуванню суб'єктів господарювання, які надаватимуть послуги з організації впровадження заходів з профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах / закладах надання соціальних послуг / соціального захисту населення.

Заходи, які необхідно здійснити суб'єктам господарської діяльності у сфері надання медичної допомоги:

- 1) ознайомитися з вимогами регулювання (пошук та опрацювання регуляторного акту в мережі Інтернет);
- 2) організувати виконання вимог регулювання.

**VI. Оцінка виконання вимог регуляторного акта залежно від ресурсів, якими розпоряджаються органи виконавчої влади чи органи місцевого самоврядування, фізичні та юридичні особи, які повинні проваджувати або виконувати ці вимоги**

Розрахунок бюджетних витрат на адміністрування регулювання для суб'єктів великого і середнього підприємництва наведено в додатку 2 до цього аналізу.

Державне регулювання не передбачає утворення нового державного органу (або нового структурного підрозділу діючого органу).

Реалізація регуляторного акта не потребуватиме додаткових бюджетних витрат і ресурсів на адміністрування регулювання органами місцевого самоврядування.

Розрахунки витрат суб'єктів господарювання великого і середнього підприємництва наведено в додатку 1 до цього аналізу.

Розрахунки витрат суб'єктів малого підприємництва на виконання вимог регулювання наведено в додатку 3 до цього аналізу.

### **VII. Обґрунтування запропонованого строку дії регуляторного акта**

Строк дії нормативно-правового акта не обмежений у часі, оскільки він регулює відносини, які мають пролонгований характер. Зміна строку дії регуляторного акта можлива в разі зміни міжнародно-правових актів чи законодавчих актів України.

Строк набрання чинності регуляторним актом з дня його офіційного опублікування.

### **VIII. Визначення показників результативності дії регуляторного акту**

Виходячи з цілей державного регулювання, визначених у розділі II аналізу регуляторного впливу, для відстеження результативності цього регуляторного акта обрано такі показники:

- 1) розмір надходжень до державного та місцевих бюджетів і державних цільових фондів, пов'язаних із дією акта – не прогноуються;
- 2) кількість суб'єктів господарювання – не обмежується;
- 3) розмір коштів і час, які витрачаються суб'єктами господарювання у зв'язку із виконанням вимог акта – 76 482 годин та 3 002 683,32 гривень;
- 4) розмір коштів, які витратимуться суб'єктом господарювання у зв'язку із виконанням вимог акта для одного суб'єкта господарювання мікро, малого, середнього і великого підприємництва – 117,78 гривень;
- 5) кількість часу, який витратиметься суб'єктом господарювання у зв'язку із виконанням вимог акта для одного суб'єкта господарювання мікро, малого, середнього і великого підприємництва – 3 години (ознайомлення);

б) рівень поінформованості суб'єктів господарювання і фізичних осіб – високий. Проект акта та відповідний аналіз регуляторного впливу оприлюднено на офіційному веб-сайті Міністерства охорони здоров'я України.

Додатковим показником результативності запровадження регуляторного акта, виходячи з його цілей, слугуватиме рівень виконання положень санітарно-протиепідемічних вимог закладами охорони здоров'я відповідно до даних моніторингу, який проводитиметься з 01 січня 2024 року.

#### **IX. Визначення заходів, за допомогою яких здійснюватиметься відстеження результативності дії регуляторного акта**

Відстеження результативності регуляторного акта здійснюватиметься шляхом проведення базового, повторного та періодичного відстеження статистичних показників результативності акта, визначених під час проведення аналізу впливу регуляторного акта.

Базове відстеження результативності цього регуляторного акта здійснюватиметься в березні-травні 2025 року, оскільки моніторинг дотримання вимог (збір статистичних показників) почнеться з 01 січня 2024 року.

Повторне відстеження результативності регуляторного акта здійснюватиметься не пізніше ніж за рік після базового відстеження.

Періодичне відстеження результативності здійснюватиметься щороку.

Вид даних, за допомогою яких здійснюватиметься відстеження результативності – статистичні.

У разі надходження пропозицій та зауважень щодо вирішення неврегульованих або проблемних питань буде розглядатись необхідність внесення відповідних змін.

Відстеження результативності регуляторного акта буде здійснювати Міністерство охорони здоров'я України протягом усього терміну його дії.

Міністр охорони здоров'я України

Віктор ЛЯШКО

«  » \_\_\_\_\_ 2022 р.

**ВИТРАТИ**  
**на одного суб'єкта господарювання великого і середнього підприємництва,**  
**які виникають внаслідок дії регуляторного акта**

Порядковий номер	Витрати	За перший рік	За п'ять років
1	Витрати на придбання основних фондів, обладнання та приладів, сервісне обслуговування, навчання/підвищення кваліфікації персоналу тощо, гривень	-	-
2	Податки та збори (зміна розміру податків/зборів, виникнення необхідності у сплаті податків/зборів), гривень	-	-
3	Витрати, пов'язані із веденням обліку, підготовкою та поданням звітності державним органам, гривень	-	-
4	Витрати, пов'язані з адмініструванням заходів державного нагляду (контролю) (перевірок, штрафних санкцій, виконання рішень/ приписів тощо), гривень	-	-
5	Витрати на отримання адміністративних послуг (дозволів, ліцензій, сертифікатів, атестатів, погоджень, висновків, проведення незалежних/обов'язкових експертиз, сертифікації, атестації тощо) та інших послуг (проведення наукових, інших експертиз, страхування тощо), гривень	-	-
6	Витрати на оборотні активи (матеріали, канцелярські товари тощо), гривень	-	-
7	Витрати, пов'язані із наймом додаткового персоналу, гривень	-	-
8	Інше (витрати пов'язані з ознайомленням з положеннями нормативно-правового акта), гривень	117,78	117,78

9	РАЗОМ (сума рядків: 1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7 + 8), гривень	-	-
10	Кількість суб'єктів господарювання великого та середнього підприємства, на яких буде поширено регулювання, одиниць	1 344	1344
11	Сумарні витрати суб'єктів господарювання великого та середнього підприємства, на виконання регулювання (вартість регулювання) (рядок 9 x рядок 10), гривень	158 296,32	158 296,32

### Розрахунок відповідних витрат на одного суб'єкта господарювання

Розрахунок витрат, пов'язаних з ознайомленням з положеннями нормативно-правового акта – 3 год. (час, який витрачається с/г на пошук нормативно-правового акту в мережі Інтернет та ознайомлення з ним; за результатами консультацій) X 39,26\* грн. = 117,78 грн.

\*вартість однієї години для розрахунку витрат відповідно до Закону України «Про Державний бюджет України на 2022 рік» становить 39 грн. 26 коп.

Вид витрат	У перший рік	Періодичні (за рік)	Витрати за п'ять років	
Витрати на придбання основних фондів, обладнання та приладів, сервісне обслуговування, навчання/підвищення кваліфікації персоналу тощо	-	-	-	
Вид витрат	Витрати на сплату податків та зборів (змінених/нововведених) (за рік)		Витрати за п'ять років	
Податки та збори (зміна розміру податків/зборів, виникнення необхідності у сплаті податків/зборів)	-		-	
Вид витрат	Витрати на ведення обліку, підготовку та подання звітності (за рік)	Витрати на оплату штрафних санкцій за рік	Разом за рік	Витрати за п'ять років
Витрати, пов'язані із веденням обліку, підготовкою та поданням	-	-	-	-

звітності державним органам (витрати часу персоналу)				
---	--	--	--	--

Вид витрат	Витрати* на адміністрування заходів державного нагляду (контролю) (за рік)	Витрати на оплату штрафних санкцій та усунення виявлених порушень (за рік)	Разом за рік	Витрати за п'ять років
Витрати, пов'язані з адмініструванням заходів державного нагляду (контролю) (перевірок, штрафних санкцій, виконання рішень/ приписів тощо)	-	-	-	-

Вид витрат	Витрати на проходження відповідних процедур (витрати часу, витрати на експертизи, тощо)	Витрати безпосередньо на дозволи, ліцензії, сертифікати, страхові поліси (за рік - стартовий)	Разом за рік (стартовий)	Витрати за п'ять років
Витрати на отримання адміністративних послуг (дозволів, ліцензій, сертифікатів, атестатів, погоджень, висновків, проведення незалежних / обов'язкових експертиз, сертифікації, атестації тощо) та інших послуг (проведення наукових, інших експертиз, страхування тощо)	-	-	-	-

Вид витрат	За рік (стартовий)	Періодичні (за наступний рік)	Витрати за п'ять років
Витрати на оборотні активи (матеріали, канцелярські товари тощо)	-	-	-



Вид витрат	Витрати на оплату праці додатково найманого персоналу (за рік)	Витрати за п'ять років
Витрати, пов'язані із наймом додаткового персоналу	-	-

---

**Бюджетні витрати на адміністрування регулювання  
для суб'єктів великого і середнього підприємництва**

Державний орган, для якого здійснюється розрахунок адміністрування регулювання: Міністерство охорони здоров'я України.

Процедура регулювання суб'єктів великого і середнього підприємництва (розрахунок на одного типового суб'єкта господарювання)	Планові витрати часу на процедуру	Вартість часу співробітника органу державної влади відповідної категорії (заробітна плата)	Оцінка кількості процедур за рік, що припадають на одного суб'єкта	Оцінка кількості суб'єктів, що підпадають під дію процедури регулювання	Витрати на адміністрування регулювання* (за рік), гривень
1. Облік суб'єкта господарювання, що перебуває у сфері регулювання	0	0	0	0	0
2. Поточний контроль за суб'єктом господарювання, що перебуває у сфері регулювання, у тому числі:	0	0	0	0	0
камеральні	0	0	0	0	0
виїзні	0	0	0	0	0
3. Підготовка, затвердження та опрацювання одного окремого акта про порушення вимог регулювання	0	0	0	0	0
4. Реалізація одного окремого рішення щодо	0	0	0	0	0

порушення вимог регулювання					
5. Оскарження одного окремого рішення суб'єктами господарювання	0	0	0	0	0
6. Підготовка звітності за результатами регулювання	0	0	0	0	0
7. Інші адміністративні процедури:					
проведення моніторингу дотримання вимог державних санітарних норм і правил	3	40,96	0,5	25 494	1 566 351,36
підготовка звітності за результатами моніторингу дотримання вимог державних санітарних норм і правил.	2	40,46	0,5	25 494	1 031 487,24
Разом за рік (з 2024 року)					2 610 585,6
Сумарно за п'ять років (за три роки, починаючи з 2024 року)					7 831 756,8

\*вартість однієї години для розрахунку витрат відповідно до Закону України «Про Державний бюджет України на 2022 рік» становить 40 грн. 46 коп. (з 01 жовтня 2022 року).

**ТЕСТ**  
**малого підприємництва (М-Тест)**

1. Консультації з представниками мікро- та малого підприємництва щодо оцінки впливу регулювання

Консультації щодо визначення впливу запропонованого регулювання для суб'єктів малого підприємництва та визначення переліку процедур, виконання яких необхідно для здійснення регулювання, проведено розробником з 02 по 30 травня 2022 року телефонного опитування.

2. Вимірювання впливу регулювання на суб'єктів малого підприємництва

Орієнтовна кількість суб'єктів малого підприємництва, на яких поширюється регулювання – 9 244, мікропідприємництва – 14 906, питома вага суб'єктів малого (мікро) підприємництва у загальній кількості суб'єктів господарювання, на яких проблема справляє вплив – 94,8%.

3. Розрахунок витрат суб'єктів малого підприємництва на виконання вимог регулювання

У розрахунку вартості 1 години роботи використано вартість 1 години роботи, яка відповідно до Закону України «Про Державний бюджет України на 2022 рік», з 1 січня 2022 року становить – 39,26 гривні.

Порядковий номер	Найменування оцінки	У перший рік (стартовий рік впровадження регулювання)	Періодичні (за наступний рік)	Витрати за п'ять років
Оцінка «прямих» витрат суб'єктів малого підприємництва на виконання регулювання				
1	Придбання необхідного обладнання (пристроїв, машин, механізмів)	-	-	-
2	Процедури перевірки та/або постановки на відповідний облік у визначеному органі державної влади чи місцевого самоврядування	-	-	-
3	Процедури експлуатації обладнання (експлуатаційні витрати - витратні матеріали)	-	-	-
4	Процедури обслуговування обладнання (технічне обслуговування)	-	-	-
5	Інші процедури: роздруківка інформаційних матеріалів	-	-	-

6	Разом, гривень Формула: (сума рядків 1 + 2 + 3 + 4 + 5)	-	-	-
7	Кількість суб'єктів господарювання, що повинні виконати вимоги регулювання, одиниць	9244		
8	Сумарно, гривень Формула: відповідний стовпчик "разом" X кількість суб'єктів малого підприємництва, що повинні виконати вимоги регулювання (рядок 6 X рядок 7)	-	-	-
Оцінка вартості адміністративних процедур суб'єктів малого підприємництва щодо виконання регулювання та звітування				
9	Процедури отримання первинної інформації про вимоги регулювання Формула: витрати часу на отримання інформації про регулювання, отримання необхідних форм та заявок X вартість часу суб'єкта малого підприємництва (заробітна плата) X оціночна кількість форм	3 год. (час, який витрачається с/г на пошук нормативно-правового акту в мережі Інтернет та ознайомлення з ним; за результатами консультацій) X 39,26 грн = 117,78 грн.	-	117,78 грн.
10	Процедури організації виконання вимог регулювання* Формула: витрати часу на розроблення та впровадження внутрішніх для суб'єкта малого підприємництва процедур на впровадження вимог регулювання X вартість часу суб'єкта малого підприємництва (заробітна плата) X оціночна кількість внутрішніх процедур	-	-	-
11	Процедури офіційного звітування	-	-	-
12	Процедури щодо забезпечення процесу перевірок	-	-	-
13	Інші процедури (уточнити)	-	-	-
14	Разом, гривень Формула: (сума рядків 9 + 10 + 11 + 12 + 13)	117,78 грн.	-	117,78 грн.

15	Кількість суб'єктів малого підприємництва, що повинні виконати вимоги регулювання, одиниць	9 244		
16	Сумарно, гривень	1 088 758,32 грн.	-	1 088 758,32 грн.

\* організація вимог регулювання покладається на відділи з інфекційного контролю, тому розрахунок не проводився.

#### 4. Розрахунок витрат суб'єктів мікро підприємництва на виконання вимог регулювання

У розрахунку вартості 1 години роботи використано вартість 1 години роботи, яка відповідно до Закону України «Про Державний бюджет України на 2022 рік», з 1 січня 2022 року становить – 39,26 гривні.

Порядковий номер	Найменування оцінки	У перший рік (стартовий рік впровадження регулювання)	Періодичні (за наступний рік)	Витрати за п'ять років
Оцінка «прямих» витрат суб'єктів малого підприємництва на виконання регулювання				
1	Придбання необхідного обладнання (пристроїв, машин, механізмів)	-	-	-
2	Процедури перевірки та/або постановки на відповідний облік у визначеному органі державної влади чи місцевого самоврядування	-	-	-
3	Процедури експлуатації обладнання (експлуатаційні витрати - витратні матеріали)	-	-	-
4	Процедури обслуговування обладнання (технічне обслуговування)	-	-	-
5	Інші процедури: роздруківка інформаційних матеріалів	-	-	-
6	Разом, гривень Формула: (сума рядків 1 + 2 + 3 + 4 + 5)	-	-	-
7	Кількість суб'єктів господарювання, що повинні виконати вимоги регулювання, одиниць	14 906		
8	Сумарно, гривень Формула: відповідний стовпчик "разом" X кількість суб'єктів малого підприємництва, що повинні	-	-	-

	виконати вимоги регулювання (рядок 6 X рядок 7)			
Оцінка вартості адміністративних процедур суб'єктів малого підприємництва щодо виконання регулювання та звітування				
9	Процедури отримання первинної інформації про вимоги регулювання Формула: витрати часу на отримання інформації про регулювання, отримання необхідних форм та заявок X вартість часу суб'єкта малого підприємництва (заробітна плата) X оціночна кількість форм	3 год. (час, який витрачається с/г на пошук нормативно-правового акту в мережі Інтернет та ознайомлення з ним; за результатами консультацій) X 39,26 грн = 117,78 грн.	-	117,78 грн.
10	Процедури організації виконання вимог регулювання Формула: витрати часу на розроблення та впровадження внутрішніх для суб'єкта малого підприємництва процедур на впровадження вимог регулювання X вартість часу суб'єкта малого підприємництва (заробітна плата) X оціночна кількість внутрішніх процедур	-	-	-
11	Процедури офіційного звітування	-	-	-
12	Процедури щодо забезпечення процесу перевірок	-	-	-
13	Інші процедури (уточнити)	-	-	-
14	Разом, гривень Формула: (сума рядків 9 + 10 + 11 + 12 + 13)	117,78 грн.	-	117,78 грн.
15	Кількість суб'єктів малого підприємництва, що повинні виконати вимоги регулювання, одиниць	14 906		
16	Сумарно, гривень	1 755 628,68 грн.	-	1 755 628,68 грн.

**Бюджетні витрати на адміністрування регулювання  
для суб'єктів малого підприємництва**

Реалізація проекту наказу до якого проводиться аналіз регуляторного впливу не потребує додаткового фінансування з державного та/або місцевого бюджетів.

5. Розрахунок сумарних витрат суб'єктів малого підприємництва, що виникають на виконання вимог регулювання

Порядковий номер	Показник	Перший рік регулювання (стартовий)	За п'ять років
1	Оцінка «прямих» витрат суб'єктів малого підприємництва на виконання регулювання	-	-
2	Оцінка вартості адміністративних процедур для суб'єктів малого підприємництва щодо виконання регулювання та звітування	2 844 387 грн.	2 844 387 грн.
3	Сумарні витрати малого підприємництва на виконання запланованого регулювання	2 844 387 грн.	2 844 387 грн.
4	Бюджетні витрати на адміністрування регулювання суб'єктів малого підприємництва	-	-
5	Сумарні витрати на виконання запланованого регулювання	2 844 387 грн.	2 844 387 грн.

6. Розроблення коригуючих (пом'якшувальних) заходів для малого підприємництва щодо запропонованого регулювання – коригуючих (пом'якшувальних) заходів щодо запропонованого регулювання не передбачається.

Прийняття та оприлюднення акта в установленому порядку забезпечить доведення його положень до відома суб'єктів господарювання, центральних та місцевих органів виконавчої влади і органів місцевого самоврядування.

Досягнення цілей не передбачає додаткових організаційних заходів.

Прийняття акта не призведе до неочікуваних результатів і не потребуватиме додаткових витрат з державного бюджету.

Можлива шкода у разі очікуваних наслідків дії акта не прогнозується.



## ПОВІДОМЛЕННЯ

### **про оприлюднення проєкту наказу Міністерства охорони здоров'я «Про затвердження Державних санітарних норм і правил «Санітарно- протиепідемічні вимоги до нового будівництва і реконструкції закладів охорони здоров'я» та Змін до деяких нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України»**

Проєкт наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Державних санітарних норм і правил «Санітарно-протиепідемічні вимоги до нового будівництва і реконструкції закладів охорони здоров'я» та Змін до деяких нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України» (далі – проєкт наказу) розроблено з метою запровадження сучасних санітарно-протиепідемічних вимог до нового будівництва і реконструкції закладів охорони здоров'я.

Проєктом наказу запроваджуються сучасні санітарно-протиепідемічні норми і правила до нового будівництва і реконструкції закладів охорони здоров'я, а саме щодо профілактики інфекцій та інфекційного контролю, палат ізоляції пацієнтів, операційних відділень та відділень репроцесингу медичних виробів. Також проєктом наказу впроваджується стандартизована форма медичного завдання на проєктування.

Проєктом наказу вносяться зміни до деяких нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України з метою приведення у відповідність положень до діючого законодавства.

З метою забезпечення вивчення та врахування думки громадськості, на виконання статті 9 Закону України «Про засади державної регуляторної політики у сфері господарської діяльності», проєкт наказу оприлюднено для громадського обговорення на офіційному вебсайті Міністерства охорони здоров'я України (<https://moz.gov.ua/gromadske-obgovorennja>).

Зауваження та пропозиції у вигляді порівняльної таблиці просимо надсилати протягом 30 днів з дати публікації проєкту наказу у письмовому або електронному вигляді на адресу Міністерства охорони здоров'я України: вул. Грушевського, 7, м. Київ, 01601, (e-mail: [moz@moz.gov.ua](mailto:moz@moz.gov.ua), [e.nestotska@gmail.com](mailto:e.nestotska@gmail.com)).